



**Stellungnahme des  
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.**

zum

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

Essen, 1. Juli 2015

**Vorbemerkung**

Der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V. mit seinem Hauptsitz in Essen wurde 1988 gegründet. Er vertritt die Interessen von bundesweit rund 1000 zumeist privat geführten Pflegeeinrichtungen und stellt damit einen der großen Leistungserbringerverbände in der Wachstumsbranche Pflege und Betreuung dar.

Ziel seiner Arbeit ist es, die Qualität und die Bedingungen der Leistungserbringung der ambulanten und stationären Pflege zu verbessern: und zwar gleichermaßen für die Unternehmen, die Pflegenden und die pflegebedürftigen Menschen.

Der bad e.V. ist mit seinen Landesorganisationen in 14 Bundesländern vertreten. Er ist selbst Ausbildungsbetrieb und beschäftigt 25 Mitarbeiter.

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Annastraße 58–64 . 45130 Essen . Tel.: 0201-354001 . Fax: 0201-357980 . E-Mail: info@bad-ev.de

# Zusammenfassung

## I.) Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften – (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Der vorliegende Referentenentwurf stellt den zweiten, bereits angekündigten Schritt dar, die Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode weiterzuentwickeln. Der bad e. V. begrüßt es, dass nunmehr der derzeit erprobte, neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Gesetz aufgenommen wird.

Auch die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfslagen bei pflegebedürftigen Kindern stellt in unseren Augen einen längst fälligen Schritt zur Verbesserung der Situation der Betroffenen dar.

Der nunmehr zweite Schritt der Reform, der im vorliegenden Referentenentwurf vorgestellt wird, weist nach unserer Ansicht sowohl begrüßenswerte als auch kritikwürdige Ansätze auf. Weiterhin sehen wir inhaltlichen Nachbesserungsbedarf.

### Begrüßenswerte Ansätze

Der bad e. V. begrüßt ausdrücklich, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nunmehr kognitive und psychische Beeinträchtigungen im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt und somit die Kritikpunkte am bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff weitestgehend ausgeräumt werden. Gleiches gilt für die vorgesehene Berücksichtigung der spezifischen Bedarfslage bei Kindern.

Ferner sehen wir die gewählten Überleitungsregelungen als einen unbürokratischen und effektiven Weg an, um alle bisher bereits eingestuftten Personen in das neue System zu überführen. Dabei wird es insbesondere als positiv angesehen, dass bis zum 31.12.2018 keine Wiederholungsprüfungen stattfinden, den Versicherten aber das Recht auf Neubescheidung auf Antrag zusteht.

Weiterhin erkennt der Gesetzgeber zutreffend das Problem des demographischen Wandels sowie der sich hieraus ergebenden erheblichen Herausforderungen für die gesetzliche Pflegeversicherung und die Notwendigkeit ihrer Fortentwicklung. Positiv bewerten wir daher auch die Bestrebungen des Gesetzgebers, das Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegebedürftige Personen auszuweiten (§ 7, 7a).

Ergänzend hierzu wird auch die weitere Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ begrüßt (§ 36, § 39), ohne hierbei den ebenfalls notwendigen Ausbau an stationären Versorgungsstrukturen zu vernachlässigen (§ 42, § 43).

Auch in dem Ausbau des Angebotes an ambulant betreuten Wohngemeinschaften sehen wir ein zukunftsweisendes Modell, das weitere Unterstützung durch den Gesetzgeber erfahren sollte (§ 38a, § 40).

### Kritik / Nachbesserungsbedarf

Aus Sicht des bad e. V. ist falsch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht schon mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2016 eingeführt wird, sondern erst zum 1. Janu-

ar 2017 greifen soll. Die in unseren Augen derzeit vorliegende ungerechtfertigte leistungsrechtliche Benachteiligung von Kindern, Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Versicherten, die aktuell keine Pflegestufe erhalten, zukünftig jedoch in den Pflegegrad I fallen werden, sollte nicht unnötig ein weiteres Jahr herausgezögert werden. Dies ist aus unserer Sicht nicht akzeptabel, sondern sollte bereits zum 01.01.2016 umgesetzt werden.

Weiterhin kritisch bewerten wir die beabsichtigte Möglichkeit, einen Teil des Sachleistungsanspruches in einen Kostenerstattungsanspruch umzuwandeln, da dies ein Absinken der pflegerischen Versorgung zur Folge haben könnte, insbesondere dann, wenn gemäß dem Referentenentwurf nicht mehr gewährleistet werden muss, dass diese Versorgung sichergestellt ist (§ 45a).

