

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
Stand 22.06.2015

Der Referentenentwurf beinhaltet im Wesentlichen die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des darauf abgestimmten Begutachtungsverfahrens. Damit kommt es zu einer Neuausrichtung in der Pflegeversicherung, indem das Spektrum pflegerelevanter Bereiche erweitert, die „Minutenpflege“ beendet und die Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen in den Fokus gerückt wird. Der DPR begrüßt sehr, dass nunmehr ein differenzierter, umfassender und wissenschaftlich fundierter Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Gesetzgebungsverfahren eingeht und bei den pflegebedürftigen Menschen ankommt. Damit verbunden wird das Leistungsgeschehen flexibilisiert und ausgeweitet sowie Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen gestärkt. Damit sind die Weichen für eine umfassendere und bedarfsgerechtere pflegerische Versorgung gestellt.

Da jedoch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine nahezu vollständige Umstellung des bisherigen Systems voraussetzt, muss ein klares Umsetzungsverfahren gefunden und gewährleistet werden. Außerdem ist das gesetzgeberische Ziel, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Schlechterstellung mit sich bringen soll, zu beachten.

Darüber hinaus werden die Beratungsstrukturen gebündelt und in Durchführung, Inhalt und Qualifikation der Beraterinnen und Berater richtlinienbasiert. Die Kommunen werden bei der Pflegeberatung stärker eingebunden, die ambulante Versorgung ausgebaut und die Qualität der pflegerischen Versorgung weiter entwickelt.

Allerdings muss klargestellt und überprüft werden, dass sich die bestehenden und künftig zu entwickelnden Leistungen an dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff orientieren. Zudem kann die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allein die demographischen Herausforderungen nicht lösen. Hier sind weitere umfassende und systematische Regelungen unverzichtbar.

Enttäuschend ist jedoch, dass analog dem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Regelungen für mehr Pflegepersonal im Gesetzentwurf enthalten sind. Zwar wird darauf verwiesen, dass eine Anpassung der Pflegepersonalzahlen auf Länderebene zu erfolgen hat; doch eine Finanzierung zusätzlicher Stellen erfolgt nicht. Da die Module der Pflegebedürftigkeit wie auch die Leistungen bundeseinheitlich gere-

gelt sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Personalausstattung vollständig den Ländern überlassen bleibt. Dies wird, wie auch schon in der Vergangenheit, zu Unterschieden bei der Personalausstattung in den Ländern und damit auch bei der Qualität der Versorgung führen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt aber nur dann zu einer verbesserten Versorgung, wenn ausreichend Pflegefachpersonen seine Umsetzung sicherstellt. Ein bundeseinheitlicher Personalschlüssel entsprechend der Pflegegrade, der in den Ländern umgesetzt wird, hätte zu einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation und damit der Versorgung geführt.

Zudem muss evaluiert werden, ob es mit den neuen Begutachtungen zu einer anderen Aufteilung auf die Pflegegrade kommt, als dies die Übergangsregelung jetzt vorsieht. Ist dies so, dann ändert sich auch der Personalschlüssel. Eine Verschlechterung ist nicht akzeptabel. Dies, dass unbedingt ein einheitliches Personalbemessungssystem benötigt wird.

Zu den Neuregelungen im Einzelnen:

Nummer 4, § 4, Absatz 1

Geplante Neuregelung

Absatz 1 enthält die Leistungen der Pflegeversicherung. In dieser Aufzählung wurden die Begriffe „Grundpflege“ und „hauswirtschaftlicher Versorgung“ gestrichen und durch „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“, „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ und „Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Begriff „Grundpflege“ gestrichen wurde. Damit erfüllt sich eine lang und oft formulierte Forderung der Berufsverbände der Pflege, der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft. Die Begriffe "Grund- und Behandlungspflege" begründen sich leistungrechtlich. Pflegefachlich oder -wissenschaftlich lassen sie sich nicht herleiten. Sie haben die Sicht auf die Pflege und die Pflegeberufe geprägt und zu einem reduktionistischen Bild geführt.

Nummer 5. § 7, c), cc), Absatz 3

Geplante Neuregelung

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Pflegekasse den Versicherten nach Antragstellung auf Leistungen u.a. über seinen Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a und den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c informiert.

Stellungnahme

Der DPR weist darauf hin, dass es in Deutschland nicht in allen Regionen Pflegestützpunkte gibt. Hier müssen Alternativen aufgezeigt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor, den Satz 1 in Absatz 3 folgendermaßen zu formulieren:

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 sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. **Sofern im Einzugsbereich von 30 km keine Pflegestützpunkte vorhanden sind, erhält der Antragsteller einen Beratungsgutschein und kann sich bei einem anerkannten Pflegedienst beraten lassen. Die Wahl des Pflegedienstes obliegt dem Versicherten.**

Nummer 5 § 7 d), Absatz 3

Geplante Neuregelung

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Pflegekassen Pflegebedürftigen auf Aufforderung Informationen über zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a zukommen lassen. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, schreiben diese zeitnah fort und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetpräsenz. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Zugang und den Überblick über Angebote erleichtert.

In die Leistungs- und Preisvergleichslisten, welche die Landesverbände der Pflegekassen führen, sollen nunmehr auch Informationen zu Angeboten und Kosten sowie zur regionalen Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden. Dies ist sowohl im Sinne einer transparenten Leistungserbringung als auch im Sinne der Kunden zu befürworten. Aus Sicht des DPR dürfen sich die Informationen jedoch nicht primär auf die Preise beziehen, sondern vor allem charakteristische Merkmale der Einrichtungen verdeutlichen.

