

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

Stellungnahme zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**für ein**

**Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung  
und zur Änderung weiterer Vorschriften  
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

Berlin, 7. Juli 2015

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Art und Umfang der Leistungen – § 4 Abs. 1 SGB XI	5
Aufklärung, Auskunft – § 7 Abs. 2 und 3 SGB XI	6
Pflegeberatung – § 7 a SGB XI	8
Begriff der Pflegebedürftigkeit – § 14 SGB XI	10
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument – § 15 SGB XI	12
Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI	15
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 SGB XI	19
Begleitung der Umstellung der Pflegebedürftigkeit – § 18c SGB XI	21
Dynamisierung – § 30 SGB XI	22
Pflegesachleistung – § 36 SGB XI	24
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 SGB XI	28
Kombinationsleistungen – § 38 SGB XI	31
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38 a SGB XI	32
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI	36
Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI	37
Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI	38
Stationäre Pflege – § 43 SGB XI	39
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – § 43 a SGB XI	44
Zusätzliche Betreuung/ Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 43 b SGB XI	46
Pflegekurse – § 45 SGB XI	48
Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch – § 45a SGB XI	50
Richtlinien zusätzlicher Betreuungskräfte – § 53 c SGB XI	54
Rahmenverträge – § 75 SGB XI	56
Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI	59
Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI	60
Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI	62
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts – § 87a SGB XI	66
Kostenerstattung – § 91 SGB XI	68
Maßstäbe und Grundsätze der Pflegequalität – § 113 SGB XI	70
Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	73
Qualitätsprüfungen – § 114 SGB XI	79
Durchführung von Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	81
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung – § 115 SGB XI	82
Überleitung in die Pflegegrade – Artikel 2, § 1	85
Besitzstandsschutz – Artikel 2, § 2	86
Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren – Art. 2, § 3	87
Übergangsregelung für die stationäre Pflege – Artikel 3	88
Häusliche Krankenpflege – Artikel 5, § 37 SGB V	90
Fiktiver Vermögensverbrauch – neu – Artikel 7a, SGB XII	92

## Stellungnahme zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz

### Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

### Zusammenfassung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird die größte und tiefgreifendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung realisiert. Insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein Meilenstein, der nach intensiven Diskussionen jetzt umgesetzt wird. Dieses begrüßt und würdigt der bpa. Aus Sicht des bpa ist darüber hinaus auf folgende Punkte besonders hinzuweisen:

- Die neuen **ambulanten Sachleistungsbeträge** sind angemessen (siehe Seite 24).
- Die einfache **Überleitung von den Pflegestufen in die Pflegegrade** wird begrüßt (siehe Seite 85).
- Der bpa hat sich im Vorfeld der Reform nachdrücklich dafür ausgesprochen, dass die bisher bestehenden Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten bleiben. Dieses hat der Gesetzgeber aufgegriffen. Sowohl die Regelung des **Entlastungsbetrags** bei häuslicher Pflege als auch die **zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen** werden begrüßt (siehe Seite 46).
- Auf scharfe Kritik des bpa stoßen dagegen die **Sachleistungsbeträge in der stationären Pflege**. Hier drohen Leistungsabsenkungen von bis zu 300 Euro bzw. 28 % im Monat. Der bpa fordert den Gesetzgeber dringend auf, diese Beträge noch anzuheben, um eine zunehmende Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden (siehe Seite 39).
- Nicht akzeptabel sind für den bpa auch die Verschärfungen für

**ambulant betreute Wohngruppen.** Hier droht die Gefahr, dass durch zusätzliche Regulierungen und Prüfungen der sozial- und pflegepolitisch erwünschte Ausbau dieser neuen Versorgungsform ausgebremst wird. Die entsprechenden Vorschriften sind deswegen wieder zu streichen (siehe Seite 32).

- Der bpa begrüßt es, dass in Pflegeheimen **einrichtungseinheitliche Eigenanteile** ermittelt werden. Dadurch bleibt auch bei einem höheren Pflegegrad die Zuzahlung für den Pflegebedürftigen gleich. Dieses wird zu einer leistungsgerechten Einstufungspraxis beitragen, die einen wichtigen Beitrag zu einer dem Unterstützungsbedarf folgenden personellen Ausstattung bewirken wird (siehe Seite 60).
- Die **verpflichtende Prüfung der Abrechnung** bei jeder Qualitätskontrolle lehnt der bpa entschieden ab. Die Kostenträger haben bereits jetzt entsprechende Prüfungsmöglichkeiten, nutzen sie aber in der Praxis nicht. Insofern führt eine Verpflichtung nur zu unnötiger Bürokratie und trägt nichts zu einer besseren Rechtsumsetzung bei (siehe Seite 79).
- Der bpa begrüßt, dass endlich alle rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um das sog. **Indikatorenmodell** einzuführen. Kritisch bewertet der bpa, dass die Daten „leistungserbringer- und fallbeziehbar“ ausgewertet werden sollen. Hier darf es nicht zu einer aus jeglichem Zusammenhang gerissene Darstellung kommen (siehe Seite 70).
- Bei der Gestaltung des neuen **Qualitätsausschusses** sieht der bpa dringenden Korrekturbedarf. Insbesondere die herausgehobene Stellung des Bundesministeriums für Gesundheit führt faktisch zu einer Entmachtung der Selbstverwaltung, weil die letztliche Entscheidung immer beim Ministerium liegt (siehe Seite 73). Zudem hält es der bpa für kritisch, wenn der Gesetzgeber einerseits die Dynamik der Selbstverwaltung kritisiert, aber andererseits diverse, für die Umsetzung nicht verantwortliche oder unzureichend legitimierte Akteure als zu Beteiligende deklariert.
- Die mit der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit verbundenen leistungsrechtlichen Änderungen im SGB XI sind zur Vermeidung neuer Abgrenzungsschwierigkeiten insbesondere im Verhältnis zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII nachzuvollziehen. Aus Sicht des bpa ist dafür Sorge zu tragen, dass **der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI auch in das SGB XII übernommen wird**, die Ermittlung des pflegerischen Hilfebedarfs und der zu gewährenden Leistungen für beide Leistungsbereiche auf gleicher Grundlage erfolgt und die leistungs- und leistungserbringungsrechtlich notwendig klare Zuordnung sämtlicher Pflegesachleistungen nach dem SGB XI zu den Leistungen der Hilfe zur Pflegen ach dem SGB XII sichergestellt wird.

## **Zu den Vorschriften im Einzelnen:**

### **Art und Umfang der Leistungen – § 4 Abs. 1 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 4

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Anstelle von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung werden jetzt neu körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Leistungsarten verankert.

#### **B) Stellungnahme**

Der bpa sieht hier Präzisionsbedarf. Es fehlt an einer Definition in der Begründung dieser offensichtlich summarischen Leistungsbeschreibungen. Es fehlt außerdem an einer hinreichenden Beschreibung, welche Leistungen bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung hinterlegt sind. Hieraus resultierende Missverständnisse, Fehlinterpretationen und juristische wie pflegewissenschaftliche Auseinandersetzungen wären vermeidbar, wenn auf die in § 14 Abs. 2 SGB XI – und bezüglich der Haushaltshilfen auf die in § 14 Abs. 3 SGB XI – genannten Module und deren beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten rekurriert würde.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Um Umsetzungsschwierigkeiten zu vermeiden und Rechtssicherheit herzustellen, sollte den drei Begriffen im Gesetz die jeweilige Nummer der Aktivitäten der Module nach § 14 Abs. 2 SGB XI zugeordnet werden. Zumindest sollte allerdings in der Begründung durch eine Zuordnung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung zu den Modulen in § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI erfolgen. Zwar wird der Begriff der Grundpflege im SGB XI gestrichen, aber im SGB V bleibt er bestehen. Daher drohen hier Abgrenzungsschwierigkeiten, die ebenso durch eine entsprechende Klarstellung vermieden werden können. Auch hierzu bedarf es in der Begründung der Klarstellung, wie sie an anderer Stelle bereits erfolgt ist.

## **Aufklärung, Auskunft – § 7 Abs. 2 und 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 5

### **A) Neuregelung**

Die Pflegekasse muss den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Eingang seines Antrags auf Leistungen über seine Ansprüche informieren und ihm auf Anforderung eine Vergleichsliste vorlegen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Klarstellung zu § 7 SGB XI. Hier wird nunmehr die Leistung – in Abgrenzung zu § 7a SGB XI – als Aufklärung und Auskunft bezeichnet. Bei der Auflistung der Ansprüche des Pflegebedürftigen (Absatz 2) hält der bpa einen Verweis auf die Pflegekurse und individuelle Schulungen für zielführend. Dieser sollte ergänzt werden. Der Gesetzentwurf sieht explizit eine Stärkung von pflegenden Angehörigen vor; dazu sollen u.a. die Pflegekurse nach § 45 SGB XI verpflichtend werden. Um diesen Ansatz konsequent umzusetzen, sollte deshalb auch in der ersten Information der Pflegebedürftigen gem. § 7 SGB XI ein Verweis auf diese Leistungen erfolgen, um eine stärkere Inanspruchnahme der Pflegekurse und individuellen Schulungen zu erreichen.

Bei der Vergleichsliste (Absatz 3) werden die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Angebote nach § 45 a SGB XI in engem Zusammenhang genannt. Diese sollten nicht miteinander vermischt werden, da es sich um völlig unterschiedliche Angebote handelt, die nicht miteinander verglichen werden können. Die zugelassenen, qualitätskontrollierten ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI, die Leistungen mit Fachkräften und anderem qualifizierten Personal sowie mit der entsprechenden Struktur- und Prozessqualität erbringen, sind nicht vergleichbar mit entweder überwiegend ehrenamtlich erbrachten Leistungen oder denen von anerkannten Leistungen nach § 45 a SGB XI, die mit völlig anderen Anforderungen, einer anderen Qualität und anderen Voraussetzungen diese Leistungen erbringen.

Sowohl in Abs. 3 als auch in Abs. 4 des § 7 SGB XI wird in Bezug auf die Vergleichsliste die Terminologie „Kosten“ der Leistungen verwendet. Diese Begrifflichkeit ist hier aber offensichtlich weder gemeint noch relevant, denn hier geht es um die Preise für die jeweilige Leistung. Die Kosten sind im Rahmen der Verhandlungen nach § 89 SGB XI im Zusammenhang mit

der Vereinbarung von Vergütungen relevant. Dort bezeichnen sie im betriebswirtschaftlichen Sinne die notwendigen Ausgaben zur Durchführung bzw. Erbringung der Dienstleistung. Diese sind relevant für die Preisfindung bei den Vergütungsverhandlungen, allerdings nicht Gegenstand des Vergleiches. Es geht für den Versicherten nicht um die Kosten, die bei der Leistungserbringung entstehen, sondern um die Preise für die Leistungen, die er in Anspruch nimmt. Demzufolge wäre hier eine Korrektur angezeigt.

### C) Änderungsvorschläge

§ 7 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c, **die Pflegekurse nach § 45** sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3.

§ 7 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie **eine gesonderte Vergleichsliste über die jeweiligen Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a** dieses Buches, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln (Leistungs- und Preisvergleichsliste).

§ 7 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel **und getrennt hiervon sowie** die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich **Kosten Preisen** in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von **gleichartigen Angeboten und Kosten Preisen** und der regionalen Verfügbarkeit, **getrennt nach Angeboten zugelassener Leistungserbringer nach § 71 und den übrigen Anbietern**, ermöglicht.

## **Pflegeberatung – § 7 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 6

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Pflegeberatung durch die Pflegekassen sollen auch die Ergebnisse des Beratungseinsatzes bei den Pflegegeldbeziehern nach § 37 Abs. 3 SGB XI einbezogen werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre einen Bericht vorzulegen, der auch über die Wirkung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI Auskunft geben soll.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt es, dass auf der Grundlage der Ergebnisse der Beratungseinsätze die Pflegeberater auf eine Genehmigung von Maßnahmen hinwirken sollen. Wenn aber die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI in die Pflegeberatung einbezogen werden sollen, stellt sich die Frage, ob sich daraus zusätzliche Anforderungen an die Pflegedienste ergeben. Das sollte in der Begründung präzisiert werden.

Wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über die Wirkung der Beratungseinsätze vorlegt, sollte er sich vorher mit den maßgeblichen Verbänden der Pflegedienste auf Bundesebene ins Benehmen setzen. Die Pflegedienste sind überwiegend diejenigen, die die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen. Insofern sollte es selbstverständlich sein, dass die maßgeblichen Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene auch bei dem entsprechenden Bericht mit einbezogen sind.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 7a Abs. 9 SGB XI wird wie folgt geändert:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2



und § 7c und

2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8 vor.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. **Für den Bericht nach Ziffer 2 hat er sich mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Pflegedienste auf Bundesebene ins Benehmen zu setzen.**

## **Begriff der Pflegebedürftigkeit – § 14 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 13

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 14 SGB XI wird Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert. Er orientiert sich künftig an Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen.

### **B) Stellungnahme**

**Grundsätzlich befürwortet der bpa die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In diesem Zusammenhang hat der bpa allerdings auch immer deutlich darauf hingewiesen, dass für die pflegebedürftigen Menschen entscheidend ist, ob und welche Leistungen diese zukünftig bekommen. Maßstab sind dabei die diversen Leistungen, die bereits vor dem PSG II und dem neuen Begriff für Menschen mit dementiellen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in der Pflegeversicherung zur Verfügung standen.**

Es ist dem bpa gerade im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wichtig, darauf hinzuweisen, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. Demenz) auch bisher schon erheblich von der Pflegeversicherung profitiert haben. Es gibt auch jetzt schon eine Fülle von Leistungen für diese Personengruppe, die zudem meist zusätzlich gewährt werden. Hier sei nur erinnert an die zusätzlichen Betreuungskräfte im Pflegeheim und in der Tagespflege, an die zusätzlichen Betreuungsleistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege und Betreuung oder auch an das mit der Leistungsausweitung durch das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz und das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) deutlich gestärkte Angebot in der Tagespflege. Die erheblichen Leistungsverbesserungen, die mit dem PSG I verwirklicht worden sind, hat der bpa ausdrücklich begrüßt. Insofern ist es die besondere Herausforderung für den Gesetzgeber, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die bereits bestehenden Leistungen gerade für die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gesichert sowie erweitert werden müssen und dass es im Vergleich zum Status quo zu einer spürbaren Verbesserung für alle Leistungsbezieher kommt. Gerade für die Pflegebedürftigen, die künftig stationärer Pflege bedürften, gelingt dieses leider nicht (s. dazu die Ausführungen zu § 43 SGB XI, Seite 39).

Der Gesetzentwurf setzt die Ergebnisse des Expertenbeirats zur konkre-

ten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, an dem der bpa intensiv mitgearbeitet hat, um. Das begrüßt der bpa.

Zugleich weist der bpa darauf hin, dass die sog. **Minutenpflege** mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht beendet sein wird. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert etwas am Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, er ändert nichts an der Leistungserbringung. Nur weil es eine andere Grundlage für die Begutachtung gibt, wird die sog. Minutenpflege nicht abgeschafft. Wenn der Zeitdruck in der Pflege reduziert werden soll, braucht man mehr Personal und Personalanhaltszahlen, die dem Versorgungsaufwand gerecht werden und bundesweit transparent sind. Hierfür werden höhere Sachleistungsbeträge und Pflegesätze benötigt, damit das erforderliche zusätzliche Personal finanziert werden kann.

In der Gesetzesbegründung heißt es zu § 14 SGB XI:

„Insgesamt werden mit den neu einbezogenen bzw. erweiterten Aspekten von Pflegebedürftigkeit gerade in den Bereichen der Nummer 2, Nummer 3, Nummer 5 und Nummer 6 zudem Aktivitäten und Fähigkeiten zukünftig stärker betont, die auch eine **stärkere Akzentuierung der Hilfe und Ressourcenstärkung** durch Anleitung, Motivation und Schulung nach sich ziehen.“

Wenn der Gesetzgeber an dieser Stelle von einer stärkeren Akzentuierung der Hilfen spricht, ist er auch aufgefordert, diese leistungsrechtlich entsprechend nachzuvollziehen, was der bpa insbesondere bei der stationären Pflege nicht erkennen kann.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument – § 15 SGB XI

Artikel 1, Nr. 14

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Künftig soll bei der Begutachtung anhand von sechs Modulen beurteilt werden, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Auf der Grundlage der dabei ermittelten Gesamtpunktwerte werden die Versicherten dann insgesamt fünf Pflegegraden zugeordnet.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legt die für das Begutachtungsinstrument notwendigen Punktbereiche und gewichteten Punktwerte durch eine Rechtsverordnung fest.