Festgehalten wird auch weiterhin an unserer Auffassung, dass Mittel der Solidaritätsgemeinschaft keine Verwendung für nicht qualitätsgesicherte Versorgungsstrukturen finden sollten. Die geplanten Abänderungen des Pflegegeldes werden daher abgelehnt (§ 37).

Äußerst kritisch wird die beabsichtigte Berücksichtigung des so genannten „Wohngruppenschlags“ bei zeitgleicher Inanspruchnahme der Tagespflege gesehen. Die Kombination dieser beiden Versorgungsformen hat sich in der Praxis bewährt und sollte weiterhin ohne entsprechende Überprüfung möglich sein (§ 38a). In diesem Zusammenhang wird auch die weitere Einschränkung der Inanspruchnahme des Wohngruppenschlags in Bezug auf Bewohner anbieterverantworteter Wohngemeinschaften als nicht praxisnah und nicht sachgerecht eingestuft. Damit wird der Gesetzgeber der tatsächlichen Situation und Struktur von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nicht gerecht.

Weiterhin halten wir an unserer Auffassung fest, dass eine Ungleichbehandlung von Kurzzeit- mit Verhinderungspflege nicht sachgerecht ist und eine gleichartige Ausgestaltung der beiden Versorgungsformen erfolgen sollte (§ 39).

## II.) Zu den Regelungen im Einzelnen

Anmerkung: Auf eine Kommentierung der Entwurfsinhalte, deren Änderungen einen rein redaktionellen Hintergrund haben sowie der Inhalte, die keine Auswirkungen auf die Leistungserbringung professioneller Einrichtungen haben, wird im Folgenden weitgehend verzichtet.

### Aufklärung, Auskunft, Leistungs- und Preisvergleichsliste (§ 7 SGB XI)

Die Verpflichtung der Pflegekassen zum Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung sowie auf Pflegestützpunkte wird weiterhin begrüßt.

Kritisch bewertet wird jedoch die Beibehaltung der Übermittlung einer „Leistungs- und Preisvergleichsliste“ an den Pflegebedürftigen auf dessen Anforderung hin. Hierbei bleibt unberücksichtigt, dass sich das im Regelfall landesweit einheitliche Leistungsangebot der Pflegeanbieter nicht unterscheidet. Lediglich die Preisgestaltung der Pflegeunternehmen kann aufgrund der oftmals bereits jetzt unterschiedlichen einrichtungsindividuellen Punktwerte voneinander abweichen. Diese unterschiedlichen Preisgestaltungen lassen jedoch weder einen Rückschluss auf die Art und Qualität der pflegerischen Versorgung, noch auf die Strukturen der Personalvergütung innerhalb einer Pflegeeinrichtung zu. In unseren Augen kann eine flächendeckende Übermitt-

lung der „Leistungs- und Preisvergleichsliste“ in Bundesländern, in denen bereits jetzt unterschiedliche Punktwerte existieren, für die Adressaten irreführend sein. Diese können aus den Preisvergleichslisten gegebenenfalls unzutreffende Rückschlüsse hinsichtlich der pflegerischen Versorgung ziehen.

Darüber hinaus besteht die Befürchtung, dass Pflegeeinrichtungen bewusst wirtschaftlich notwendige Preissteigerungen unterlassen, um ihre Kostenstruktur in der Außendarstellung niedrig zu halten. Dies kann wiederum einer leistungsgerechten Vergütung der Pflegekräfte entgegen stehen, welche jedoch allseits angestrebt werden sollte.

In unseren Augen könnte die „Leistungs- und Preisvergleichsliste“ zu einem wirtschaftlich bedenklichen Abwärtstrend der Pflegevergütung führen, der in keinem Verhältnis zu dem gegebenenfalls positiven Nutzen einer solchen Vergleichsliste steht.

### **Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14)**

Die Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs war längst überfällig und wird von uns ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die Tatsache, dass der neue Begriff pflegewissenschaftlich fundiert und durch eine Praktikabilitätsstudie bereits auf den Prüfstand gestellt wurde, ist als positiv anzusehen.

Ab dem 01.01.2017 fallen nunmehr auch Personen unter den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die bisher aufgrund ihres Krankheitsbildes (kognitive oder psychische) Einschränkungen keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Fest steht aber, dass gerade diese Personen einen erhöhten Hilfebedarf haben. Die Umstellung der Grundlage von Pflegebedürftigkeit auf die Feststellung von Ressourcen des Versicherten und weg von der Feststellung von Defiziten wird vom bad e. V. besonders positiv bewertet. Dadurch wird nun im Gesetz auch der pflegewissenschaftliche Umdenkprozess der letzten Jahre widerspiegelt. Der Versicherte und seine jeweiligen Ressourcen rücken noch mehr in den Mittelpunkt der Begutachtung. Individuelle Bedürfnisse werden nun stärker berücksichtigt.

Die neue Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in sechs Modulen ist für uns der richtige Weg, um gerade auch Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen besser abbilden zu können. Das vorherige Begutachtungssystem würde diesen Personengruppen nicht gerecht werden.

### **Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15)**

Die Darstellung und Einführung eines neuen Systems zur Ermittlung von Pflegegraden ist der logische Schluss im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Dennoch wird es als kritisch angesehen, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine neue Begutachtungsrichtlinie vorliegt. Das neue Begutachtungsinstrument aus § 15 SGB XI kann ohne die weitergehenden Regelungen der Richtlinie nicht abschließend bewertet werden.

In diesem Zusammenhang wird vom bad e. V. ebenfalls kritisch hinterfragt, dass die leistungsrechtliche Zuordnung zu den Pflegegraden maßgeblich durch die Festlegungen der Richtlinie erfolgen soll und somit keine Festlegung durch den Gesetzgeber selbst erfährt, obwohl diese Zuordnung für die Versicherten von elementar praktischer sowie wirtschaftlicher Bedeutung ist.

Positiv festzustellen ist hingegen die Gewichtung der Module bei der Bewertung. Insbesondere, dass der Gesetzgeber die Beeinträchtigungen im Bereich Selbstversorgung am stärksten gewichtet (40%), zeigt den stattfindenden Umdenkprozess.

An dieser Stelle ist noch einmal hervorzuheben, dass der bad e. V. ganz besonders die Verbesserung bei pflegebedürftigen Kindern begrüßt. Der Gesetzgeber hat den Bedarf dieser Personengruppe erkannt und ihn zusätzlich abgebildet. Pflegebedürftige Kinder sind nicht mit pflegebedürftigen Erwachsenen vergleichbar. Dies wird durch die explizite Darstellung im Gesetz noch einmal deutlich und entspricht auch der Feststellung aus der Praxis.

### **Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a)**

Die Berücksichtigung des Pflegegrads 1 für ausgewählte Leistungen der Pflegeversicherung wird als positiv bewertet.

Inwiefern es sachgerecht ist, Versicherten des Pflegegrads 1 Leistungen zu verweigern, die der Referentenentwurf Versicherten mit einem höheren Pflegegrad zubilligt, wird kritisch hinterfragt.

### **Dynamisierung (§ 30 SGB XI)**

Indem der Gesetzgeber weiterhin an der rückwirkenden Überprüfung im Abstand von 3 Jahren festhält, bleibt dauerhaft das Problem bestehen, dass sich die finanzielle Lage der pflegebedürftigen Menschen über diesen Zeitraum weiter verschärft. In Anbetracht der absehbar notwendigen Erhöhungen ist über einen Dreijahreszeitraum vielmehr jeweils prospektiv eine jährliche Erhöhung vorzusehen. Nach Abschluss des o.g. Zeitraums ist der prognostizierte Wert nachträglich entsprechend der tatsächlichen Entwicklung auszugleichen und eine neue Prognose für den anstehenden Dreijahreszeitraum aufzustellen.

### **Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)**

Die vorgesehene Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegegrade 2 bis 5 wird vom bad e. V. ausdrücklich begrüßt. Auch die Eingliederung der bisherigen Übergangsregelung des § 124 SGB XI wird in der Praxis zahlreiche Diskussionen vermeiden und die leistungsverweigernde Haltung insbesondere der Sozialhilfeträger in Bezug auf einen bestehenden Betreuungsbedarf durchbrechen. Derzeit wird insbesondere von Kommunen und Sozialleistungsträgern vielfach bestritten, dass es sich bei der „Häuslichen Betreuung“ nach § 124 SGB XI um eine Sachleistung i. S. d. § 36 SGB XI handelt. In der Praxis wird von dieser Seite regelmäßig und unabhängig von einem nachgewiesenen Bedarf an Betreuungsleistungen im Hinblick auf den derzeitigen Gesetzeswortlaut die Leistung versagt, was nicht sachgerecht ist.