Die bisher in § 15 SGB XI enthaltenen Klarstellungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sollen gestrichen werden.

### B) Stellungnahme

Zum neuen Begutachtungsverfahren:

Das neue System der Begutachtung ist sehr komplex und nicht nur für Laien schwer nachvollziehbar. **Module, Modulebenen, Einzelpunkte, Einzelpunktwerte, Punktbereiche, gewichtete Punktwerte und Gesamtpunktwerte verknüpft mit Algorithmen beschreiben, wie die Pflegegrade ermittelt werden.** Trotz umfangreicher Erläuterungen in der Begründung dürfte damit für die meisten Versicherten und ihre Angehörigen im Unklaren bleiben, wie der jeweilige Pflegegrad bestimmt wird. Je besser das Verständnis aber ist, umso höher wird auch die Akzeptanz sein. Ist das heutige System der Zuordnung in Pflegestufen für die Betroffenen noch leicht verständlich und z.B. mit Unterstützung eines Pflege tagebuches auch einschätzbar, wäre die heutige Transparenz künftig der Macht der Logarithmen untergeordnet. Diese weisen den abstrakten Wert des Grades der Selbständigkeit aus, der ausdrücklich nichts mit dem benötigten individuellen zeitlichen Aufwand des pflegebedürftigen Menschen zu tun haben muss.

Daher fordert der bpa, dass der Pflegeplan, der mit dem Bescheid an den Versicherten verschickt wird, auch größtmögliche **Transparenz** über das Verfahren bei der Berechnung der Pflegegrade herstellt. Der Bescheid muss so detailliert sein, dass die Entscheidung für den jeweiligen Pflege-

grad für den Versicherten tatsächlich nachvollziehbar ist.

Die Algorithmen, die hinter dem Berechnungsverfahren stehen, sollten veröffentlicht werden. Der Gesetzgeber hat sich schließlich auch an anderer Stelle nicht gescheut, eine Formel ins Gesetz zu schreiben (siehe Artikel 3, § 3, Verfahren für die Umrechnung der Pflegesätze).

Der bpa weist darauf hin, dass die Funktionalität des neuen Begutachtungsverfahrens für den ambulanten Bereich nicht hinreichend getestet wurde. Es gab keinen Pretest zum Abgleich der Auswirkungen des neuen und des alten Systems wie im stationären Bereich, um zu prüfen, ob und wie das neue Begutachtungsverfahren im ambulanten Bereich funktioniert und ob und wie es mit dem pflegerischen Aufwand korrespondiert.

#### Zur Rechtsverordnung durch das BMG:

Durch die Rechtsverordnung bestimmt das BMG die Gewichtung und die Skalenwerte bei der Begutachtung. Hier fehlt es an der Verpflichtung zur wissenschaftlichen Fundierung und an der Beteiligung der relevanten Akteure. Damit kann die Exekutive im Alleingang den Pflegebedürftigkeitsbegriff beliebig verändern, ohne dass die Wissenschaft oder die Leistungserbringer daran beteiligt wären. Das erscheint insbesondere deswegen als besonders kritisch, weil in Zeiten fehlender finanzieller Ausstattung der Pflegebedürftigkeitsbegriff beliebig verändert werden könnte. Damit stünde die Zahl derjenigen, die überhaupt Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, zur Disposition und es könnten die Voraussetzungen für die einzelnen Pflegegrade angepasst werden, sodass mehr Menschen in die niedrigeren Pflegegrade eingestuft würden. Um dem Verdacht der Manipulationsanfälligkeit zu begegnen, sollte auf eine Ermächtigung zur Veränderung zentraler Stellgrößen wie Gewichtung und Skalenwerte durch eine Rechtsverordnung verzichtet werden.

#### Zur Streichung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen:

Der bpa hält die Streichung der Regelung zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB XI nicht vereinbar mit den relevanten Entscheidungen des Bundessozialgerichtes. Die bestehende klare Regelung dürfte damit in naher Zukunft, insbesondere seitens der Krankenkassen, mit den bekannten Folgen erneut zur Disposition gestellt werden. Diese Verunsicherung des betroffenen Personenkreises, vorrangig schwerstpflegebedürftige Menschen, gilt es zu verhindern. Zwar findet sich in Artikel 5 eine erweiterte Regelung zu den krankheitsspezifischen Maßnahmen in § 37 SGB V – diese ist aber nicht ausreichend!

Der bpa teilt ausdrücklich die Einschätzung des Gesetzgebers zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu § 37 SGB V. Dort heißt es in der Begründung: „Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“ Damit ist klar, dass der Gesetzgeber die derzeit bestehende Klarstellung auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fortsetzen möchte. Das begrüßt der bpa nachdrücklich. Allerdings ist die entsprechende Regelung in § 37 SGB V nicht ausreichend, weil es einer konkretisierenden Regelung im SGB XI bedarf, um die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auch bei der Begutachtung nach dem SGB XI zu berücksichtigen. Hier droht ein Nachteil für die Versicherten, weil der Aufwand für die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ansonsten bei der Begutachtung nicht mehr berücksichtigt würde. Zudem ist zu beachten, dass bisher die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nur in § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB XI definiert sind. Fiele diese Regelung weg, würde sich die Regelung in § 37 SGB V auf einen im SGB XI nicht mehr existierenden bzw. nicht definierten Rechtsbegriff beziehen. Deswegen plädiert der bpa nachdrücklich dafür, in § 15 SGB XI eine an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasste Regelung zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wieder aufzunehmen.

### C) Änderungsvorschlag

In der Neufassung von § 15 SGB XI werden – angelehnt an die jetzige Regelung in § 15 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB XI – noch folgende Sätze aufgenommen:

**Bei der Feststellung des Pflegegrads sind erforderliche krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Leistung aus den Bereichen nach § 14 Abs. 2 ist oder mit diesen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.**

## Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI

Artikel 1, Nr. 16

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue Begutachtungsrichtlinien sowie Richtlinien zur Durchführung der Pflegeberatung zu erarbeiten. Die Bundesverbände der privaten Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der ambulanten Dienste sind an den Richtlinien zu beteiligen.

### B) Stellungnahme

#### Zu den neuen Begutachtungsrichtlinien:

Im Grundsatz begrüßt der bpa das Vorhaben. Um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs frühzeitig vorzubereiten und sicherzustellen, ist es richtig, schnellstmöglich die Erarbeitung entsprechend angepasster **Begutachtungsrichtlinien** zu beauftragen. Der bpa weist aber in aller Deutlichkeit darauf hin, dass eine alleinige Anpassung der Begutachtungsrichtlinien nicht dazu führen wird, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff reibungslos eingeführt werden kann. Nur weil der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der Lage ist, Begutachtungen nach der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchzuführen, heißt das noch lange nicht, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff vollständig umgesetzt werden kann. Der bpa weist in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die vollständige Anpassung der vertraglichen Grundlagen der pflegerischen Infrastruktur inklusive der Personalbemessung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich ist, eine weitaus größere Aufgabe als die Anpassung der Begutachtungsrichtlinien ist. Der bpa appelliert daher nachdrücklich an den Gesetzgeber, ausreichend Zeit zur Umsetzung der erforderlichen Anpassungsmaßnahmen durch die Trägerverbände, die Pflegeheime und die Pflegedienste vorzusehen. Denn wenn es anstatt der drei Pflegestufen künftig fünf Pflegegrade gibt, bedeutet dieses, dass alle bestehenden Verträge in der Pflegeversicherung umgestellt werden müssen:

- Für nahezu 800.000 Heimbewohner müssen die Heimverträge angepasst werden. Die Umstellung der personellen Ausstattung von der heute relevanten Koppelung an die Pflegestufen an künftige Pflegegrade bei wechselnden Bezugsgrößen birgt das Risiko einer

erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität für sämtliche Heimbewohner.

- Für die 616.000 durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftige müssen die Patientenverträge angepasst werden.
- Für die 25.700 Pflegedienste und Pflegeheime müssen die Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarungen geändert werden.
- Neben der Bundesrahmenempfehlung sind in allen 16 Bundesländern die Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI für die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege anzupassen.

Dieses bedeutet für die Pflegebedürftigen eine Umstellung, aber insbesondere für die Pflegeeinrichtungen und die Selbstverwaltung gleicht dieses einer Mammutaufgabe. Der bpa schlägt deswegen vor, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung beauftragt, in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 75 Abs. 6 SGB XI Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die notwendige Personalausstattung, die Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen, damit es nicht in allen 16 Bundesländern zu einer unterschiedlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt.

#### Zur Beteiligung der Trägerverbände:

Der bpa begrüßt die Beteiligung der „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ an der Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinie nach Abs. 1 und an der Pflegeberatungs-Richtlinie nach Abs. 1a grundsätzlich.

Über die bisher im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen hinaus setzt sich der bpa dafür ein, künftig in § 17 SGB XI sowie an weiteren Stellen **nur die „maßgeblichen“ Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an den Richtlinien und Vereinbarungen des SGB XI zu beteiligen sind.** Als maßgeblicher Verband auf Bundesebene soll gelten, wer

- in 75 % der Bundesländer (also 12 der 16 Länder) mindestens
- 5 % der jeweiligen Pflegeeinrichtungen repräsentiert.
- Sofern sich Vereinbarungen nur auf den ambulanten Bereich oder nur auf den stationären Bereich beziehen, sollen die 5 % jeweils für den jeweiligen Bereich Anwendung finden.

#### Begründung:

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und



Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. Andere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche, etwa nur ambulante Pflegedienste oder aber lediglich Träger stationärer Pflegeeinrichtungen. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim gegenwärtigen Wortlaut von § 17 SGB XI die Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen der zu entwickelnden Richtlinien, da während der Entwicklung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung am Entwicklungsprozess die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Richtlinien in Frage stellen könnten. Zudem lässt sich bisher nicht verhindern, dass Trägerverbände eine Beteiligung bei Vereinbarungen über einzelne Leistungsbereiche reklamieren, ohne in der jeweiligen Versorgungsform überhaupt Mitgliedseinrichtungen zu vertreten.

Um dieser Gefahr adäquat entgegenzuwirken, sollte durch eine Definition maßgeblicher Trägervereinigungen von Pflegeeinrichtungen die Arbeitsfähigkeit der hierbei mitgestaltenden Trägervereinigungen auf einer rechtssicheren Grundlage gesetzlich klargestellt werden.

Mit einer Repräsentanz in  $\frac{3}{4}$  aller Bundesländer wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über das Quorum von lediglich 5 % an Mitgliedern im jeweiligen Bundesland wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht. Ein solches Quorum ist dem SGB XI auch nicht unbekannt. Bereits in den Vergütungsbestimmungen zu den §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI ist aus Gründen der Arbeitsfähigkeit und Praktikabilität auf Seiten der Kostenträger ein Quote von 5 % gesetzlich eingeführt worden und hat sich seither grundsätzlich bewährt.

In diesem Zusammenhang kommt es darüber hinaus wesentlich darauf an, dass Trägervereinigungen, die die Interessen lediglich eines der beiden Versorgungsgebiete (stationär oder ambulant) wahrnehmen, auch nur in dem jeweiligen Versorgungsbereich als Trägerverband auf Bundesebe-

ne einbezogen werden. Schließlich soll durch eine angemessene Beteiligung entsprechend sachkundiger Organisationen die fachliche Nähe in Bezug auf die zu regelnde Materie gewährleistet werden. Das ist bislang nicht im ausreichenden Maße der Fall.

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägervereinigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Er hat dabei die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen.

§ 17 Abs. 1 a Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1a) An den Richtlinien nach Satz 1 sind der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die **maßgeblichen** Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen.

## Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17

### A) Neuregelung

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

Der bpa schlägt vor, neu in § 18 Abs. 3 c SGB XI eine Frist für den Widerspruchsbescheid zu verankern.

Im Rahmen der Begutachtung sind auch Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung zu erfassen (Abs. 5a), obwohl sie nicht in die Ermittlung des Pflegegrades eingehen.

Die Feststellungen der Gutachter zur medizinischen Rehabilitation sollen künftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens erfolgen (Abs. 6).

### B) Stellungnahme

#### Frist für den Widerspruchsbescheid:

In der Praxis hat sich gezeigt, dass Versicherte, die Widerspruch gegen den Bescheid über ihre Pflegestufe einlegen, oft Monate warten müssen, bis darüber entschieden wird. Anwälte berichten von Fällen, in denen der Widerspruchsbescheid erst nach neun Monaten ergeht und Sozialgerichte aufgrund ihrer Überlastung nicht reagieren. Deshalb fordert der bpa, dass für Widerspruchsbescheide die gleiche Frist gelten soll wie für den Leistungsbescheid der Pflegekasse.

#### Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung:

Hier erschließt sich nicht, warum bei der Begutachtung in zusätzlichen Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit erfasst, aber nicht bei der Begutachtung berücksichtigt werden. Warum soll ein Bedarf erhoben werden, der dann aber bei der Leistungsgewährung keine Rolle spielt? Wenn der Gesetzgeber hier in der Begründung schreibt, dass diese Bedarfe „von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation, die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen“ sind, wäre es angezeigt, diese Bereiche

in die Aufzählung nach § 14 Abs. 2 SGB XI mit einzubeziehen.

#### Feststellungen zur Rehabilitation:

Der Gesetzgeber hat bereits mehrfach die Regelungen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Pflegebedürftige angepasst. Das Ziel dabei ist, dass Pflegebedürftige früher und konsequenter Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nehmen. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ soll damit umgesetzt werden. Das begrüßt der bpa nachdrücklich. Der bpa teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden müssen. Die Gesetzesbegründung verweist darauf, dass bei 1,3 Millionen Gutachten nur 5.300 Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen wurden, was einem Anteil von 0,4 % entspricht. Die Gesetzesbegründung verweist auf eine Studie, wonach es bis zu 6,3 % Rehabilitationsempfehlungen geben müsste. Diese Lücke gilt es zu schließen. Dass der Gesetzentwurf für die Rehabilitationsempfehlungen bundeseinheitliche strukturierte Vorgaben vorsieht, begrüßt der bpa.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 18 SGB XI wird um einen neuen Absatz 3c wie folgt ergänzt:

**(3c) Legt der Versicherte Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse auf seinen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach Absatz 3 ein, ist dem Versicherten spätestens fünf Wochen nach Eingang des Widerspruchs bei der zuständigen Pflegekasse der Bescheid schriftlich mitzuteilen; ansonsten muss die Pflegekasse den Widerspruch gegen sich gelten lassen.**

§ 18 Abs. 5a SGB XI wird gestrichen. Die zusätzlichen Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung sollten stattdessen in § 14, zumindest in den Absatz 3 als Erweiterung der Haushaltsführung, integriert werden.

## **Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18c SGB XI**

Artikel 1, Nr. 19

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Das BMG richtet ein Begleitgremium ein, das u.a. die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Einrichtung des Begleitgremiums. Allerdings sollte auch hier klargestellt werden, dass nur die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeint sind (siehe hierzu die Definition und die Begründung zu § 17 SGB XI, Seite 16).

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 18 c SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste sowie die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen.

## **Dynamisierung – § 30 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 24

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge soll bereits in die Leistungsbeträge des vorliegenden Gesetzes integriert sein. Die nächste Dynamisierung würde dann erst 2020 erfolgen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa sieht diese Argumentation sehr kritisch, weil sie nicht nachprüfbar ist. Denn weder im Gesetz noch in der Begründung finden sich Angaben darüber, wie die Höhe der Leistungsbeträge zustande gekommen und in welcher Höhe die für 2017 vorgesehene Dynamisierung in die Leistungsbeträge eingeflossen ist. Für den ambulanten Bereich entsprechen die Leistungen des Pflegegrades 2 exakt den Leistungen der Pflegestufe I plus der Leistungen nach § 123 SGB XI. Der Personenkreis, der zukünftig entsprechend eingestuft wird, erhält dann 2017 die gleichen Leistungen wie 2015, eine Dynamisierung ist nicht zu erkennen.

Die für den Fall der Nichteinigung der Vertragspartner vorgesehene Umrechnungsformel für die Pflegesätze im stationären und teilstationären Bereich (siehe Seite 88) verzichtet vollständig auf jede Dynamisierung, sondern führt automatisch zu einer budgetneutralen Umsetzung. Damit verbundene Erwartungen an eine Leistungsverbesserung müssten in diesem Falle enttäuscht werden. Der bpa fühlt sich durch dieses Vorgehen darin bestärkt, weiterhin eine regelgebundene Dynamisierung zu fordern.