Kritisch bewertet der bad e. V. die faktische Beibehaltung des bisherigen Absatz 1 Satz 3 (nunmehr Absatz 4 Satz 2), wonach die Leistungserbringung nur durch Pflegekräfte erfolgen kann, die bei einer Pflegeeinrichtung angestellt sind. Weiterhin lässt der Gesetzgeber an dieser Stelle die Problematik des Fachkräftemangels und der Möglichkeit von Kooperationsvereinbarungen sowie die Möglichkeit des Einsatzes von regulären „Leiharbeitskräften“ unbeachtet. Insoweit sprechen wir uns dafür aus, den Wortlaut dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringung durch Pflegekräfte erfolgen kann, die für die Pflegekassen oder eine Pflegeeinrichtung „tätig sind“. Die übrige Ausgestaltung kann den Vertragspartnern der Selbstverwaltung überlassen werden.

## Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

An der Auffassung des bad e.V., dass das Pflegegeld im Interesse der Qualität der Pflege und Betreuung abzuschaffen ist, hat sich nichts geändert. Mit dem Pflegegeld fließen Mittel der Solidargemeinschaft der Versicherten in nicht qualitätsgesicherte Versorgungsstrukturen, in denen es auch zu sachfremder Mittelverwendung kommt. Der Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI vermag keine ausreichende Qualitätssicherung zu leisten, zumal der auftraggebende Leistungsbezieher die Weitergabe einer kritischen Versorgungsbeurteilung durch den beauftragten Pflegedienst in der Praxis nicht selten untersagt. Das Voranschreiten der Flexibilisierung der (Sach-)Leistungen, wonach kein Pflegegeld mehr erforderlich ist, um sich Betreuungsleistungen einzukaufen, nährt zusätzlich die Zweifel an einer Notwendigkeit, am Pflegegeld festzuhalten. Eine Abänderung der Regelung des Pflegegeldes hat somit hinter ihrer vollständigen Streichung zurück zu stehen.

Wenn der Gesetzgeber gleichwohl weiterhin am Pflegegeld festhalten sollte, ist die Erhöhung der Obergrenzen der Vergütung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 Satz 4 von 22 auf 23 Euro bzw. von 32 auf 33 Euro vollkommen unzureichend. Schon in der Vergangenheit hat die anspruchsvolle Tätigkeit den Einsatz einer qualifizierten Pflegefachkraft und weit mehr Zeit, insbesondere für eingehende Beratungen, erfordert, als nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu den im Gesetz vorgesehenen Beträgen zu leisten ist.

Der bad e.V. setzt sich dafür ein, dass der Gesetzgeber auf eine gesetzliche Obergrenze der Vergütung verzichtet und die Regelung einer angemessenen Gestaltung der Selbstverwaltung überlässt.

Sollte der Gesetzgeber hierzu nicht bereit sein und auf einer gesetzlichen Obergrenze beharren, dann sollte er diese zumindest in Relation zu dem erforderlichen Zeitaufwand setzen, der für die Tätigkeit aufgewendet wird. Dies ist denkbar, indem er die Obergrenze für die Vergütung pro aufgewendete Minute festlegt und dabei der hohen Qualifikation der Fachkräfte Rechnung trägt, die für die Tätigkeit erforderlich sind. Eine Begrenzung auf einen Betrag in Höhe von einem Euro pro Minute wäre nach unserer Auffassung angemessen.

## Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Die hier vorgesehene Leistungsausweitung im Rahmen des Wohngruppenschlags von 205 auf 214 Euro ist zu befürworten, trägt sie doch dem besonderen Bedürfnis nach Versorgungen in ambulant betreuten Wohngruppen Rechnung.

Die in der Praxis vorherrschenden Probleme, denen sich die Nutzer und Nutzerinnen ambulant betreuter Wohngruppen und die Interessenten am Leben in einer solchen Wohnform ausgesetzt sehen, werden von der geplanten Neuregelung leider nicht beseitigt.

Äußerst kritisch bewertet der bad e.V. die geplante Abänderung der Ziffer 4 dahingehend, dass die Begrifflichkeit „anbieterverantwortete ambulante betreute Wohngruppe“ aufgenommen werden soll.

Ausweislich der Gesetzesbegründung dient die Ergänzung dem Ziel der Klarstellung. Noch deutlicher soll zum Ausdruck kommen, dass es sich bei einer Wohnform, in der ein Leistungsumfang angeboten wird, der einer vollstationären Versorgung gleichsteht, nicht um eine Versorgungsform i.S.d. § 38a SGB XI handelt.