Denn die inflationsbedingte Entwertung der Leistungen und der damit einhergehende Akzeptanzverlust der Versicherten sind nur durch eine regelmäßige, an die Inflation gebundene Dynamisierung zu verhindern. Der bpa ist sich bewusst, dass die regelmäßige Dynamisierung entsprechende Kostensteigerungen bedingt. Nichtsdestotrotz ist es sachgerecht, einen automatischen regelhaften Inflationsausgleich zu schaffen, ohne dass es jeweils einer Rechtsverordnung der Bundesregierung bedarf. Denn die bisherige Dynamisierung muss viele Hürden überwinden:

- Eine Prüfung der Notwendigkeit erfolgt nur alle drei Jahre.
- Es gibt einen generellen Vorbehalt in Form der Berücksichtigung der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“.
- Es bedarf eines Berichts der Bundesregierung über die Notwen-

- digkeit der Dynamisierung.
- Die Bundesregierung muss mit Zustimmung des Bundesrates eine Verordnung erlassen.

Aus Sicht des bpa wäre eine Dynamisierung in Form eines regelmäßigen Inflationsausgleichs im Gesetz selbst und ohne Ordnungsnotwendigkeit sachgerechter und unbürokratischer. Der bpa bedauert es, dass nur in der Überschrift der Begriff der „Dynamisierung“ verwendet wird, aber nicht im Gesetzestext selbst. Da „Anpassung“ theoretisch auch eine Kürzung bedeuten könnte und ohnehin, wie aufgezeigt, die Hürden sehr hoch sind, sollte der ursprüngliche Begriff der Dynamisierung weiterhin verwendet werden, um zu vermeiden, dass die Ziele dieser Regelung falsch interpretiert werden könnten.

Die Begründung verweist darauf, dass die Dynamisierung u.a. dazu verwendet wird, „im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen insbesondere in hohen Pflegegraden besser entgegenzuwirken.“ Der bpa begrüßt diese Aussage nachdrücklich, kann aber angesichts der gewährten Leistungsbeträge in § 43 SGB XI nicht erkennen, dass sie auch tatsächlich umgesetzt wurde. Auf die Überforderung der stationär versorgten Pflegebedürftigen wird näher in den Ausführungen zu § 43 SGB XI eingegangen (siehe Seite 39).

### C) Änderungsvorschlag

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

**Die Leistungsbeträge sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres, erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2018 entsprechend der vom Statistischen Bundesamt festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres zu erhöhen. Die nach Satz 1 erhöhten Leistungsbeträge sind kaufmännisch zu runden.**

## **Pflegesachleistung – § 36 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 27

### **A) Neuregelung**

Auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die ambulanten Sachleistungen definiert. Statt Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung – wie bisher – sollen künftig im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gewährt werden.

In bestimmten Bereichen wie Schule und bei der Krankenbehandlung sind Hilfen ausgeschlossen.

Der Gesetzentwurf bestimmt die Höhe der ambulanten Sachleistungen.

Der bpa schlägt vor, in § 36 SGB XI einen Verweis auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI aufzunehmen.

### **B) Stellungnahme**

#### Definition:

Wie zu § 4 SGB XI bereits ausgeführt, fehlt es an einer Definition der Leistungsbestandteile der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Auf diese Leistungen hat der Pflegebedürftige einen Leistungsanspruch und Pflegedienste sollen sie erbringen, ohne dass diese hier oder in der Pflegewissenschaft konkret definiert sind. Wenn es dabei um Leistungen in den nach § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen gehen soll, wäre zumindest dieses klarzustellen und nur hierauf Bezug zu nehmen. Gegenwärtig muss der Eindruck entstehen, dass es sich um unterschiedliche Inhalte handelt. Nach Ansicht des bpa bedarf es hier einer genaueren Verknüpfung mit den sechs in § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI genannten Bereichen. Zwar heißt es im Gesetzestext, dass der Anspruch pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen umfasst, aber es wird nicht festgelegt, welche Leistungen oder Module hinter den körperbezogenen Pflegemaßnahmen stehen.

Der Perspektivwechsel von den hauswirtschaftlichen Verrichtungen zu Hilfen bei der Haushaltsführung unter Einbeziehung z. B. der „für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange“ wird vom bpa unterstützt. Gleichwohl hält der bpa die Erwähnung der Unterstützung bei



der Haushaltsführung als Leistung durch Verweis auf § 14 Abs. 3 SGB XI für erforderlich.

#### Ausschluss von bestimmten Hilfen:

Der bpa hält den Ausschluss von Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf in Hinblick auf die Sachleistungen insbesondere für Menschen mit Behinderung für problematisch. Zwar ist die Begründung zunächst nachvollziehbar, dass dadurch eine Verschiebung von Leistungen z.B. aus der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung vermieden werden soll. Aber in der Praxis führt die hier vorgenommene Ausschlussregelung zu der Versagung von Leistungsansprüchen an der Nahtstelle von SGB XI und SGB XII. Wieso sollen Hilfen wegen einer eingeschränkten Selbständigkeit eines behinderten Kindes beim Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches (gem. Bereich „Mobilität“ nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI) oder bei der Unterstützung zum Toilettengang in der Schule ebenso wie beim Aufsuchen- oder Verlassen der Wohnung ausgeschlossen werden? Die hier im Gesetz vorgenommene Abgrenzung ist unzureichend. Die Regelung muss sicherstellen, dass Sachleistungen der Pflegeversicherung, auf die dem Grunde nach ein Leistungsanspruch besteht, nicht ausgeschlossen werden und dass trotzdem vorrangige Leistungsträger in der Leistungspflicht bleiben. Denn es dürfen keine Leistungen, die originär der Pflegeversicherung zuzuordnen sind, ausgeschlossen werden.

#### Zu der Höhe der Sachleistungsbeträge:

Der bpa anerkennt die neu in § 36 SGB XI ausgestalteten Sachleistungsbeträge. Im Vergleich mit der bisherigen Höhe ist zu berücksichtigen, dass sie sowohl die Beträge nach § 36 als auch die nach § 123 SGB XI umfassen. Der bpa begrüßt im Zusammenhang mit den ambulanten Sachleistungsbeträgen insbesondere auch die Übergangsregelung nach Artikel 2. Wie bereits ausgeführt, ist aber die fehlende Dynamisierung insbesondere für den bisher nach § 45a SGB XI eingestuften Personenkreis mit Leistungen nach § 123 SGB XI ohne Übergangsregelung nicht zu erkennen. Unklar ist, wie sich das neue Begutachtungsverfahren nach der Überleitungsregelung auf erstmals ab 2017 neu eingestufte pflegebedürftige Personen bei ambulantem Pflegesachleistungsbezug auswirkt. Hier fehlen, anders als im stationären Bereich, jegliche wissenschaftlich erhobene Vergleichswerte zur Einstufung nach neuem und parallel nach jetzigem Recht. Erst dieser Vergleich ermöglicht eine Bewertung der Auswirkungen auf die zukünftig Pflegebedürftigen, um einschätzen zu können, was diese dann tatsächlich an Leistungen bekommen.

### Verknüpfung mit den Pflegekursen nach § 45 SGB XI:

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sind für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sehr hilfreich. Denn im Zuge der Leistungen nach § 45 SGB XI werden Angehörige geschult und entlastet. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird nachdrücklich unterstützt. Allerdings kennen viele Versicherte diese Leistungen gar nicht und eine verbesserte Inanspruchnahme wäre wünschenswert. Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten daher mit den Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI) verknüpft werden.

### C) Änderungsvorschläge

In § 36 Abs.1 SGB XI werden Satz 1 und 2 neu gefasst:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf ~~körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung~~ Sachleistungen (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 und 3 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte **und Hilfen zur Haushaltsführung**.

In § 36 Abs. 2 SGB XI wird Satz 2 wie folgt gefasst:

Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen oder Fähigkeitsstörungen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. ~~Ausgeschlossen sind Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Zudem dürfen Ausgeschlossen sind Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und im Bereich Kindergarten, Schule, Ausbildung und Beruf, sofern andere Leistungsträger vorrangig leistungs verpflichtet sind.~~ Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

§ 36 Absatz 5 (neu) SGB XI:

**Pflegebedürftige, die häusliche Pflege nach Absatz 1 erhalten, und deren Angehörige sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.**

## **Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 28

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Vergütung für die Beratungseinsätze erhöht sich von 22 Euro auf 23 Euro (in den Pflegegraden 2 und 3) bzw. von 32 Euro auf 33 Euro (in den Pflegegraden 4 und 5).

Sachleistungsempfänger sollen auch Beratungsbesuche in Anspruch nehmen können.

Bis 1. Januar 2018 müssen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche abgeschlossen werden.

Der bpa schlägt vor, dass in § 37 SGB XI – neu – festgelegt werden sollte, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben.

### **B) Stellungnahme**

#### Vergütung:

Die Beratung der Pflegebedürftigen soll durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gestärkt werden – auch durch die Erweiterung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Sachleistungsbezieher sowie durch die beabsichtigte Aufwertung und Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Der bpa anerkennt dieses Ansinnen. Die vorgesehene minimale Erhöhung der Vergütung für die Beratungseinsätze um einen Euro steht allerdings in keinem Verhältnis zu der angestrebten inhaltlichen Aufwertung und der angestrebten zukünftigen Bedeutung. Der Gesetzesentwurf bezeichnet diese Anpassung als „Dynamisierung“ (s. Begründung, A. Allgemeiner Teil, Ziffer VI, 3.3 Soziale Pflegeversicherung, Seite 64). Sofern ernsthaft die Absicht zur Qualitätsverbesserung und Aufwertung der Beratung besteht, ist der Zusammenhang zum Inhalt der Beratung, dessen Dauer und zur Qualifikation der eingesetzten Fachkräfte herzustellen. Diese Komponenten bilden dann den Rahmen für die erforderlichen Vergütungen der Besuche. Ansonsten ist diese Leistung nicht wirtschaftlich zu erbringen, insbesondere wenn von der Vergütung auch noch An- und Abfahrt zum Pflegebedürftigen umfasst sein müssen.

Die vorgesehene Vergütung ist daher in keiner Weise auskömmlich und gefährdet die notwendige Beratung. Auf der Grundlage der genannten Parameter sollten Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung gem. § 89 SGB XI zukünftig verhandeln können – wie es auch sonst für die Sachleistungen üblich ist.

Der bpa begrüßt in dem Zusammenhang, dass für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI einheitliche Standards entwickelt und diese wissenschaftlich fundiert werden sollen. Ein entsprechender Auftrag kann von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gem. § 113 b Absatz 4 erteilt werden.

#### Beratungsbesuche für Sachleistungsempfänger:

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass künftig auch Sachleistungsempfänger einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch nehmen können. Dieses ist ein weiterer Baustein, um die Beratung für Pflegebedürftige auszubauen und pflegende Angehörige stärker zu unterstützen. Die Ausdehnung der Beratungseinsätze auch auf Sachleistungsempfänger macht die oben geforderte Änderung bei den Vergütungen umso dringlicher. Der bpa schlägt darüber hinaus vor, dass auch Pflegebedürftigen in der Tagespflege einen Anspruch auf die Beratungsbesuche eingeräumt wird.

#### Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche:

Der bpa teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche eine wichtige Funktion für die Gewährleistung der Beratungsqualität haben. Die bisherigen Verhandlungen waren dabei durchaus erfolgreich, auch wenn sie nicht vollständig abgeschlossen werden konnten. Allerdings konnte in der Vergangenheit bereits Einvernehmen hinsichtlich der Struktur- und der Prozessqualität hergestellt werden. Es bestand allerdings auch Einigkeit, dass eine Verbesserung der Qualität bei den derzeitigen geringen Vergütungen nicht möglich ist. Über diesen Stand wurde das BMG von den Vereinbarungspartnern auch schriftlich in Kenntnis gesetzt.

#### Verknüpfung der Beratungseinsätze mit den Pflegekursen:

Der bpa schlägt vor, die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI mit den Pflegekursen nach § 45 SGB XI zu verknüpfen, um eine stärkere Inanspruchnahme der Pflegekurse zu erreichen. In § 37 SGB XI sollte fest-

gelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben. Dabei müssen die Leistungen nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

### C) Änderungsvorschläge

§ 37 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 SGB XI werden wie folgt gefasst:

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden; **bei der Beratung ist auf den Anspruch nach § 45 hinzuweisen und auf eine Inanspruchnahme hinzuwirken.** Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie **wird gem. § 89 vereinbart; dabei sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 mindestens anderthalb Stunden Beratungszeit zugrunde zu legen. beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro.**

In § 37 Abs. 3 wird folgender Satz 7 angefügt:

**Beziehen Pflegebedürftige teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege nach § 41, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.**

## **Kombinationsleistungen – § 38 SGB XI**

– Neu –

### **A) Neuregelung – Vorschlag des bpa**

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sind für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sehr hilfreich. Denn im Zuge der Leistungen nach § 45 SGB XI werden Angehörige geschult und entlastet. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird nachdrücklich unterstützt. Allerdings kennen viele Versicherte diese Leistungen gar nicht und eine verbesserte Inanspruchnahme wäre wünschenswert. Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten daher mit den Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) verknüpft werden.

### **B) Änderungsvorschlag**

In § 38 SGB XI wird folgender Satz 6 neu eingefügt:

**Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.**

## **Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 30

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Der Gesetzentwurf verschärft die Vorschriften für ambulant betreute Wohngruppen. Anbieterverantwortete Wohngruppen müssen sich deutlich von vollstationärer Versorgung unterscheiden.

Leistungen der Tagespflege können in ambulant betreuten Wohngruppen nur noch in Anspruch genommen werden, wenn deren Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachgewiesen wurde.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa lehnt die Änderungen entschieden ab.

#### Anbieterverantwortete Wohngruppen:

Der Gesetzentwurf kritisiert ambulant betreute Wohngruppen, die von Anbietern verantwortet werden (im Gegensatz zu Wohngruppen, die von Pflegebedürftigen selbst verantwortet werden). Der bpa nimmt dieses mit Verwunderung zur Kenntnis. Angesichts des demografischen Wandels und der politischen Vorgaben werden immer mehr ambulant betreute Wohngruppen geschaffen. Sie sind der sozial- und pflegepolitische Hoffnungsträger, ihr Angebot soll sich vergrößern. Soll dieses gelingen, ist es wenig hilfreich, wenn die bürokratischen Anforderungen vergrößert werden und es unterstellt wird, sie müssten in besonderer Weise reguliert werden.

Die Leistungen in den anbieterverantworteten Wohngruppen sollen sich strikt von denen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden. Dabei stellt die Begründung des Gesetzentwurfs einen irreführenden Zusammenhang her. Es wird suggeriert, dass die Präsenzkraft in Wohngruppen die gleichen Leistungen erbringen würde wie eine Pflegefachkraft in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei hat das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) die Anforderungen an die Präsenzkkräfte in ambulant betreuten Wohngruppen klar definiert: „eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwal-



tende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ (§ 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI). Damit ist deutlich, dass die Präsenzkräfte in Wohngruppen andere Aufgaben haben als Pflegefachkräfte in Pflegeheimen. Zudem halten ambulant betreute Wohngruppen erkennbar andere Angebote als stationäre Pflegeeinrichtungen vor. Schließlich bleibt der Gesetzentwurf mit seiner Vorgabe im Ungefähren: Aus der Gesamtschau bzw. dem Gesamtkonzept soll sich ergeben, dass sich das Angebot der ambulant betreuten Wohngruppe von vollstationärer Pflege unterscheidet. Gefordert sind hier die Möglichkeit der Mitwirkung und die Beteiligung der Angehörigen.