Die gewählte Begrifflichkeit ist jedoch ordnungsrechtlich behaftet und nicht geeignet, dieses

Ziel zu erreichen. Die Feststellung, ob eine Wohnform nach ambulanten Grundsätzen oder nach vollstationären Grundsätzen betrieben wird, unterliegt den leistungsrechtlichen Vorgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die im Rahmen der ordnungsrechtlichen Einordnung getroffene Feststellung, ob die Wohngemeinschaft „anbieter-“ oder „eigenverantwortet“ betrieben wird, ist für die leistungsrechtliche Einordnung ohne Belang und daher ungeeignet.

Die Verwendung eines ordnungsrechtlich behafteten Begriffes birgt in der praktischen Anwendung die Gefahr, dass im Rahmen der leistungsrechtlichen Prüfung ordnungsrechtliche Einordnungen auf Grundlage der jeweiligen „Landesheimgesetze“ wertend im Prüfungsverfahren der Pflegekassen herangezogen werden.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass das SGB XI eine leistungsrechtliche Legaldefinition für eine Versorgungsform treffen würde, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die sich in zahlreichen Bundesländern bzw. Landesheimgesetzen nicht mit dem ordnungsrechtlichen Begriff, der eine solche Versorgung umschreibt, deckt.

Ablehnend steht der bad e. V. auch der beabsichtigten Änderung gegenüber, dass Personen, die zeitgleich teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) in Anspruch nehmen, Leistungen nach § 38a SGB XI nur nach erfolgter Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen in Anspruch nehmen können.

Bewusst schafft der Gesetzgeber hierdurch eine nach diesseitiger Auffassung nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zwischen Personen, die in der eigenen Einzel-Häuslichkeit gepflegt werden, und solchen, die in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft versorgt werden.

Darüber hinaus verkennt der Gesetzgeber, dass der zur Verfügung gestellte Pauschalbetrag des § 38a SGB XI ausdrücklich für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten Verwendung finden soll, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung erfolgen. Der Rückschluss, dass bei einer ausreichenden pflegerischen Versorgung nunmehr auch der Zuschuss für die nach § 38a SGB XI vorgesehenen Leistungen entfallen soll, erschließt sich nicht.

Der jetzigen Gesetzessystematik folgend, können teilstationäre Leistungen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist (§ 41 Abs. 1 SGB XI).

Insoweit sieht bereits jetzt § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eine entsprechende, leistungsrechtliche Überprüfung durch die Pflegekassen vor, die auch auf die Nutzer und Nutzerinnen von Wohngemeinschaften Anwendung findet.

Unklar ist in diesem Zusammenhang auch, ob ein Versicherter, der in einer Wohngemeinschaft lebt, die Kosten für eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen selbst zu tragen hätte. Auch dies würde eine einseitige Belastung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohngemeinschaften darstellen.

Da die beabsichtigte Änderung aufgrund der bereits in § 41 SGB XI bestehenden Regelungen rein deklaratorischen Charakter hätte und zudem in § 38a SGB XI falsch verortet wäre, spricht sich der bad e. V. für eine ersatzlose Streichung der Neuregelung aus.

Wünschenswert wäre es in diesem Zusammenhang zudem, wenn der Gesetzgeber eine gesetzliche Klarstellung treffen würde, die das Problem behebt, dass Sozialhilfeträger häufig ihre Leistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ um exakt den Betrag des von der Pflegeversicherung bewilligten Wohngruppenzuschlags kürzen, ohne die Kosten für eine Präsenzkraft in der Wohngruppe zu tragen. Dies führt dazu, dass diese Wohnform sozial schwachen Menschen

zunehmend verwehrt bleibt und die zweckgebundenen Aufwendungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Finanzierung einer Präsenzkraft in einer Wohngruppe hier wirkungslos verpuffen. Die bereits in der Gesetzesbegründung auf Seite 108 aufgeführten Bedenken, dass es zu Schnittstellen- und Abgrenzungsproblemen kommen könnte, treffen unseres Erachtens auf diesen Bereich zu. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Erste Gerichtsentscheidungen, die die Kürzung der Hilfe zur Pflege um den Betrag des Wohngruppenzuschlags als gesetzeswidrig eingestuft haben (vgl. u.a. die Entscheidung des SG Halle vom 06.03.2014, Aktenzeichen S 24 SO 223/13 ER), haben bislang nichts an der fragwürdigen rechtlichen Praxis ändern können. Jenseits der Finanzierung bleibt es weiterhin dabei, dass ordnungsrechtliche Regelungen der Länder – anders als vormals das Bundesheimgesetz – zum Teil erhebliche ordnungsrechtliche, bauliche bzw. bürokratische Erschwernisse für das Betreiben einer ambulant betreuten Wohngruppe vorsehen, die schon häufig dazu führen, dass die Versorgungsform gar nicht erst gegründet wird. Dieses Hauptproblem vermag der Bundesgesetzgeber – ohne den wünschenswerten Wechsel in der Regelungskompetenz – nicht zu beheben. Der Gesamtkonstellation fehlt es zudem häufig leider an Rechtssicherheit und -klarheit, was im Ergebnis zu Lasten der Verbraucher und der an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe Interessierten geht.

### **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**

Die Verhinderungspflege ist ein elementar wichtiger Bestandteil zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger. Die Ausweitung der maximalen Aufwendungen pro Kalenderjahr auf 1612 Euro einerseits und des maximalen Bezugszeitraums auf 6 Wochen andererseits, wird vor diesem Hintergrund ausdrücklich befürwortet.

Die vorgesehene Flexibilisierung, nach der ein Teil des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege stattdessen für die Verhinderungspflege eingesetzt werden kann, wird dem Grunde nach als positiv bewertet.

Weder sachlich gerechtfertigt noch nachvollziehbar bleibt dagegen, dass diese Umwidmung nur um einen Betrag von maximal 806 Euro, also bis zu 50 % des Kurzzeitpflegebetrags, möglich sein soll, obwohl der Entwurf zu § 42 SGB XI im umgekehrten Fall – sachgerechter Weise – vorsieht, dass 100 % des Betrags für Leistungen der Verhinderungspflege zugunsten der Kurzzeitpflege umgewidmet werden können. Der bad e.V. spricht sich weiter für eine vollständige Anrechnung des Kurzzeitpflegebetrages aus.

### **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

Die Ausweitung der Leistungen der Kurzzeitpflege in Absatz 2 Satz 2 und die Flexibilisierung ihrer Inanspruchnahme in Absatz 2 Satz 3 stärkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Einrichtungen durch die Versicherten und ist – auch als Entlastung der Angehörigen – als positiv zu bewerten. Gleiches gilt für die Ausweitung des Bezugszeitraumes auf acht Wochen.

### **Inhalt der Leistungen (§ 43 SGB XI)**

Die Neufassung der Sachleistungsbeträge sowie die in Absatz 4 geplanten Änderungen sind mit Hinblick auf die neuen Bedürftigkeitsgrade dem Grunde nach als konsequent zu bezeichnen. Es bleibt jedoch zu befürchten, dass die nunmehr beabsichtigten Absenkungen der Sachleistungsbeträge nicht vollends durch die neu zu vereinbarenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile aufgefangen werden und somit eine wirtschaftliche Verschlechterung eintreten wird.



## **Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)**

Differenziert bewertet der bad e.V. die geplante Neuregelung des § 45 a SGB XI. Zwar ist eine Flexibilisierung der Betreuungsleistungen begrüßenswert; der Gefahr, dass hierdurch die pflegerische Versorgung der Versicherten in zu starkem Maße leidet und die Umwandlung von Pflegesachleistungen so im Ergebnis mehr schadet als nützt, wurde nicht bzw. unzureichend begegnet. Weiterhin halten wir an unserer Auffassung fest, dass eine Umwandlung von bis zu 40 % des Sachleistungsbetrages aus § 36 SGB XI einer originären pflegerischen Versorgung nicht gerecht wird.

Kritisch wertet der bad e.V. auch weiterhin den Kreis der potenziellen Leistungsanbieter. Auch wenn diese qualitätsgesicherte Angebote unterbreiten und diese im Rahmen einer vorherigen Konzeption gewährleisten sollen, bleibt abzuwarten, wie die einzelnen Bundesländer die entsprechenden Verordnungen ausgestalten werden. Es bleibt in jedem Fall ein Qualitätsverlust für die Anspruchsberechtigten zu befürchten, der auch nicht durch den vorliegenden Gesetzesentwurf ausgeräumt wird.

## **Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)**

Betreuungs- bzw. nunmehr Entlastungsleistungen machen einen wichtigen Teil der ambulanten Versorgung aus. Die erfolgten Klarstellungen des Gesetzestextes werden vor diesem Hintergrund ausdrücklich begrüßt. Gleiches gilt für die Festlegung des Entlastungsbetrages, der sich mit Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als konsequent erweist.