#### Leistungen der Tagespflege in ambulant betreuten Wohngruppen:

Insbesondere durch diese neu beabsichtigte Regelung wird die Widersprüchlichkeit des Gesetzgebers eklatant deutlich. Mit den beiden letzten Gesetzesänderungen hat der Gesetzgeber ausdrücklich erhebliche zusätzliche Leistungen für potentielle Tagespflegebesucher, als gleichsam „verlängerte“ häusliche Pflege, zur Verfügung gestellt. Diese Leistungen hatten gleichzeitig eine Strukturbildung zum Ziel: der flächendeckende Aufbau von Tagespflegeeinrichtungen sollte angereizt werden und Betreiber sollten zu Investitionen motiviert werden, um die potentiell sich aufbauenden Bedarfe zu decken. Nunmehr werden Träger, die diesen gesetzlichen Anreizen gefolgt sind und in Einrichtungen der Tagespflege und/oder in Wohngruppen investiert haben, mit unsachlichen und falschen Anschuldigungen konfrontiert und sehen sich durch das Gesetz in Frage gestellt sehen. In der Begründung heißt es:

„Es wird immer wieder beklagt, dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde.“

Leider bleibt der Gesetzentwurf eine Erklärung schuldig, von wem diese „Klage“ erhoben wird. Auch finden sich keinerlei Belege für diese Behauptung. Es erstaunt sehr, dass der Gesetzgeber ganz offensichtlich nicht aufgrund eigener Erkenntnisse und Überzeugung, sondern nur aufgrund nicht näher belegter Behauptungen Dritter die Leistungserbringung für die wichtigen ambulant betreuten Wohngruppen erschweren will. Wenn hier suggeriert wird, die Leistungen der Präsenzkraft in einer Wohngemeinschaft wäre für die gleichen Aufgaben zuständig wie in einer Einrichtung in der Tagespflege, dann kann dieses ausweislich der oben zitierten Gesetzesbegründung nur zurückgewiesen werden. Tagespflege und Präsenzkraft verfolgen unterschiedliche Zwecke und Ziele. Auf einer derartig leicht

wiederlegbaren Basis Trägern, die dem Willen des Gesetzgebers gefolgt sind, die Planungs- und Handlungssicherheit vollständig zu entziehen, ist verantwortungslos. Und pflegebedürftigen Menschen in einer Wohngruppe ohne substantielle Begründung – zudem durch ein beliebiges Verfahren – im Zweifel die Leistung zu versagen, ist weder rechtlich noch ansonsten nachvollziehbar. Der bpa anerkennt andererseits, dass bei Gruppenwohnformen mit vergleichbarem Leistungsversprechen vergleichbare Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen sollen. Wird ein vergleichbarer Anspruch – heimähnliche Versorgungsdichte – in anderen Wohnformen formuliert, sind faire und vergleichbare Wettbewerbs- und Rahmenbedingungen einzufordern. Dies betrifft auch die Differenzierung der Kosten unter Einbeziehung der Krankenversicherung als Kostenträger.

Der Referentenentwurf selbst verweist auf die notwendige Ausdifferenzierung des Leistungsangebots:

„Die Ausgestaltung des Leistungsrechts in der Pflegeversicherung wird eine noch differenziertere Leistungs- und Angebotspalette ermöglichen, die eine wohnortnahe Pflege sowohl für Menschen mit körperlichen Einschränkungen, als auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützt.“ (Begründung, Seite 54)

Mit den hier vorgenommenen Einschränkungen wird diese Differenzierung allerdings unnötig erschwert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Leistungen der Tagespflege in ambulant betreuten Wohngruppen nur noch erbracht werden können, wenn der MDK nachweist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Das ist auch ein Verstoß gegen das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten. Wenn der Versicherte in einer ambulant betreuten Wohngruppe Leistungen der Tagespflege in Anspruch nehmen möchte, darf ihm dieses nicht verwehrt werden. Es ist unsinnig, den Pflegebedürftigen für eine teilstationäre Leistung in eine externe Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege zu bringen, wenn sie auch in seiner Wohngruppe erbracht werden kann. Die Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf die Leistungen der Tagespflege in der Wohngruppe, soweit für sie dadurch ein Zusatznutzen in den Bereichen Pflege und Betreuung entsteht. Schließlich stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien der MDK überprüfen soll, dass die Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen ohne teilstationäre Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Der bpa befürchtet hier erhebliche Rechtsunsicherheiten für die Pflegebedürftigen in den Wohngruppen und die Anbieter. Zudem stellt sich die Frage, ob der MDK angesichts der großen Herausforderungen bei der Umstellung der Begutachtung ausreichend Kapazitäten hat, um jetzt auch noch Pflegebedürftige in Wohngruppen zu überprüfen.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die inhaltlichen Änderungen des Gesetzentwurfs in § 38a Abs. 1 Nr. 4 sind zu streichen. Der derzeit gültige Gesetzestext soll bestehen bleiben. Ersatzweise sollte in Satz 3 klargestellt werden, dass für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ein Anspruch auf Tagespflege besteht, wenn daraus für sie ein Zusatznutzen resultiert.

## Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI

Artikel 1, Nr. 31

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Verhinderungspflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die Vorpflegezeit von sechs Monaten bleibt bestehen.

### B) Stellungnahme

Der bpa fordert, die Vorpflegezeit von sechs Monaten zu streichen. Das wäre ein wichtiges Signal an die pflegenden Angehörigen. Die Notwendigkeit dessen verdeutlicht das folgende Beispiel: Ein 85-jähriger Ehemann erleidet einen Schlaganfall und kommt ins Krankenhaus. Dort wird u.a. der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Die 83-jährige Ehefrau versucht sich nach besten Kräften um die Versorgung zu kümmern. Aber nachdem der Ehemann nach dem Krankenhausaufenthalt und einer Rehabilitation zurück nach Hause kommt, ist die Ehefrau nicht mehr in der Lage, ihren Mann dort auch noch zu versorgen. Sie benötigt eine Auszeit und möchte Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Das kann sie aber nach der derzeitigen Gesetzeslage nicht. Deswegen sollte die Vorversicherungszeit in § 39 SGB XI gestrichen werden.

### C) Änderungsvorschläge

In § 39 Abs. 1 SGB XI ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist ~~und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.~~

## Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI

Artikel 1, Nr. 32

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Tages- und Nachtpflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die medizinische Behandlungspflege bleibt Bestandteil der Leistungen der Tagespflege.

### B) Stellungnahme

Durch die Umwandlung von Pflegestufen in Pflegegrade kommen Versicherte der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegegrad 2 und können damit auch Leistungen der Tagespflege in Anspruch nehmen. Das begrüßt der bpa.

Der bpa fordert, dass die Leistungen der Behandlungspflege in der Tagespflege von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Zur Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen zu § 43 SGB XI verwiesen (siehe Seite 39).

### C) Änderungsvorschlag

§ 41 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung ~~und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.~~

## **Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 33

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kurzzeitpflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa schlägt – neu – vor, dass im Rahmen der Kurzzeitpflege auch nicht ausgeschöpfte Leistungsbeträge der Tagespflege verwendet werden können.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 42 Abs. 2 wird folgender Satz 4 neu eingefügt:

**Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann je nach Pflegegrad um den Betrag nach § 41 Abs. 2 aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Tages- oder Nachtpflege erhöht werden.**

## **Stationäre Pflege – § 43 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 34

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

Der Gesetzentwurf bestimmt die Höhe der stationären Sachleistungen.

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Wählen Pflegebedürftige stationäre Pflege, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie 80 % des stationären Sachleistungsbetrags.

### **B) Stellungnahme**

#### Medizinische Behandlungspflege:

Mittlerweile herrscht eine gewisse Gewöhnung an eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen. Der bpa kritisiert diese strukturelle Ungleichbehandlung erneut. Die Untätigkeit der Verbraucherverbände oder der Sozialhilfeträger verwundert insofern.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa € 177 geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der

deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege tragen. Denkbar wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Der bpa bedauert es daher, dass es der Gesetzgeber hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege für Heimbewohner, aber auch für Gäste der teilstationären Einrichtungen, bei der systemwidrigen Zuordnung zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken, da die Heimkosten systemfremd belastet werden und somit direkte wettbewerbliche Auswirkungen bewirken.

In der Diskussion um die Pflegereform droht der durch die tatsächliche Pflegesituation seit 20 Jahren bestätigte Leitsatz "ambulant vor stationär" jetzt umgedeutet zu werden, dabei aber die Lebenswirklichkeit vieler schwer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegender Angehörigen zu ignorieren. Bei nüchterner Betrachtung der tatsächlich notwendigen Versorgungsdichte wird klar, dass es hier nicht um ein Verhältnis von Vorrang und Nachrang gehen kann, sondern sehr häufig schlicht um die zeitliche Reihenfolge eines bedarfsgerechten Angebots gehen muss, auf welches sich die pflegebedürftigen Menschen auch künftig verlassen können müssen.

#### Höhe der stationären Sachleistungsbeträge:

Der bpa bedauert es, dass die Gesetzesreform nicht dazu genutzt wurde, die stationären Sachleistungsbeträge im notwendigen Umfang zu erhöhen. Die stationär versorgten Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz sind die eindeutigen Verlierer des Pflegestärkungsgesetzes II. Pflegebedürftigen drohen z. T. massive Leistungsabsenkungen, wenn man die stationären Sachleistungen im Jahr 2017 mit den Leistungen für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz im Jahr 2015 vergleicht (siehe dazu die nachfolgende Tabelle). **Es droht eine Absenkung von fast 300 Euro im Monat, was einem Minus von 28 % entspricht!** Der bpa fordert daher den Gesetzgeber auf, die stationären Sachleistungsbeträge im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch einmal deutlich an-



zuheben.

### Vergleich der Sachleistungsbeträge stationär bisher und ab 2017

	Sachleistungen nach § 43 SGB XI bisher	Ab 2017	Veränderung absolut	Veränderung prozentual
Pflegestufe I ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.064 €	Pflegegrad 2: 770 €	- 294 €	- 28 %
Pflegestufe II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.330 €	Pflegegrad 3: 1.262 €	- 68 €	- 5 %
Pflegestufe III ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.612 €	Pflegegrad 4: 1.775 €	+ 163 €	+ 10%
Pflegestufe III und Härtefall ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.995 €	Pflegegrad 5: 2.005 €	+ 10 €	+ 0,5%

Damit setzt der Gesetzentwurf in diesem Punkt nicht die Beschlüssen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um. Die Beiratsempfehlung war an dieser Stelle eindeutig und forderte, dass es um eine wirksame Entlastung bei hohem Bedarf gehen muss.

Da bisher die meisten Heimbewohner in Pflegestufe I eingestuft sind (rund 40 %), droht diesen, wenn sie keine eingeschränkte Alltagskompetenz haben, nicht nur ein deutlicher Verlust an Leistungen, sondern damit auch der Sozialhilfebezug aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit. **Nach Hochrechnungen des bpa dürften damit deutlich über 100.000 der künftigen Pflegeheimbewohner schlechter gestellt werden!**

Dabei wurde seit Einführung der Pflegeversicherung das Ziel verfolgt, eine Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe nur wegen der Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden. Umso erfreulicher war die klare Festlegung im Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dass die Abwendung pflegebedürftiger Sozialhilfebedürftigkeit auch künftig eines der zentralen Ziele der Pflegeversicherung bleiben muss. Insofern hat der in den letzten Jahren zu verzeichnende erhebliche Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit bei stationärer Pflege zu Korrekturen bei der Leistungshöhe aufgefordert. Leider wurde das bei der Gestal-

tung der stationären Sachleistungsbeträge im PSG II nicht konsequent berücksichtigt.

Der bpa verweist in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die Begründung zur Dynamisierung in § 30 SGB XI:

„Dabei wird das auf die Leistungsdynamisierung entfallende Finanzvolumen gezielt verwendet, um ... **im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen** insbesondere in hohen Pflegegraden besser **entgegenzuwirken**.“

Der bpa fordert den Gesetzgeber auf, diesen Anspruch auch für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 und 3 umzusetzen. Denn gute Pflege braucht mehr Zeit, auch in den Pflegegraden 2 und 3.

#### Zuschuss in Pflegegrad 1:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 in Pflegeheimen lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten. Das ist durchaus problematisch. Wenn jemand ab 2017 z.B. als Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 im Pflegeheim lebt und er aufgrund der sehr verlässlichen Pflege und Betreuung eine deutliche Verbesserung seines Pflege- und Gesundheitszustandes erfahren darf, aber bei erneuter Begutachtung in den Pflegegrad 1 eingestuft wird, steigt sein Eigenanteil exponentiell. Denn die in § 84 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelten nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Beträge für den Pflegegrad 1 sollten bei stationärer Versorgung deutlich angehoben werden, auch um die Distanz zum Pflegegrad 2 mit einem Sachleistungsvolumen von 770 Euro zu verringern. Eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung des Versicherten als direkte Folge guter Pflege und Betreuung im Pflegeheim kann nicht Ziel dieser Regelung sein.

#### 80%-Regelung:

Wählen Pflegebedürftige stationäre Pflege, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie 80 % des stationären Sachleistungsbetrags.

Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass Pflegebedürftige nicht ohne Notwendigkeit stationäre Pflege in Anspruch nehmen. Aus Sicht des bpa ist diese Regelung unbegründet, da schon die vom Versicherten zu tragenden Kosten eine unreflektierte Entscheidung pro Pflegeheim wirksam verhindern. Die Höhe der zu leistenden Zuzahlung hat auch in der Vergangenheit die Folge gehabt, dass es nie finanzielle Anreize zur Versorgung im Pflegeheim statt in der Häuslichkeit gab. Zudem sind die Leistungshöhen zwischen ambulanten und stationären Sachleistungsbeträgen nahezu identisch. Wenn in der Begründung auf die unterschiedlichen Leistungshöhen hingewiesen wird, begründen diese keineswegs einen Unterschied von

20 % der Leistungsbeträge. Ferner muss auch hier die Entscheidung des Pflegebedürftigen gelten, ohne dass er einen zusätzlichen finanziellen Nachteil erfährt, wenn er sich im Einzelfall für ein Pflegeheim entscheidet. Der bpa schlägt vor, dass Pflegebedürftige, die stationäre Pflege wählen, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, den jeweils niedrigeren ambulanten oder stationären Sachleistungsbetrag in ihrem Pflegegrad erhalten. Im Pflegegrad 2 wäre dieses der ambulante Sachleistungsbetrag (689 €) – der stationäre Sachleistungsbetrag ist höher (770 €). Im Pflegegrad 3 wäre es der stationäre Sachleistungsbetrag (1.262 €) – der ambulante Sachleistungsbetrag ist höher (1.298 €).

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen werden von der Krankenkasse übernommen. Die diesbezüglichen Regelungen des SGB XI und SGB V werden entsprechend geändert.

Die Sachleistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 sowie der Zuschuss in Pflegegrad 1 werden deutlich angehoben.

Pflegebedürftige, die stationäre Pflege wählen, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten den jeweils niedrigeren ambulanten oder stationären Sachleistungsbetrag im jeweiligen Pflegegrad.

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

Artikel 1, Nr. 35

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung zu den Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

### **B) Stellungnahme**

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

Seit Änderung des § 37 SGB V, mit welcher der Anspruch auf häusliche Krankenpflege über den Haushalt hinaus auf sonstige geeignete Orte ausgedehnt wurde, wird darüber gestritten, ob auch stationäre Behindertenhilfeeinrichtungen solche geeigneten Orte sind. Nachdem der überwiegende Teil der hierzu ergangenen Urteile dies bejaht, lehnen die Krankenkassen nunmehr unabhängig hiervon Anträge auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für pflegebedürftige Versicherte in stationären Behindertenhilfeeinrichtungen verstärkt mit dem Argument ab, dass mit dem Pauschalbetrag von 266 € auch jedwede behandlungspflegerische Leistung bereits abgegolten sei, da § 43 a SGB XI ohne Einschränkung auf die in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen verweise.

Bereits im Jahr 2005 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte – zum damaligen Zeitpunkt noch als vorläufig vorgesehene – Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gelte für die Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht; deshalb seien Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43 a SGB XI zu gewähren. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI stehe dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht entgegen (B 3 KR 19/04 R). Durch die systemwidrige dauerhafte Verlagerung der Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung – zumal unter Beibehaltung des seit 1996 beinahe unveränderten Betrages – hat sich hieran

nichts geändert. Gleichwohl verweigern die Krankenkassen den Versicherten mit Behinderung den Anspruch auf häusliche Krankenpflege unter Berufung auf die pauschale Abgeltung nach § 43 a SGB XI ohne Berücksichtigung der grundlegend anders ausgerichteten fachlichen Konzeption der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Vermeidung weiterer langjähriger Rechtsstreitigkeiten auf dem Rücken der betroffenen Versicherten und Einrichtungen ist hier dringend eine Klarstellung geboten.

## **Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 43 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 36

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Regelung ersetzt die bisherige in § 87 b SGB XI.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich! Damit wird einer der zentralen Forderungen des bpa im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Genüge getan. Insbesondere die eigenständige Finanzierung dieser wichtigen Leistung ist jetzt gegeben.