Die beabsichtigte Formulierung des Gesetzestextes lässt allerdings einen in der Praxis in zahlreichen Fällen vorkommenden Streitpunkt unberücksichtigt.

Derzeit verweigern Pflegekassen in zahlreichen Einzelfällen die Kostenerstattung für Betreuungsleistungen mit dem Hinweis, dass kein „vorheriger“ Antrag auf Leistungsgewährung durch den Antragsteller gestellt worden sei. Zwar gewähren diese Pflegekassen eine Kostenerstattung für den betreffenden Monat, in dem die Leistung erbracht wurde, halten jedoch eine Berücksichtigung der zurückliegenden Monate für nicht möglich. Insoweit wird die Auffassung vertreten, dass die Beträge aus „zurückliegenden Monaten“ verfallen seien und der Versicherte hierauf keinen Anspruch habe.

Durch eine Klarstellung des Gesetzeswortlautes könnte diesem Problem effektiv begegnet werden. Der bad e.V. spricht sich daher dafür aus, dass der Gesetzestext unmissverständlich darauf hinweist, dass es sich bei dem vorliegenden Entlastungsbetrag um ein Jahresbudget handelt, welches aus Gründen der Kontinuität in Monatsbeträge aufgeteilt wird.

## **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI)**

Die Förderung niedrigschwelliger Entlastungsangebote (vgl. Absatz 1 Satz 2) wird befürwortet.

Zur Sicherstellung einer hinreichenden Qualität bei niedrigschwelligen Entlastungsangeboten, die nicht durch zugelassene Leistungserbringer erbracht werden (vgl. Abs. 3a letzter Satz), empfiehlt der bad e.V. die Regelung eines gesonderten Kassenzulassungsverfahrens als Voraussetzung für eine Erstattung des Kosten entsprechender Leistungen. Nur so kann die Seriosität der Anbieter und die Qualität der durch die Pflegeversicherung finanzierten Leistungen gewährleistet werden.

## **Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte (§ 53c)**

Die Anpassung der bestehenden Richtlinien erweist sich mit Hinblick auf die gesetzlichen Neuerungen als konsequent und wird vom bad e. V. begrüßt.

## **Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI)**

Die beabsichtigte Einführung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile stellt sich unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als konsequent dar. Es bleibt jedoch zu befürchten, dass insbesondere Personen der Pflegegrade 2 und 3 diesen Einheitsbetrag als nicht sachgerecht ansehen werden. Im Ergebnis könnte dies dazu führen, dass diese Personen sich für alternative Versorgungsformen entscheiden und somit eine Konzentration von Personen mit hohen Bedürftigkeitsgraden in vollstationären Einrichtungen stattfindet.

## **Pflegesatzverfahren (§ 85 SGB XI)**

Die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in den § 85 SGB XI werten wir als sachgerecht. Kritisch werten wir in diesem Zusammenhang jedoch den beabsichtigten Wortlaut des Absatzes 8 Ziffer 3, wonach der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige „nicht erbracht“ wird.

Im Sinne der Rechtssicherheit und –klarheit sollte eine Formulierung dahingehend gewählt werden, dass der Zuschlag nicht berechnet werden darf, wenn die Leistung „nicht angeboten“ wird. Dies würde zahlreichen Auslegungsfragen in der Praxis entgegenwirken, wann bei einer Abwesenheit der Bewohnerin oder des Bewohners der Zuschlag berechnet werden darf.

## **Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113)**

Der bad e. V. befürwortet die Aufnahme der Qualitätsdarstellung in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 sowie die gesetzgeberischen Arbeitsaufträge einer Anpassung der bestehenden Vereinbarungen. Die ebenfalls vorgesehene Fortgeltung der bestehenden Vereinbarungen bis zum Abschluss neuer Maßstäbe und Grundsätze wird dabei als unverzichtbar erachtet.

Ebenfalls befürwortet wird die beabsichtigte Einführung des Indikatorenmodells, weil dieses aus Sicht des bad e. V. Grundlage für aussagekräftigere Ergebnisse ist.

## **Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI)**

Der Wandel der Schiedsstelle hin zu einem Verhandlungsgremium wird als nicht notwendig angesehen.

Verständnis besteht dafür, dass der Wunsch nach einem schnelleren Problemlösungsmechanismus für die Konstellationen besteht, in denen eine einvernehmliche Einigung aller Vereinbarungspartner nicht erzielt werden kann. Einen solchen Mechanismus (z. B. durch die Erweiterung des Gremiums) kann der Gesetzgeber jedoch auch dann einführen, wenn er die Vereinbarungskompetenz bei den Vereinbarungspartnern nach § 113 SGB XI belässt.

Die Hoffnung, dass eine Beteiligung von mehr Institutionen bzw. mehr Verhandlungspartnern zu schnelleren, besseren Verhandlungsergebnissen führt, wird nicht geteilt.

Die gesetzliche Grundlage dafür, dass die Wissenschaftlichkeit der Aufgabenwahrnehmung sichergestellt wird, wird dagegen ausdrücklich begrüßt.

Die Entwicklung eines Konzepts zur gesonderten Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird diesseits als nicht erforderlich erachtet. Schon jetzt prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stichprobenartig auch die Versorgung von Versicherten in neuen Wohnformen. Gleichzeitig hat der MDK die Berechtigung seine Prüfung auszuweiten, wenn er im Rahmen einer stichprobenartigen Prüfung in einer neuen Wohnform Anhaltspunkte für weitere Qualitätsdefizite findet. Durch diese Regelungen, sowie durch die ebenfalls erfolgenden Prüfungen, die das landesspezifische Ordnungsrecht ermöglicht, ist eine hohe Prüfdichte gewährleistet, die als ausreichend anzusehen ist. Auch hat die Praxis bislang keine Defizite in neuen Wohnformen aufgezeigt, die die Notwendigkeit zusätzlicher bzw. gesonderter Prüfungen neuer Wohnformen rechtfertigen würden.

Eine Finanzierung der vielfältigen Aufgaben, die der Gesetzgeber für den Qualitätsausschuss vorsieht, aus Mitteln der Pflegeversicherung ist unerlässlich und wird insofern befürwortet.

Gleiches gilt für den vorgesehenen Weg zur Findung einer Geschäftsordnung für das Gremium. Diese Regelungen sind nach diesseitiger Auffassung notwendig.

Durch die bislang vorgesehene Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, Beschlüsse des Qualitätsausschusses sowohl zu beanstanden und mit Auflagen zu versehen, als auch Vereinbarungen und Beschlüsse des Qualitätsausschusses seinerseits festzusetzen, stellt aus unserer Sicht einen zu massiven Eingriff in die Selbstverwaltung dar. Der bad e. V. plädiert hier dafür, die Eingriffskompetenzen auf das notwendigste Maß zu begrenzen, indem man sich auf das Beanstandungsrecht beschränkt.

### **Qualitätsprüfung (§ 114 SGB XI)**

Die derzeitige Regelung, wonach sich eine Prüfung auch auf die Abrechnung der erbrachten Leistungen erstrecken kann, wird weiterhin als ausreichend erachtet. In begründeten Fällen bestehen bereits jetzt die entsprechenden Möglichkeiten, im Rahmen der Qualitätsprüfungen eine Abrechnungsprüfung durchzuführen. Die beabsichtigte Neuregelung stellt Pflegeunternehmer unter Generalverdacht und ist bereits deshalb abzulehnen.

Darüber hinaus ist eine derartige, regelhafte Ausweitung des Prüfumfangs mit Hinblick auf die Zahl der tatsächlich nachgewiesenen Abrechnungsfehler nicht zu rechtfertigen.

### **Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 SGB XI)**

Als bedauerlich wird angesehen, dass der Fokus der Qualitätsdarstellung auf eine Darstellung von Ergebnisqualität scheinbar abgeschwächt bzw. aufgegeben werden soll. Die bislang noch vorhandenen praktischen Probleme bei der Darstellung von Ergebnisqualität dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass die Ergebnisqualität der sachgerechteste und für die Verbraucher interessanteste Faktor bei der Qualitätsdarstellung ist. Ein Prüfen von (ergebnisunabhängigen) Strukturen und Prozessen ist dagegen von untergeordneter Bedeutung, wenn auch die für Prüfinstanzen bequemere Alternative.

Kritisch sieht der bad e. V. ferner die Vorgabe, dass die Qualitätsdarstellung auf Grundlage der Qualitätsprüfungsrichtlinien vereinbart werden sollen. Die Richtlinien bzw. der Prüfungsablauf hat sich aus Erwägungen der Sachgerechtigkeit den Inhalten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung anzupassen und nicht umgekehrt.