Gute Pflege braucht mehr Zeit! Auf diese einfache, aber richtige Feststellung hat die Politik reagiert mit der sehr hilfreichen Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte. Galt diese Regelung zunächst nur für die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, profitieren mittlerweile alle pflegebedürftigen Menschen im Pflegeheim, in der Kurzzeitpflege und in der Tagespflege davon, dass spürbar mehr Mitarbeiter Entlastung und Begleitung bieten. Mehr Zeit durch nachweislich mehr Mitarbeiter kommt dabei den Bewohnern selbstverständlich zu Gute. Um diese zusätzlichen Stellen überhaupt schaffen zu können, musste gegenüber den Sozialhilfeträgern versichert werden, dass diese – wie die Bewohner und deren Angehörige auch – nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. In der Betreuungskräfteleitlinie wurden dann die Aufgaben beschrieben. Dort wurde also geregelt, wie mit der zusätzliche Zeit für pflegebedürftige Menschen umgegangen werden muss.

Typisch für das System Deutschland ist, dass wir nun die Aufmerksamkeit nicht auf das tatsächliche Plus an Betreuungszeit legen, sondern Regularien und Nachweisverfahren zur künstlichen Abgrenzung suchen, obwohl gar kein Zweifel besteht, dass die grundlegenden pflegerischen Aufgaben selbstverständlich geleistet wurden und werden. So entwickelte sich das Ungetüm der sog. „Betreuungsdokumentation“, welche für externe Dritte sichern soll, dass es hier nicht zu Überschneidungen der Aufgaben kommen soll. Der in diesem Zusammenhang in jüngster Vergangenheit geäußerte Vorwurf ist konstruiert. Selbstverständlich steht mit zusätzlichen Betreuungskräften mehr Zeit zur Verfügung, jetzt sogar für alle Bewohner.

Dies zeigt sich natürlich in der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Wer hier zusätzliche Dokumentationsanforderungen ins Spiel bringt und diese dann auch noch schärfer kontrolliert sehen will, stärkt einen Mechanismus ohne jeden Vorteil für Bewohner.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Pflegekurse – § 45 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 39

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Pflegekassen wird es zur Pflicht, Pflegekurse und individuelle Schulungen anzubieten.

### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt! Die Pflegekurse und individuellen Schulungen sind ein wichtiges Instrumentarium, um pflegende Angehörige zu unterstützen. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird so gesichert und eine drohende Pflegebedürftigkeit der Pflegeperson kann zumindest abgemindert werden.

Diese Leistungen haben sich in der Praxis bewährt und werden jeden Tag vielfach erbracht. Die Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegekurse und individuelle Schulungen zu erbringen sind daher richtige Maßnahmen, um für eine stärkere Inanspruchnahme dieser Leistungen zu sorgen.

Mit der Erbringung dieser Leistungen können die Pflegekassen Pflegeeinrichtungen beauftragen. Vor diesem Hintergrund hat der bpa im Jahr 2000 zusammen mit einer Krankenkasse ein dreistufiges bundesweites Konzept zur Schulung und Beratung entwickelt. Dieses umfasst die Leistungen häusliche Schulungen, Pflegekurse und die Überleitungspflege aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung. Die durchschnittliche Frequenz liegt bei ca. 2,4 Einsätzen im Rahmen einer Pflegeberatung. Die mittlere Dauer einer Pflegeberatung liegt bei 90 Minuten. Bei den Pflegepersonen, die häufigere Schulungen benötigten, handelt es sich insbesondere um die Diagnosen Apoplex, Demenz, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und Parkinson. Zwischenzeitlich ist dieses Konzept von diversen Pflegekassen übernommen worden.

Allein der bpa hat im Rahmen dieser Verträge ein flächendeckendes Netz von 3.000 Pflegeberater nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind.

Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Erfahrungen setzt sich der bpa dafür ein, dass auch im Rahmen der ambulanten Sachleistung nach § 36



SGB XI, beim Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI und bei der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI auf die Pflegekurse und individuellen Schulungen hingewiesen und hingewirkt wird. Um diese Verknüpfung im Gesetz zu verankern, hat der bpa entsprechende Vorschläge in dieser Stellungnahme unterbreitet (siehe zu § 36 SGB XI Seite 24, zu § 37 Abs. 3 SGB XI Seite 28 und zu § 38 SGB XI Seite 31).

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch, Verordnungsermächtigung – § 45a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 40

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Unterstützung im Alltag für Pflegebedürftige werden drei verschiedene Angebotsformen (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegebedürftigen und Angebote zur Entlastung im Alltag) beschrieben. Die Angebote sollen über ein Konzept zur Qualitätssicherung verfügen und Angaben über ihre Kosten enthalten.

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zu bestimmen.

Pflegebedürftige können für Angebote zur Unterstützung im Alltag 40 % des ambulanten Sachleistungsbetrags verwenden, sofern dieser nicht für die Sachleistungen verbraucht wurde.

### **B) Stellungnahme**

#### Agenturen zur Vermittlung:

Der bpa lehnt die Einbeziehung von „Agenturen zur Vermittlung“ von Angeboten zur Unterstützung im Alltag in den Kreis der anzuerkennenden Angebote nach § 45 a SGB XI nachdrücklich ab – es sei denn, diese beschränken sich auf die Vermittlung von Ehrenamtlichen. Bei der Einbeziehung derartiger Agenturen werden sich, wie es sich bereits im Internet abzeichnet, insbesondere osteuropäische Vermittlungsagenturen trotz fragwürdiger Angebote und Arbeitsbedingungen anerkennen lassen und sich hiermit ein seriöses Erscheinungsbild verschaffen. Die Angebote nach § 45 a SGB XI müssen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen und es muss eine persönliche Kontinuität gewährleistet sein, was diesen Agenturen regelhaft nicht unterstellt wird. Daher wird ausschließlich die Aufnahme von Agenturen zur Vermittlung von Ehrenamtlichen befürwortet.

#### Kosten:

In § 45 a Abs. 2 SGB XI sollte im Zusammenhang mit den Angeboten nicht von „Kosten“, sondern besser von „Preisen“ gesprochen werden.

Entscheidend für den Pflegebedürftigen ist das, was ihm in Rechnung gestellt wird, aber nicht das, was als Kosten kalkuliert wird.

#### Rechtsverordnung:

Aus Sicht des bpa sind die Anforderungen an die Rechtsverordnungen der Länder nicht ausreichend. Die Bundesländer müssen verpflichtet werden, Institutionen für die Qualitätsaufsicht – analog der Heimaufsicht – einzusetzen. Vergleichbare Leistungen im SGB XI müssen auch bei der Qualität vergleichbar kontrolliert werden.

#### Umwandlungsbetrag:

Der bpa lehnt den Umwandlungsbetrag ab. Die entsprechende Regelung sollte gestrichen werden. Hiermit wird ein großer Anteil des Sachleistungsbudgets freigegeben, um Leistungen außerhalb der sonst gültigen Maßstäbe auf Kosten der Pflegeversicherung zu erbringen. Die im Verhältnis zur gegenwärtigen Gesetzeslage vorgesehene deutliche Erleichterung der Leistungsinanspruchnahme sowie die damit verbundenen Konsequenzen lehnt der bpa entschieden ab. Gegenwärtig müssen, wenn bei den pflegebedürftigen Menschen die Sachleistung in Erstattungsleistungen umgewandelt werden soll, die Grundpflege und die Hauswirtschaft sichergestellt sein. Nur wenn dieses gewährleistet ist, dürfen bisher bis zu 40 % der Sachleistung in Erstattungsleistungen umgewandelt werden. Diese Regelung soll jetzt wegfallen. Zukünftig kann der Pflegebedürftige unabhängig davon, ob seine vorrangigen Pflegebedarfe erfüllt sind, Betreuungsangebote über Erstattungsleistungen beanspruchen. Er kann nach seinem Belieben die Erstattungsleistung bei einem nicht zugelassenen Anbieter für anerkannte Angebote wählen. Insbesondere der Sozialhilfeträger kann somit nicht mehr auf die vorrangig zu befriedigenden Bedarfe verweisen und muss ggf. als Ausfallbürge die erforderlichen, insbesondere Grundpflegebedarfe gewähren.

Insgesamt stehen für die Erstattungsleistungen, inklusive der Verhinderungspflege und des Entlastungsbetrages, monatlich bis nahezu 1.000 Euro monatlich zur Verfügung, ohne dass die für zugelassene Pflegedienste nötigen Zulassungsvoraussetzungen und Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen. Hier wird Sub-Anbietern mit nunmehr noch erleichterten Möglichkeiten der Zugang zu einem nahezu unkontrollierten Markt eröffnet. Was sonst im SGB XI für die Leistungserbringung selbstverständlich ist, soll nicht für Angebote zur Unterstützung im Alltag gelten:

- Die Qualität der Leistungen wird nicht einheitlich festgelegt und kontrolliert und ist daher nicht gesichert – anders als bei zugelas-

senen ambulanten Pflegediensten. Damit besteht die Gefahr von Substandards und Billig-Pflege.

- In der Praxis werden die Agenturen und Alltagsbegleiter nicht nur Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen, sondern es ist anzunehmen, dass sie z.B. den Pflegebedürftigen auch waschen, wenn diese darum bitten, obwohl das Waschen eine Leistung der Grundpflege ist.
- Die Angebote zur Unterstützung im Alltag begünstigen prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit. Schon jetzt agieren Agenturen, die sog. Haushaltshilfen für Haushalte mit Pflegebedürftigen anbieten, zumindest im rechtlichen Graubereich. Schwarzarbeit ist dabei keine Seltenheit. Durch die Neuregelung besteht die Gefahr, dass die Entlastungsleistungen durch Kräfte erbracht werden, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden.
- Es ist nicht sichergestellt, dass die Kräfte, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen, den allgemeinen oder den Pflege-Mindestlohn erhalten.

#### Redaktioneller Hinweis:

In § 45 a Abs. 4 SGB XI heißt es: “Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 bis 9 Anwendung“. § 37 Abs. 9 SGB XI gibt es nicht.

### C) Änderungsvorschläge

§ 45a Abs. 1 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, ~~Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen~~, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen in Betracht.

§ 45a Abs. 2 Satz SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in

Rechnung gestellten **Kosten Preise** enthält.

An § 45 Abs. 3 SGB XI wird folgender Satz 2 angefügt:

**In den Verordnungen ist zu regeln, welche Institution auf Landesebene die Angebote regelmäßig kontrolliert.**

§ 45 a Abs. 4 SGB XI wird gestrichen:

~~Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Satz 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018.~~

## Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte – § 53 c SGB XI

Artikel 1, Nr. 42

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b SGB XI Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen.

### B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass bei dieser Richtlinie nur die **maßgeblichen** Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen zu beteiligen sind. Zur Definition der maßgeblichen Vereinigungen hat der bpa einen Vorschlag unterbreitet (siehe § 17 SGB XI, Seite 16).

Die Richtlinie bezieht sich auf den neu geschaffenen Individualanspruch auf Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI. Aber bereits heute gibt es in den meisten Pflegeheimen und vielen Einrichtungen der Tagespflege zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI. Für diese Leistung gibt es bereits eine entsprechende Richtlinie. Der bpa appelliert nachdrücklich an den Gesetzgeber, dafür zu sorgen, dass durch die neue Richtlinie keine neue Bürokratie entsteht. Die Leistung in § 43b SGB XI ist die Neuregelung der Leistung in § 87b SGB XI. Dementsprechend sollte auch die Richtlinie nach § 53c SGB XI gestaltet. Sie sollte keine neuen Anforderungen enthalten, die über das hinausgeht, was bereits in der bestehenden Richtlinie vorgegeben ist. Hier brauchen die Pflegeheime und Einrichtungen der Tagespflege dringend Rechtssicherheit. Das gilt umso mehr, als dass die Einrichtungen bereits durch die Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Pflegesätze und der Heimverträge extrem belastet sein werden. Sofern keine neue Richtlinie gefordert ist, wäre es hilfreich, dies entsprechend klarzustellen. Ansonsten verweist der bpa auf seine Stellungnahme zu § 43 b SGB XI (siehe Seite 46), um eine völlig unnütze Ausweitung von Dokumentationsanforderungen wirksam zu vermeiden.

### C) Änderungsvorschläge

§ 53 c Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Er hat hierzu die **maßgeblichen** Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten.

## Rahmenverträge – § 75 SGB XI

Artikel 1, Nr. 44

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner sollen den Pflegegraden bedarfsdeckende Personalanhaltszahlen zuordnen.

### B) Stellungnahme

Der bpa weist in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die vollständige Anpassung der vertraglichen Grundlagen der pflegerischen Infrastruktur inklusive der Personalbemessung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich ist, eine sehr große Herausforderung ist. Der bpa appelliert daher nachdrücklich an den Gesetzgeber, ausreichend Zeit zur Umsetzung der erforderlichen Anpassungsmaßnahmen durch die Trägerverbände, die Pflegeheime und die Pflegedienste vorzusehen. Denn alle bestehenden Verträge in der Pflegeversicherung müssen umgestellt werden:

- Für nahezu 800.000 Heimbewohner müssen die Heimverträge angepasst werden. Die Umstellung der personellen Ausstattung von der heute relevanten Koppelung an die Pflegestufen an künftige Pflegegrade bei zu erwartenden wechselnden Bezugsgrößen birgt das Risiko einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität für sämtliche Heimbewohner.
- Für die 616.000 durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftige müssen die Patientenverträge angepasst werden.
- Für die 25.700 Pflegedienste und Pflegeheime müssen die Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarungen geändert werden.
- Neben der Bundesrahmenempfehlung sind in allen 16 Bundesländern die Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI für die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege anzupassen.

Dieses bedeutet für die Pflegebedürftigen eine Umstellung, aber insbesondere für die Pflegeeinrichtungen und die Selbstverwaltung gleicht dieses einer Mammutaufgabe.

Der bpa schlägt deswegen vor, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung beauftragt, **in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 75 Abs. 6 SGB XI Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die notwendige Personalausstattung, die**



**Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen**, damit es nicht in allen 16 Bundesländern zu einer unterschiedlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt. Es muss sichergestellt sein, dass es für die Pflegeeinrichtungen bei der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegraden nicht zu Verwerfungen und in Folge zu Existenzbedrohungen kommt.

Insbesondere im stationären Bereich ist die Frage der Einstufung unmittelbar verknüpft mit den Personalressourcen und den Pflegesätzen. Vom Versorgungsaufwand abgekoppelte Einstufungen in Bedarfsgrade sind kein Garant für eine angemessene personelle Ausstattung. Der Grad der Selbstständigkeit stellt eben nicht ab auf den individuellen Bedarf, welcher jedoch insbesondere in der stationären Pflege die relevante Steuerungsgröße schlechthin ausmacht. Keineswegs ausreichend ist für die stationäre Pflege z.B. eine lediglich budgetneutrale Umstellung mit der unübersehbaren Gefahr anschließender Leistungsabsenkungen, welche sich insbesondere in einer hochrelevanten schleichend schlechteren personellen Ausstattung zeigen würde. Deswegen braucht es einheitliche und übertragbare Regelungen auf der Bundesebene, die dann rechtzeitig auf Landesebene in Landesrahmenvereinbarungen nach § 75 Abs. 1 - 5 SGB XI umgesetzt werden können, aber auch ein verpflichtendes Monitoring über die Phase der reinen Umstellung hinaus mit der Verpflichtung zur Nachregulierung bei einer systembedingten Verschlechterung der personellen und damit der finanziellen Ausstattung.

### C) Änderungsvorschläge

§ 75 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. **In den Empfehlungen sind Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gem. § 14 auf die notwendige Personalausstattung, die Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen. Dabei ist sicherzustellen, dass keineswegs die personelle Ausstattung und damit auch das Budget der Pflegeeinrichtung in der Zeit nach der erstmaligen Umstellung durch eine z.B. niedrigere Pflegegradverteilung auf ein**

**niedrigeres Niveau abfällt und damit eine Verschlechterung der Versorgungssituation der Versicherten und eine noch höhere Belastung der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen auslösen würde.**

## Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI

Artikel 1, Nr. 45

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen werden an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die Vergütung soll weiterhin die medizinische Behandlungspflege umfassen.

### B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass die medizinische Behandlungspflege von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet wird – wie auch im ambulanten Bereich. Dazu wird auf die Ausführungen zu § 43 SGB XI verwiesen (siehe Seite 39).

### C) Änderungsvorschlag

In § 82 Abs. 1 werden Satz 2 und 3 wie folgt gefasst:

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst auch die Betreuung ~~und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.~~

## Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI

Artikel 1, Nr. 46

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

In der vollstationären Pflege sind für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln.

Die Vergütung für die zusätzliche Betreuung nach § 43 b SGB XI erfolgt durch Vergütungszuschläge, die von der Pflegekasse zu tragen sind.

### B) Stellungnahme

#### Einrichtungseinheitliche Eigenanteile:

Der bpa begrüßt, dass es einrichtungseinheitliche Eigenanteile geben wird. Dieses wird zu einer leistungsgerechten Einstufungspraxis beitragen, die einen wichtigen Beitrag zu einer dem Unterstützungsbedarf folgenden personellen Ausstattung bewirken wird.

Wenn jemand ab 2017 z.B. als Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 im Pflegeheim lebt und er aufgrund der sehr verlässlichen Pflege und Betreuung eine deutliche Verbesserung seines Pflege- und Gesundheitszustandes erfahren darf, aber bei erneuter Begutachtung in den Pflegegrad 1 eingestuft wird, steigt sein Eigenanteil exponentiell. Denn die in § 84 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelten nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Beträge für den Pflegegrad 1 sollten bei stationärer Versorgung deutlich angehoben werden, auch um die Distanz zum Pflegegrad 2 mit einem Sachleistungsvolumen von 770 Euro zu verringern. Eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung des Versicherten als direkte Folge guter Pflege und Betreuung im Pflegeheim kann nicht Ziel dieser Regelung sein.

#### Vergütungszuschläge:

Der bpa begrüßt die Beibehaltung dieser Regelung. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegekassen für die Vergütung der zusätzlichen Betreuung aufkommen, ohne dass es zu einer finanziellen Belastung der Heimbewohner, der Sozialhilfeträger oder der Pflegeheime kommt. Allerdings stellt sich auch hier die Frage, wie diese neue Regelung umgesetzt wird. Bisher gibt es zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach §

87 b SGB XI in 15 Bundesländern sehr schlanke Regelungen. Hier sollte der Gesetzgeber prüfen, ob er für die Fortschreibung der bisherigen Vereinbarungen nicht entsprechende Vorgaben in das Gesetz aufnehmen kann. Aus Sicht des bpa wäre es sinnvoll, wenn es eine landesweit gültige Vereinbarung der Pflegesatzkommission geben würde, der die Einrichtungen beitreten könnten.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 84 SGB XI wird folgender Satz eingefügt:

**Der Abschluss landesweiter gültiger Vergütungszuschläge ist möglich. Sofern Pflegeeinrichtungen diesen nicht beitreten wollen, bleibt ihnen die Möglichkeit der Einzelvereinbarung.**

## Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI

Artikel 1, Nr. 47

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 SGB XI werden hier die Einzelheiten festgelegt.

Der bpa schlägt – neu – vor, in § 85 SGB XI eine pauschale Fortschreibung der Entgeltvereinbarung zu verankern.

### B) Stellungnahme

#### Vergütungszuschlag:

Die bisher in § 87b Absatz 1 SGB XI genannten Voraussetzungen für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen sollen nun im Wesentlichen als Vereinbarungsgrundlagen in § 85 Abs. 8 überführt werden. Hierzu soll nach Ziffer 3 auch das Einvernehmen der Vertragsparteien gehören, „dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.“

Aus Sicht des bpa sollte diese Ziffer gestrichen werden. Ihre Formulierung hat bereits in der Vergangenheit den Ruf nach einer gesonderten sog. „Betreuungsdokumentation“ laut werden lassen, die die – künstliche – Abgrenzung zu den sonstigen pflegerischen Leistungen ermöglichen soll (siehe hierzu auch die Stellungnahme zu § 43b SGB XI, Seite 46). Nicht hilfreich im Sinne einer Verbesserung der Betreuungssituation wären auch Diskussionen mit einzelnen Bewohnern, Tagespflegegästen und deren Angehörigen, ob die von den Einrichtungen angebotenen zusätzlichen Betreuungsleistungen nachweislich zeitweise oder gar nicht in Anspruch genommen wurden. Zusätzliche soziale Betreuung wirkt sehr viel breiter als dies in nachgewiesenen Aktivitäten zu erfassen wäre. In Fällen der privaten Pflegeversicherung kommt es immer wieder vor, dass mit dem Verweis, solche Leistungen nicht zu benötigen, die vertragliche Vereinbarung der Leistungen und deren Vergütung mit dem Pflegebedürftigen trotz der gesetzlich vorgesehenen Kostenerstattung durch die private Pflegeversicherung verweigert wird. Die Formulierung der Ziffer 3 scheint die Interpretation zu stützen, dass zusätzliche Betreuungsleistungen nur nach dem individuellen Maß der Inanspruchnahme durch den einzelnen Pflegebedürftigen zu vergüten sind. Von hier aus ist der Weg zu einer

Forderung einer kleinteiligen, bewohnerbezogenen Betreuungsdokumentation, die auch jedes Anbieten und Ablehnen von Betreuungsleistungen durch den einzelnen Pflegebedürftigen erfasst, nicht weit.

Mit dem Projekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ und der seit Anfang des Jahres laufenden bundesweiten Implementierung des Strukturmodells ist die Entbürokratisierung in der Pflege einen großen Schritt vorangekommen. Jetzt gilt es zu verhindern, dass der Ruf nach einer Betreuungsdokumentation zum ersten Schritt zurück wird.

Dass mit zusätzlichen Betreuungskräften mehr Zeit für alle Pflegebedürftigen zur Verfügung steht, steht außer Frage. Außer Frage steht auch, dass die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, die Vereinbarungen über die personelle Ausstattung einzuhalten. Der Regelung des § 85 Abs. 8 Ziffer 3 SGB XI bedarf es hierfür nicht; im Sinne der Verhinderung zusätzlicher Dokumentationsanforderungen ohne jeden Vorteil für die Pflegebedürftigen sollte sie daher gestrichen werden.

#### Pauschale Entgeltfortschreibung:

Die vom Bundessozialgericht im Jahr 2009 entwickelte Systematik zur Ermittlung einer leistungsgerechten Pflegevergütung führt mit ihrem mehrstufigen Verfahren wiederum zu einem großen bürokratischen Aufwand sowohl auf Einrichtungs- wie auf Kostenträgerseite. Die damit einhergehenden Belastungen und Auseinandersetzungen sind sinnvollerweise so gering wie möglich zu halten. Bereits in der Vergangenheit sind in Bundesländern vereinfachte Verfahren zur Fortentwicklung bereits vereinbarter Pflegesätze und Entgelte durchgeführt worden; orientiert etwa an allgemeinen Kostensteigerungsraten unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Personalkostenentwicklung im Bereich der Altenpflege wurden den Pflegeeinrichtungen pauschale Erhöhungen angeboten. Den Einrichtungen stand dabei offen, das Angebot etwa aus Wettbewerbsgründen nicht anzunehmen oder Einzelverhandlungen zu führen. Über die Zulässigkeit dieser Praxis ist nach den Urteilen des BSG vom 29.01.2009 erhebliche Verunsicherung eingetreten.

Dabei entsprechen diese vereinfachten Verfahren dem Interesse aller Pflegesatzparteien an möglichst unbürokratischen Pflegesatzverhandlungen ebenso wie den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütungsermittlung auch nach aktueller Lesart des Bundessozialgerichts. Besteht eine Pflegesatz- bzw. Entgeltvereinbarung zwischen den Vertragsparteien, ist im Grundsatz von der Richtigkeit auszugehen (Vermutung der Richtigkeit der Vorvereinbarung, ständige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 30.10.1963, 6 RKa 4/62; Urteil vom 19.03.1997, 6 RKa 36/96; Urteil vom 16.07.2003, B 6 KA 29/02 R; LSG Hessen, Urteil vom 10.12.2003, L 7 KA

4456/00). Unabweisbare Kostensteigerungen, die beispielsweise das Statistische Bundesamt ausweist, entsprechen aufgrund ihrer Unabweisbarkeit stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Erhöhungen auch auf regionaler Ebene widerspricht dabei auch nicht dem Grundsatz, dass die Pflegesatzvereinbarung für jede Einrichtung gesondert abzuschließen ist; sie führt nicht zu Einheitspreisen, sondern sattelt auf einrichtungsindividuell bestehenden Vereinbarungen auf.

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

### C) Änderungsvorschläge

§ 85 Abs. 3, 3a und 4 SGB XI werden wie folgt gefasst:

<sup>1</sup>Die Pflegesatzvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. <sup>2</sup>Das Pflegeheim hat **durch eine Kalkulation** Art, Inhalt, Umfang und **erwartete** Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, ~~durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise~~ rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. <sup>3</sup>Soweit dies **auch unter Berücksichtigung der Bemessungsgrundsätze nach § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8** zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. <sup>4</sup>Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben ~~zum Jahresabschluss entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung~~, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. <sup>5</sup>Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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



**und Bewohner bleibt unberührt.**

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

In § 85 Abs. 8 wird Ziffer 3 gestrichen:

**~~3. — die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.~~**

## **Berechnung und Zahlung des Heimentgelts – § 87a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 48

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Anerkennungsbetrag für die Herabstufung eines Pflegebedürftigen in einen niedrigeren Pflegegrad soll auf 2.952 Euro angehoben werden.

### **B) Stellungnahme**

Aus Sicht des bpa ist es zu begrüßen, wenn Erfolge der Pflege durch vollstationäre Einrichtungen belohnt werden. Von daher findet auch die Erhöhung des Betrags die Zustimmung. Ein Nachteil für den Bewohner ist ausgeschlossen, da er auch bei einem niedrigeren Pflegegrad seine Zahlung gleich bleibt. Dies gilt mit Ausnahme einer Einstufung in den Pflegegrad 1 als Folge der verlässlichen Pflege und Betreuung im Pflegeheim. Hier ist an anderer Stelle eine ausgleichende Regelung zu schaffen.

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

### C) Änderungsvorschlag

§ 87 a Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2.952 Euro, wenn der Pflegebedürftige ~~nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen~~ in einen niedrigeren Pflegegrad oder von erheblicher zu geringer Beeinträchtigung der Selbständigkeit zurückgestuft wurde.

## Kostenerstattung – § 91 SGB XI

– Neu –

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bpa fordert dringend, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten.

### B) Stellungnahme

Bei der Kostenerstattungsregelung nach § 91 SGB XI besteht folgendes Problem: Pflegebedürftige Versicherte erhalten bei gleichen Voraussetzungen je nach vergütungsbezogener Vertragslage der gewählten Einrichtung niedrigere Leistungsbeträge der Pflegeversicherung und werden so ohne sachlichen Grund in ihrer Wahlfreiheit nach § 2 Abs. 2 eingeschränkt.

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI vereinbart; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Für diesen Fall sieht § 91 SGB XI die Kostenerstattung durch die Pflegekassen hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen vor. Allerdings werden bisher maximal 80% des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu zahlen hätte, wenn eine Pflegesatzvereinbarung bestünde.

Diese Regelung schränkt durch die Belastung mit einem erheblich höheren finanziellen Eigenanteil die Wahlfreiheit derjenigen Versicherten ein, die sich von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuen lassen möchten, die nicht über eine Vergütungsvereinbarung nach §§ 85, 89 SGB XI verfügt. Für diese Ungleichbehandlung von Versicherten besteht indes kein sachlicher Grund.

Eine Kostenerstattung ist zum einen nur möglich, wenn die gewählte Einrichtung durch einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassen ist. Eine Einrichtung ohne Pflegesatzvereinbarung bietet also ohne Unterschied zu einer Einrichtung mit Pflegesatzvereinbarung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sowie die Erfüllung aller weiteren gesetzlichen Anforderungen des § 72 Abs. 2 SGB XI.

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt keineswegs zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, wirken nicht zulasten des Sozialhilfeträgers. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

### C) Änderungsvorschlag

Der bpa fordert dringend, in § 91 Abs. 2 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten und so die Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen unabhängig von der vergütungsbezogenen Vertragslage der gewählten zugelassenen Pflegeeinrichtungen herzustellen.

§ 91 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

<sup>1</sup>Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. <sup>2</sup>Die Erstattung darf jedoch ~~80 vom Hundert des Betrages~~ **den Betrag** nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. <sup>3</sup>Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

Alternativer Vorschlag:

Sofern auf eine vollständige Streichung der 80 % Regelung nicht verzichtet werden soll, muss zumindest festgelegt werden, dass die Versicherten in Pflegeeinrichtungen nach § 91 SGB XI den Zugang zu dem jeweils niedrigeren Sachleistungsbetrag haben. Ist in einem Pflegegrad der stationäre Sachleistungsbetrag der höhere, wäre dies der ambulante Sachleistungsbetrag. Wäre der ambulante Sachleistungsbetrag in einem Pflegegrad höher, wäre der entsprechende stationäre Sachleistungsbetrag zu gewähren. Eine Kürzung um 20 % deutlich unter alle ansonsten vergleichbaren Sachleistungsbeträge ist unbegründet, unverhältnismäßig und schränkt die Wahlfreiheit des Versicherten ohne sachlichen Grund ein.

## Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – § 113 SGB XI

Artikel 1, Nr. 62

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Maßstäbe und Grundsätze sind u.a. mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu schließen (Abs. 1).

In den Maßstäben und Grundsätzen ist insbesondere das sog. Indikatorenmodell zu beschreiben (Abs. 1a).

Die Daten für die Erhebungen im Rahmen des Indikatorenmodells werden an einer fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt (Abs. 1b).

Die bestehenden Maßstäbe und Grundsätze gelten fort, bis neue in Kraft treten (Abs. 2).

### B) Stellungnahme

#### Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene:

Der bpa fordert, dass künftig die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zu beteiligen sind. Zur Definition und Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen zu § 17 SGB XI verwiesen (siehe Seite 16).

#### Indikatorenmodell:

Der bpa begrüßt, dass das sog. Indikatorenmodell in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI beschrieben werden soll. Durch das Indikatorenmodell wird die Qualitätsberichterstattung auf eine wissenschaftlich gestützte Basis gestellt. Eine Unklarheit besteht hinsichtlich der Formulierung: während es im Gesetzestext heißt, dass die Maßstäbe und Grundsätze das Indikatorenmodell *beschreiben* sollen, heißt es in der Begründung, dass es die vorrangige Aufgabe der Vertragsparteien ist, das Indikatorenmodell *einzuführen*. Hier bittet der bpa um Klarstellung.

### Fachlich qualifizierte Stelle für die Daten / fallbeziehbare Daten:

Der bpa begrüßt auch die vorgesehene fachlich qualifizierte Stelle, an der die Daten aus dem Indikatorenmodell zusammengeführt werden sollen. Es ist wichtig, dass dieses eine unabhängige und vertrauensvolle Institution ist, auf die sich die Vertragspartner verständigen können. Kritisch bewertet der bpa, dass die Daten „leistungserbringer- und fallbeziehbar“ ausgewertet werden sollen. Hier darf es nicht zu einer aus jeglichem Zusammenhang gerissenen Darstellung kommen. Die leistungserbringer- und fallbezogene Auswertung muss den Leistungserbringern vorbehalten sein. Insofern ist von den Vertragspartnern auch künftig die Form der Veröffentlichung festzuschreiben.

### Weitergeltung der Maßstäbe und Grundsätze:

Der bpa begrüßt die Weitergeltung der Maßstäbe und Grundsätze. Der bpa war immer der Auffassung, dass es keine überstürzte Neuregelung geben darf. Denn eine Nachfolgeregelung muss verlässlich die Versorgungsrealität messen.

Auf Kritik des bpa stößt dagegen der Zeitpunkt für die Verabschiedung der neuen Maßstäbe und Grundsätze im ambulanten Bereich (30. Juni 2018). Im Gegensatz zum stationären Sektor liegen für den ambulanten Bereich bisher keinerlei Erkenntnisse und validen Ergebnisse zu Indikatoren und Instrumenten der Messung vor. Selbst wenn diese unverzüglich in Auftrag gegeben werden ab Januar 2017, wird die Erstellung von wissenschaftlichen Gutachten und weiteren Expertisen 12 Monate benötigen. Erst damit würde dann frühestens eine Grundlage für ein neues Prüfinstrument und dessen Grundsätze vorliegen. Bereits Mitte 2018 die neuen Maßstäbe und Grundsätze für den ambulanten Bereich zu verabschieden, ist daher äußerst ambitioniert. Der bpa stellt sich dieser Herausforderung gerne und strebt zusammen mit den anderen Vertragspartnern eine fristgemäße Umsetzung an, weist aber auf die benötigte pflegewissenschaftliche Grundlage hin.

## **C) Änderungsvorschläge**

In § 113 Abs. 1 SGB XI wird Satz 1 wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Kran-

kenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene **und** der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 ~~sowie unabhängiger Sachverständiger~~ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.

In § 113 Abs. 1b SGB XI wird Satz 1 wie folgt gefasst:

Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie **für den Leistungserbringer leistungserbringer- und** fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a ausgewertet werden können.



## Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI

Artikel 1, Nr. 64

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die bestehende Schiedsstelle nach § 113 SGB XI wird umgewandelt in einen Qualitätsausschuss. Leistungserbringer und Kostenträger können höchstens zehn Mitglieder für den Qualitätsausschuss benennen. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss angehören. Organisationen der Selbsthilfe wirken in dem Qualitätsausschuss mit. Kommt im Qualitätsausschuss keine Einigung zustande, kann er erweitert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält bei der Besetzung des Qualitätsausschusses sowie bei seinen Beschlüssen weitreichende Kompetenzen. Um fachwissenschaftliche Expertise zu erhalten, kann der Qualitätsausschuss entsprechende Aufträge an wissenschaftliche Einrichtungen vergeben. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der Qualitätsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

### B) Stellungnahme

Gegen die Umwandlung der Schiedsstelle in einen Qualitätsausschuss hat der bpa keine grundsätzlichen Einwände, wenngleich die offenbar von Beginn an vorgesehene Beteiligung unabhängiger Mitglieder (demnach analog der heutige Schiedsstellenvorsitzende und die beiden Stellvertreter) deutlich überzogen zu sein scheint. Diese Erweiterung wäre nur dann notwendig, wenn auf dem Verhandlungswege eine Einigung scheitert.

Hinsichtlich der arbeitsfähigen Besetzung des Gremiums teilt der bpa die in der Begründung intendierte Begrenzung der zu beteiligenden Verbände und Institutionen und verschließt sich auch einer weiteren Begrenzung nicht. Die Umsetzung dieser Anforderung überlässt der Gesetzgeber aber ohne Nennung von Kriterien der Selbstverwaltung im Rahmen der von dieser zu erlassenden Geschäftsordnung. Die in diesem Zusammenhang zu erwartenden Konflikte bedürfen einer Klarstellung durch den Gesetzgeber. Es ist erforderlich, die Kriterien für die Beteiligung der maßgeblichen Verbände und Institutionen zu definieren und damit die erforderliche repräsentative Besetzung sicher zu stellen. Als relevante Kriterien für die Besetzung des Gremiums wäre die Gesamtanzahl der im Qualitätsausschuss vorhandenen Sitze der paritätisch besetzten Bänke zu nennen. Für die Auswahl der Trägerverbände sind die Anzahl der jeweils repräsentierten Mitglieder und die Flächendeckung in allen Bundesländern be-

deutsam. Um zu verhindern, dass kleine regionale Verbände mit wenigen Mitgliedern im Qualitätsausschuss überrepräsentiert werden, sind daher entsprechende Präzisierungen erforderlich. Dabei muss auch festgelegt werden, dass bei Entscheidungen, die nur die stationäre Pflege betreffen, nur Mitglieder entscheiden dürfen, deren Verbände auch stationäre Pflegeeinrichtungen vertreten. Entsprechendes muss auch für Entscheidungen für die ambulante Pflege gelten.

Die Beteiligung der **Pflegeberufe** ist nicht erforderlich, denn der größte Berufsverband der Kranken- und Altenpflege ist als Trägerverband bereits beteiligt.

Eine Vertretung in dem Qualitätsausschuss sollten nur diejenigen Institutionen eröffnet werden, die auch Verantwortung für die Umsetzung tragen. Denn die Arbeitsfähigkeit des Qualitätsausschusses wird umso schwieriger, je mehr Institutionen beteiligt sind. Den Organisationen der **Selbsthilfe** sollte wie bisher ein Anhörungsrecht eingeräumt werden.

Hinsichtlich der durch den Qualitätsausschuss zu verhandelnden Inhalte ist wie bisher zur Beschleunigung der Entscheidungen eine Mindestverhandlungsdauer von sechs Monaten in das Gesetz aufzunehmen, bevor der **Qualitätsausschuss um die Unparteiischen erweitert** wird. Ansonsten könnte bei jeder Uneinigkeit sofort die Erweiterung beantragt werden.

Das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** erhält sehr weitgehende Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Qualitätsausschuss. Das BMG erteilt der Selbstverwaltung den Auftrag, setzt die Fristen, entscheidet letzten Endes über die Besetzung insbesondere über den Unparteiischen und kann u.a. auch alle Beschlüsse des Qualitätsausschusses beanstanden oder mit Vorbehalten und Änderungen versehen. Dieses Verständnis von Beauftragung der Selbstverwaltung und deren gleichzeitiger vollständiger Reglementierung wird vom bpa deutlich kritisiert. Hier drückt sich ein Misstrauen gegenüber der Selbstverwaltung aus, die notwendigen Beschlüsse ohne das Interventionspotential des BMG im Hintergrund zu fassen. Für diese Konstellation haben die Sozialwissenschaftler Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf das Bild vom Staat als „Rute im Fenster“ geprägt: „Die angedrohte Ersatzvornahme muss allerdings glaubhaft sein. Sie setzt voraus, dass der Staat selbst in der Lage wäre, die erwünschte Regelung als bindende und sanktionsbewehrte Vorschrift zu beschließen und zu implementieren.“ Bezogen auf den Qualitätsausschuss und die weitreichenden Kompetenzen des Ministeriums, die einer Entmachtung der Selbstverwaltung gleich kommen, stellt sich dann die Frage, ob das BMG tatsächlich in der Lage sein möchte, die Aufgaben des Qualitätsausschusses vollständig selbst zu übernehmen. Jedenfalls lässt die mehrfach kontrollierte Selbstverwaltung Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Übertragung der Aufgaben entstehen.

Auf die Kritik des bpa stößt insbesondere auch, dass der **unparteiische Vorsitzende** vom BMG benannt wird und die Benennung der weiteren unparteiischen Mitglieder bei Nichteinigung ebenfalls durch das BMG erfolgt. Der bpa plädiert dafür, dass der Vorsitzende des Qualitätsausschusses von der Selbstverwaltung innerhalb von vier Wochen benannt wird. Sofern keine Einigung zustande kommt, soll das Los entscheiden. Die gleiche Regelung soll auch für die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter des Qualitätsausschusses gelten.

Es sollte klargestellt werden, dass die **Beauftragung an wissenschaftliche Einrichtungen** oder Sachverständige gemeinsam durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu erfolgen hat. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage der wissenschaftlichen Ergebnisse (nach § 113 Abs. 4 Nr. 1 bis 6 SGB XI) vor deren Veröffentlichung beim Bundesgesundheitsministerium erfolgen soll (gemäß Abs. 5). Sollen die wissenschaftlichen Ergebnisse einer Überprüfung unterzogen werden? Der bpa hält es für unangemessen, wenn die wissenschaftliche Unabhängigkeit durch den letzten Satz des Absatzes 5 in Frage gestellt wird. Daher spricht sich der bpa für dessen Streichung aus.

Die Einrichtung einer **Geschäftsstelle** begrüßt der bpa. Der bpa verweist darauf, dass sich bei der Geschäftsstelle der Schiedsstelle die wechselseitige Geschäftsführung bei den Vertragspartnern als Instrument der Neutralität sehr bewährt hat. Es ist erfreulich, dass diese Bewertung in der Begründung des Gesetzentwurfs geteilt wird:

„Die Zusammensetzung, Funktionsfähigkeit und Entscheidungsfindung der Schiedsstelle einschließlich ihrer Geschäftsstelle in wechselnder Verantwortung der Selbstverwaltungspartner haben sich grundsätzlich bewährt.“ (Seite 98)

Der bpa ist sehr optimistisch, dass den Vertragsparteien eine Verständigung bezüglich der Ansiedlung der Geschäftsstelle innerhalb der Selbstverwaltung rasch gelingt.

Auch bei der **Geschäftsordnung** muss gelten, dass diese von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vereinbart wird und den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden nach § 118 SGB XI ein Stimmrecht gewährt wird. Die Beteiligung an der Erarbeitung der Geschäftsordnung und die Abstimmung über diese müssen den Vertragsparteien vorbehalten bleiben. Ansonsten wäre die Arbeit der Vertragsparteien durch dritte, nicht unmittelbare Vertragspartner und für deren Umsetzung nicht verantwortliche, potentiell erheblich beeinträchtigt. Zudem ist, wie zu § 113 SGB XI bereits ausgeführt, innerhalb der Bank der Verbände der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass ausschließlich die maßgeblichen Verbände beteiligt werden. Dabei ist aufgrund der legitimierenden

Repräsentativität des jeweiligen Leistungserbringerverbandes die Anzahl der Mitglieder in allen Leistungsbereichen (mindestens 5 %) in mindestens 75 % der Bundesländer von Bedeutung. Die Verbände, die die meisten Einrichtungen in den meisten Bundesländern vertreten, müssen entsprechend ihrer Vertretungsmacht auch berücksichtigt werden. Das ist notwendig, damit die Pflegeeinrichtungen sich von denen angemessen vertreten lassen können, die sie dazu beauftragt haben. Wenn der Gesetzgeber die Selbstverwaltung kritisiert, darf er nicht gleichzeitig dafür sorgen, dass Abläufe ohne Not kompliziert werden, indem er eine Beteiligung von Akteuren ohne unmittelbare Verantwortung bei der Umsetzung der jeweiligen Vereinbarung in den Kreis der nach dem Gesetz zu beteiligenden Institutionen ermöglicht.

### C) Änderungsvorschläge

§ 113b Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und der Vereinigungen der **nach § 113 SGB XI maßgeblichen** Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. ~~Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören.~~ Eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation ist ausgeschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen ~~wirken an den werden im Rahmen der~~ Beratungen und Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, ~~angehört. nach Maßgabe von § 118 Absatz 1 beratend mit.~~

§ 113 Abs. 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch Einigung zu Stande, wird der Qualitätsausschuss **sechs Monate nach Aufnahme der jeweili-**

**gen Verhandlung** auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). **Der unparteiische Vorsitzende, dessen Stellvertreter und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den maßgeblichen Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gemeinsam benannt. Kommt eine Einigung über die gemeinsame Benennung der unparteiischen Mitglieder innerhalb von vier Wochen nach Einleitung der Benennung nicht zustande, entscheidet das Los.** Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. ~~Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nicht zu Stande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit.~~ Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne der § 37 Absatz 5, § 113 , § 113a oder § 115 Absatz 1a.

§ 113 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen **gemeinsam** zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 jeweils fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige, ... [weiter wie im Gesetzestext]

§ 113 Abs. 5 Satz SGB XI wird wie folgt gefasst:

(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Nummern 1 bis 6 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird; den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. ~~Die Ergebnisse der Arbeiten nach Nummern 1 bis 6 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.~~

§ 113 Abs. 8 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung von Beschlüssen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ~~Kommen Beschlüsse des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen und Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen.~~

## Qualitätsprüfungen – § 114 SGB XI

Artikel 1, Nr. 65

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI soll künftig verpflichtend immer auch die Abrechnung, einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, geprüft werden.

Wiederholungsprüfungen sind künftig kostenfrei; sie können aber nicht mehr von den Pflegeeinrichtungen beantragt werden.

### B) Stellungnahme

#### Verpflichtende Abrechnungsprüfung:

Der bpa lehnt die verpflichtende Prüfung der Abrechnung bei jeder Qualitätsprüfung ab. Dafür besteht kein Anlass. Die Kranken- und Pflegekassen haben ohnehin schon nach jetziger Rechtslage die Möglichkeit, bei Bedarf die Abrechnungen der Pflegeeinrichtungen zu prüfen. In der bisherigen Praxis hat sich gezeigt, dass die Kassen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nur selten gleichzeitig die Abrechnung geprüft haben, obwohl sie die Möglichkeit dazu gehabt hätten. Insbesondere durch die Formulierungen in der Begründung wird ein Bild gezeichnet, dass nahe an einer pauschalen Verdächtigung der Pflegeeinrichtungen ist. Dort heißt es, dass die „Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten“ es erforderlich machten, dass immer auch die Abrechnung geprüft wird. Abrechnungsprüfungen sind notwendig und sie können auch durchgeführt werden. Hier gibt es kein gesetzliches Regulierungsdefizit, sondern höchstens ein Umsetzungsproblem der Kostenträger. Es ist geradezu fatal, wenn der Gesetzgeber sich einerseits zur Entbürokratisierung bekennt und andererseits die Prüfungsregulierung immer weiter erhöht, ohne die bestehenden Prüfungsmöglichkeiten zu würdigen und deren Umsetzung zu hinterfragen. Die Interessen der Pflegebedürftigen werden durch die hier vorgesehene Änderung in keiner Weise besser geschützt. Stattdessen wird die Vorschrift nur zu mehr Bürokratie führen und Kostenträger wie Pflegeeinrichtungen unnötigerweise belasten. Allein bei den Leistungserbringern wird mindestens eine weitere Person in der Verwaltung oder Leitung an den Prüftagen gebunden sein. Der fordert daher die Streichung der Regelung; die bisherige Formulierung im Gesetz ist ausreichend und zweckmäßig.

### Wiederholungsprüfungen:

Der bpa begrüßt es, dass die Kosten für die Wiederholungsprüfungen künftig entfallen sollen. Allerdings muss das Recht der Einrichtungen, eine Wiederholungsprüfung beantragen zu können, unbedingt bestehen bleiben. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen haben für die Pflegeeinrichtungen eine enorm hohe Relevanz. Zu Recht verweist der bisherige Gesetzestext darauf, dass ohne zeitnahe Wiederholungsprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen könnten. Aus Sicht des bpa spielt es auch keine Rolle, dass laut Begründung im Jahr 2013 nur 1,2 % aller durchgeführten Prüfungen Wiederholungsprüfungen waren. Das sind dann immer noch über 300 Einrichtungen, die die Chance hatten, z.B. die Beseitigung von Beanstandungen nachweisen zu können. Der bpa kann nicht erkennen, dass ein Fortbestand der bisherigen Regelung mit einem – so die Begründung – unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden wäre. Deswegen sollte weiterhin eine Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung möglich sein. Dazu unterbreitet der bpa einen konkreten Formulierungsvorschlag (s. unten).

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Änderung in § 114 Abs. 2 Satz 6 SGB XI wird wieder gestrichen; der bisher gültige Gesetzestext gilt unverändert fort:

Sie **kann sich umfasst** auch **auf** die Abrechnung der genannten Leistungen **erstrecken**.

In § 114 Abs. 5 SGB XI wird Satz 4 wie folgt gefasst:

Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen **oder auf Antrag der Pflegeeinrichtung** eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.



## Durchführung von Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI

Artikel 1, Nr. 66

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat Qualitätsprüfungsrichtlinien für den stationären Bereich bis 31.10.2017 und für den ambulanten Bereich bis 31.10.2018 zu beschließen. Dabei sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen; die maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen wirken daran mit.

### B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass auch bei den Qualitätsprüfungsrichtlinien nur die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene im Gesetzestext **mitwirken**. Diese Richtlinien richten sich unmittelbar an die Pflegeeinrichtungen; deswegen müssen sie in die Erarbeitung in Form einer Mitwirkung einbezogen werden. Die Selbsthilfeorganisationen sollten beteiligt werden.

### C) Änderungsvorschlag

In § 114a Abs. 7 SGB XI werden Satz 4 bis 6 wie folgt gefasst:

Die maßgeblichen **Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ~~Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen~~ **wirken nach Maßgabe von § 118** mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die **maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen** ~~Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene~~, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## **Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung – § 115 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 67a

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vereinbaren, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde zu legen sind. Die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse des Indikatorenmodells zu berücksichtigen.

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind unter Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

### **B) Stellungnahme**

#### Weitergeltung der Pflegenoten:

Die Bewertung nach Schulnoten, welche bei Einführung durchaus den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums entsprach, hat dazu geführt, dass die hilfreichen Ergebnisse zu den wichtigen Fragen der Pflege und Betreuung in den Hintergrund gedrängt wurden. Mit der Entwicklung neuer Kriterien wird nun der Polemik der letzten Jahre die Grundlage entzogen. Das begrüßt der bpa genauso wie die Fortgeltung der bisherigen Qualitätsmessung bis zur Ablösung durch ein wissenschaftlich fundiertes neues Instrument. Vor diesem Hintergrund fordert bpa zugleich eine Korrektur in der Begründung. Dort heißt es:

„Die von den Vertragsparteien bisher nach § 115 Absatz 1a getroffenen Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und für den stationären Bereich ermöglichen keine differenzierten und vergleichenden Aussagen hinsichtlich der Qualität von Pflegeeinrichtungen.“ (Seite 109)

Dieser Satz muss gestrichen werden. Es kann nicht sein, dass die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen einerseits durch die Gesetzesbegründung in dieser Form diskreditiert werden, aber andererseits noch über drei Jahre, bis 31. Dezember 2018, gelten sollen. Der Gesetzgeber sollte seine scharfe Kritik an von ihm selbst geschaffenen Recht

überdenken und diesen Satz aus der Begründung streichen. Irreführend sind nach übereinstimmender Einschätzung weder die vereinbarten Kriterien noch die aus der Prüfung entstehenden Einzelbeurteilungen. In der öffentlichen Diskussion irritierend ist die Zusammenführung in Noten und letztlich in einer Gesamtnote. In Vergessenheit gerät dabei, dass zahlreiche der heutigen Kritiker genau diese Form der Darstellung bei der Einführung erst durchgesetzt haben.

#### Indikatorenmodell:

Der bpa begrüßt es, dass in § 115 SGB XI auch die Ergebnisse des Indikatorenmodells berücksichtigt werden sollen. Der bpa hatte bereits bei den vergangenen Pflegereformen darauf aufmerksam gemacht, dass das Indikatorenmodell bisher nicht umgesetzt werden konnte, weil die entsprechende Regelung in § 115 SGB XI gefehlt hat.

#### Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe:

Die Verbände der Pflegeberufe wirken bereits bei den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen mit, denn der größte Berufsverband der Kranken- und Altenpflege ist als Trägerverband an den Verhandlungen beteiligt. Insofern ist es ausreichend, wenn die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Anhörungsrecht erhalten.

### C) Änderungsvorschläge

In der Begründung zu § 115 Abs. 1 a SGB XI wird der erste Satz gestrichen:

~~„Die von den Vertragsparteien bisher nach § 115 Absatz 1a getroffenen Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und für den stationären Bereich ermöglichen keine differenzierten und vergleichenden Aussagen hinsichtlich der Qualität von Pflegeeinrichtungen.“~~

§ 115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, **und** des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Verbände der Pflegeberufe~~

**auf Bundesebene** zu schließen; **die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind anzuhören.**

## **Überleitung in die Pflegegrade – Artikel 2, § 1**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Allen Pflegebedürftigen, die bis 31.12.2016 eingestuft sind, werden ohne erneute Begutachtung die neuen Pflegegrade zugeordnet. Dabei gilt grundsätzlich:

- Einfacher Stufensprung für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (aus Pflegestufe I wird Pflegegrad II).
- Doppelter Stufensprung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz: (aus Pflegestufe I wird Pflegegrad III).

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Übergangsregelung. Sie sorgt dafür, dass diejenigen, die bisher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, nicht erneut eingestuft werden. Das ist eine große Entlastung vor allen Dingen für die Pflegebedürftigen selbst. Zudem ist die Überleitung eindeutig und leicht verständlich, was leider nicht für alle Überleitungsregelungen des Gesetzes gilt.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Besitzstandsschutz – Artikel 2, § 2**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherten, die am 31.12.2016 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wird ein Besitzstandsschutz für diese Leistungen auch nach dem 1. Januar 2017 eingeräumt. Dabei gibt es unterschiedliche Regelungen für die häusliche Pflege, die Leistungen nach § 45 a SGB XI und die stationäre Pflege.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Regelungen. Sie bedeuten für die Pflegebedürftigen Rechtssicherheit und werden entscheidend zur Akzeptanz der Neuregelungen beitragen. Der bpa weist aber zugleich darauf hin, dass der Besitzstandsschutz nur für diejenigen gilt, die vor dem 31.12.2016 bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Dagegen kommt es allerdings durchaus zu Leistungsabsenkungen, wenn man die Leistungen von stationär versorgten Pflegebedürftigen, die ab dem Jahr 2017 neu eingestuft werden, mit Leistungen vergleicht, die stationär versorgte Pflegebedürftige im Jahr 2015 erhalten (siehe dazu ausführlich die Stellungnahme zu § 43 SGB XI, Seite 39).

### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren – Art. 2, § 3**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei Versicherten, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, werden bis 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt.

### **B) Stellungnahme**

Diese Regelung bedeutet, dass der Besitzstandsschutz für die Pflegebedürftigen auf zwei Jahre befristet ist. Pflegebedürftige, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, haben zunächst Besitzstandsschutz. Sie erhalten ab dem 1. Januar 2017 nicht weniger Leistungen als am 31. Dezember 2016. Wenn allerdings bei einer Wiederholungsbegutachtung ab dem 1. Januar 2019 eine Wiederholungsbegutachtung durchgeführt wird, und dabei festgestellt wird, dass nur noch ein niedrigerer Pflegegrad vorliegt, kommt es zu einer Absenkung der Leistungen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Im Gesetz sollte verankert werden, dass der Besitzstandsschutz nicht für die Leistungen gilt, die Pflegebedürftige am 31.12.2016 erhalten haben, sondern für die Leistungen, die Pflegebedürftige am 1. Januar 2017 erhalten.

## Übergangsregelung für die stationäre Pflege – Artikel 3

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegesätze für stationäre Einrichtungen gelten bis zum 31.12.2016 weiter. Basis dafür sind die Pflegesätze, die bei der Verkündung des Gesetzes gelten. Die Pflegesatzkommission kann für die Umstellung der Pflegestufen in Pflegegrade das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren bestimmen. Sofern es bis zum 30.09.2016 keine Vereinbarung für die Pflegesätze ab 1.1.2017 gibt, ist im Gesetz ein Verfahren für die Umrechnung festgelegt.

### B) Stellungnahme

Die Grundlage für die Überleitung sind die Pflegesätze, die zum Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzes gelten. Da das Gesetz zum 1. Januar 2016 in Kraft treten soll, wird es voraussichtlich Ende Dezember 2015 verkündet. Damit wären die Pflegesätze vom Dezember 2015 maßgeblich. Vorgesehen ist, dass diese Pflegesatzvereinbarungen dann bis zum 31.12.2016 weitergelten, womit faktisch notwendige Neuverhandlungen unterbunden würden. Damit würden nicht nur die Pflegeeinrichtungen mit einer auslaufenden Entgeltvereinbarung an der notwendigen Fortschreibung der Pflegeentgelte gehindert, sondern auch bereits heute vorgesehene Personalausweitungen in mehreren Bundesländern könnten dann genauso wenig umgesetzt werden wie zu erwartende Personalkostensteigerungen bei den Beschäftigten. Auch mit Blick auf die Umstellung der Pflegeentgelte von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade ist kein Grund für ein Einfrieren der Pflegesätze erkennbar. Keineswegs wäre es akzeptabel, wenn diese Regelung die Umsetzung vereinbarter Personalmehrung oder die Berücksichtigung steigender Personalkosten verhindern würde. Für die Umstellung ist es ausreichend, einen Stichtag im letzten Quartal 2016 zur Berechnungsgrundlage zu machen. Eine solche Nullrunde schadet auch den Beschäftigten. Die oftmals von der Politik verlangte Einkommensverbesserung für Pflegekräfte ist mit dieser Regelung nicht möglich. Der bpa fordert hier eine Korrektur und schlägt vor, dass die Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime und teilstationären Einrichtungen längstens bis zum 31.12.2016 gelten.

Unsicherheiten gibt es bei dieser Regelung darüber hinaus für diejenigen Einrichtungen, die im Laufe des Jahres 2016 eröffnen und ihre Pflegesätze mit den Kostenträgern verhandeln müssen. In diesen Fällen ist unklar, was die Bezugsgröße für die Übergangsregelung ist.

In Artikel 3 ist nur in der Gesetzesbegründung, aber nicht im Gesetzestext



selbst die teilstationäre Pflege erwähnt. Um Unsicherheiten und Missverständnisse zu vermeiden, sollte auch im Gesetzestext selbst klargestellt werden, dass die Regelung auch für die teilstationäre Pflege gilt.

Begrüßt wird das abgestufte System der Umstellung, welches neben der Einzelverhandlung möglichst vieler Pflegeeinrichtungen auch die Umstellung auf Basis einer Empfehlung der Landespflegesatzkommission ermöglicht. Es ist verständlich, dass mit der vorgeschlagenen Umsetzung nach einer Formel eine Umstellung auch im Falle der Nichteinigung in den ersten beiden Verfahren ermöglicht wird. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass die Umstellung nach der Formel lediglich zu einer budgetneutralen Umstellung führen würde und damit ein Signal an etwa 800.000 Heimbewohner und an über 13.000 Pflegeeinrichtungen verbunden wäre, dass unter größtem Aufwand eine Umstellung vorgenommen wurde ohne jegliche denkbare Verbesserung der Versorgungssituation. Insofern begrüßt der bpa den Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass in den Verhandlungen zumindest ein angemessener Zuschlag für die voraussichtlichen Steigerungen der Personal- und Sachkosten vorgesehen werden soll, der auch die konzeptionelle Weiterentwicklung umfassen kann.

Mit Blick auf erhebliche Unsicherheiten der künftigen Verteilung auf Pflegegrade nach der Phase der automatischen Umwandlung von Pflegestufen auf Pflegegrade sollten alle Vertragspartner aufgefordert und verpflichtet werden, die vereinbarte personelle Ausstattung und die entsprechende Finanzierung auch bei einer ggf. eintretenden abweichenden Verteilung der Pflegegrade sicherzustellen. Durch die Koppelung von Pflegegraden und Personalanhaltswerten ist ansonsten eine erhebliche Verschlechterung der personellen Ausstattung bei ansonsten unverändertem pflegerischem und betreuerischen Bedarf nicht ausgeschlossen.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Artikel 3, § 1 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

**Die Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime und teilstationären Einrichtungen gelten längstens bis zum 31.12.2016.**

Der Gesetzestext in Artikel 3 sollte hinsichtlich der teilstationären Pflege ergänzt werden. Bisher bezieht sich der Gesetzestext nur auf Pflegeheime und die vollstationäre Pflege, obwohl sich aus der Begründung eindeutig ergibt, dass auch die teilstationäre Pflege umfasst sein soll.

## Häusliche Krankenpflege – Artikel 5, § 37 SGB V

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Um Leistungsverschiebungen von der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zu verhindern, wird in § 37 SGB V bestimmt, dass krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen Bestandteil der häuslichen Krankenpflege sind, auch wenn sie bei der Einstufung in einen Pflegegrad der Pflegeversicherung berücksichtigt wurden.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt das klare Bekenntnis des Gesetzgebers, Leistungsverschiebungen zu vermeiden. Um dieses Ziel sicherzustellen, ist es dringend erforderlich, eine Klarstellung zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auch in § 15 SGB XI zu verankern. Die Streichung der entsprechenden Passagen im vorliegenden Gesetzentwurf muss daher allerdings zurückgenommen werden (siehe dazu die Ausführungen zu § 15 SGB XI, Seite 12).

Bei der Anpassung des Gesetzestextes in § 37 SGB V an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nur Bezug auf zwei Module nach § 14 SGB XI Bezug genommen, die Mobilität und die Selbstversorgung („der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung“). Diese Einschränkung sollte entfallen, weil nicht eingeschätzt werden kann, ob wirklich alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ausreichend nur über diese beiden Module berücksichtigt werden.

### C) Änderungsvorschlag

In § 37 Abs. 2 SGB V wird Satz 1 wie folgt gefasst:

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 ~~Nummer 1 und 4~~ des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hil-

febedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

## **Fiktiver Vermögensverbrauch – neu – Artikel 7a – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Für Pflegeeinrichtungen, die Sozialhilfeempfänger versorgen, erweisen sich die derzeit bestehenden Regelungen zum Einsatz des verwertbaren Vermögens der Hilfeempfänger vor dem Hintergrund der Dauer der Bewilligungsverfahren als zunehmend problematisch.

Vom Antrag bis zur Entscheidung des Sozialhilfeträgers über den zu deckenden Hilfebedarf gehen – häufig auch bedingt durch die Klärung der Frage, ob und inwieweit verwertbares Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII vorliegt – einige Monate ins Land. Besonders davon betroffen sind stationäre Einrichtungen, die auf unklarer Finanzierungsgrundlage mit der Versorgung der Hilfebedürftigen in Vorleistung treten, bis sich schließlich mit dem Bescheid des Sozialhilfeträgers klärt, ob und in welchem Umfang noch ausstehendes Heimentgelt vom Sozialhilfeträger übernommen oder letztlich doch beim Pflegebedürftigen selbst zur Zahlung geltend gemacht werden muss. Von besonderer Brisanz ist dabei die mittlerweile vom Bundessozialgericht bestätigte Auffassung, dass vorhandenes, zu verwertendes und verwertbares Vermögen so lange zu berücksichtigen ist, wie es vorhanden ist (Urteil vom 20.09.2012, B 8 SO 20/11 R), ein sog. fiktiver Vermögensverbrauch scheidet aus. Mit anderen Worten: Stellt sich nach der Prüfung des Sozialhilfeträgers schließlich heraus, dass bei Antragstellung 500 Euro verwertbaren Vermögens vorhanden waren, werden diese 500 Euro, solange sie nicht verbraucht sind, im Rahmen der Beurteilung der Hilfebedürftigkeit Monat für Monat als vorhandenes Vermögen angerechnet – bei einem aus dem Einkommen des Hilfebedürftigen nicht gedeckten monatlichen Anteil des Heimentgelts von bspw. 500 €, der in z.B. 4 Monaten auf insgesamt 2.000 Euro anwächst, wird so getan, als könne der in Rechnung gestellte Eigenanteil jeden Monat mit den vorhandenen 500 € beglichen werden.

Dabei unterliegen in der Regel auch die betroffenen Pflegebedürftigen der Unsicherheit, inwieweit eventuell vorhandenes Vermögen, bspw. in Form einer Sterbegeldversicherung o.ä., verwertet werden kann und muss. Hierzu sei ein Beispiel aus der Praxis genannt: In Niedersachsen kämpfte eine Heimbewohnerin dafür, in einer bestimmten Pflegeeinrichtung versorgt zu werden, während der Sozialhilfeträger die Kostenübernahme mit dem Argument unverhältnismäßiger Mehrkosten ablehnte. Angaben über noch vorhandenes Vermögen wie auch eine Sterbegeldversicherung lagen dem Sozialhilfeträger vor, die Hilfebedürftigkeit der Bewohnerin war völlig unstrittig. Das Sozialgericht gab der Bewohnerin Recht, nach beinahe acht Jahren Verfahrensdauer ließ sich das Landessozialgericht

(LSG) vom Versicherer bestätigen, dass die Sterbegeldversicherung jederzeit kündbar gewesen wäre und in Höhe von ca. 700 € als verwertbares Vermögen zur Verfügung stand; mit dem Verweis auf den in der Sozialhilfe nicht in Betracht kommenden fiktiven Vermögensverbrauch und dem Hinweis, dem Monat für Monat ungedeckten Anteil des Heimentgelts von jeweils rund 500 Euro stehe – wenn auch tatsächlich nur einmalig vorhanden - Monat für Monat das Vermögen von 700 Euro gegenüber und bestehe daher kein Hilfebedarf, legte das LSG die Erledigterklärung des Verfahrens nahe. Die Hilfeempfängerin war zwischenzeitlich bereits verstorben, die Versicherungssumme an den Begünstigten längst ausbezahlt und die Pflegeeinrichtung musste schließlich auf im Laufe der Zeit knapp 4.000 Euro nicht gedeckten Heimentgelts verzichten.

Für den Einrichtungsträger ist hierbei am allerwenigsten erkennbar, ob dem Sozialhilfeempfänger noch verwertbares Vermögen zur Verfügung steht; dennoch ist er derjenige, der in dieser Situation seinen Zahlungsanspruch für seine zum Teil bereits über Monate erbrachten Leistungen nicht realisieren kann. Auch wenn die Rechtsprechung mangels gesetzlicher Grundlage davon ausgeht, dass der Hilfebedürftigkeit bis zu ihrem tatsächlichen Verbrauch bspw. 500 Euro verwertbaren Vermögens Monat für Monat aufs Neue entgegengehalten werden können, bleibt es faktisch doch dabei, dass der Hilfeempfänger, diese 500 Euro nicht Monat für Monat, sondern nur einmal ausgeben kann.

Aus Sicht des bpa ist daher im SGB XII dringend die gesetzliche Grundlage zu schaffen, die für die Beurteilung der Hilfebedürftigkeit einen sach- und interessengerechten fiktiven Vermögensverbrauch zugrunde legt.