Im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit sollten jedoch die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet werden, den Pflegeeinrichtungen transparent mitzuteilen, welche Angaben konkret an die Versicherten weitergegeben werden.

Zudem erschließt sich nicht, was konkret unter „regionaler Verfügbarkeit“ zu verstehen ist. Sollte damit die Auslastung bzw. die vorhandene Kapazität gemeint sein, hat dies wiederum häufige Meldungen seitens der Einrichtungen zur Folge. Sollte hingegen der regionale Einzugsbereich der Einrichtungen Hintergrund dieser Formulierung sein, sollte dies auch entsprechend gekennzeichnet werden. In diesem Fall wäre es missverständlich von „Verfügbarkeit“ zu sprechen. Eine Klarstellung würde die Umsetzung der Regelung in der Praxis erleichtern.

Nummer 6, § 7a, Absatz 1

Geplante Neuregelung

In Absatz 1 wird geregelt, dass Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, Anspruch haben auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); dem Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das von diesen anzuwendende Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten

Stellungnahme

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Der DPR begrüßt die konsequente Umsetzung der Pflegeberatung. Er hält jedoch eine unabhängige Beratung für unverzichtbar. Die Wahlfreiheit des Versicherten bezüglich der Beraterinnen und Berater muss daher gewahrt werden. Ebenfalls bleibt unklar, wie der Ansatz - Beratung des Versicherten möglichst „durch eine Person ihres Vertrauens“ - umgesetzt werden soll, wenn die Zuständigkeit durch die Pflegekassen definiert wird.

Feststellung des Hilfebedarfs Absatz 1, Nummer 1: Um ein umfassendes Bild zu erhalten, sollen auch die Ergebnisse der Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, welche unter anderem durch zugelassene Pflegeeinrichtungen erbracht werden, einbezogen werden. Bislang war die Durchführung der Beratungseinsätze unter Verwendung eines bundeseinheitlichen Formulars gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen. Gleichzeitig sind die gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten, die Pflegesituation zu verbessern, mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der Pflegekasse mitzuteilen. Es stellt sich die Frage, ob diese Inhalte weiterhin ausreichen oder ob weitere Angaben erforderlich sind. Offen bleibt auch, auf welchem Weg die Pflegeberater das Ergebnis der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI erhalten sollen. Sofern hier eine gesonderte Übermittlung an den Pflegeberater vorgesehen ist, wären der Datenschutz und die Refinanzierung dieses Mehraufwandes zu klären.

Erforderlich ist auch eine Klarstellung der Abgrenzung der Beratungsleistungen nach § 7a und § 37 Abs. 3. Wird darunter eine partnerschaftliche Ergänzung verstanden, ist dies positiv zu werten. Sollte mit den Beratungseinsätzen nach § 7a aber gleichzeitig eine Kontrolle der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 eingeführt werden, so fördert dies eine Kultur des Misstrauens und ist abzulehnen.

In der Gesetzesbegründung wird beschrieben, dass die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen den Versicherten begleiten, den Erfolg des Versorgungsplans beobachten und die Koordinierung unterschiedlicher Leistungsangebote im Rahmen eines Fallmanagements bei „personeller Kontinuität“ umsetzen sollen. Das ist ein ambitioniertes Ziel. Um es zu erreichen, müssen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als Pflegefachpersonen qualifiziert sein. Diese Anforderungen an die Qualifikation müssen in der Beratungs-Richtlinie nach § 17 festgeschrieben werden.

Die Erstellung einer Beratungs-Richtlinie begrüßt der DPR, weil sie Durchführung und Inhalt einer Beratung transparenter macht.

Änderungsvorschlag

Daher schlägt der DPR folgende Änderungen vor:

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Absatz 1, Satz 1:

[...] ,dem Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein **zuständiger** Pflegeberater, eine **zuständige** Pflegeberaterin

oder eine sonstige Beratungsstelle benannt **und eine Liste von möglichen Pflegeberatern zur Verfügung gestellt werden.**

Nummer 6, § 7a, c), Absatz 3

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 3 Satz 3 gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

Stellungnahme

Der DPR mahnt an, dass die in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nicht nur stellungnahmeberechtigt sind, sondern bei den Empfehlungen beteiligt werden sollten.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt vor, den Satz folgendermaßen zu fassen:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der 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** geben bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

Nummer 6, § 7a, e), Absatz 7

Geplante Neuregelung

In Absatz 7 wird geregelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung vereinbaren. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbände auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 des Zwölften Buches anzuhören.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die stärkere Einbindung der Kommunen in die Pflegeberatung. Sie erleichtert Pflegebedürftigen den Zugang zu regionalen Unterstützungsangeboten und stärkt damit eine wohnortnahe, regionale Versorgung.

Nummer 6, § 7a, d), Absatz 4

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 4, Satz 1 soll die Frist bis zum 31. Oktober 2008 gestrichen werden, bis zu der die Pflegekassen im Land Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen haben.

Stellungnahme

Da solche Vereinbarungen nicht flächendeckend getroffen wurden, sollte aus Sicht des DPR die Frist nicht gestrichen, sondern auf das Jahr 2018 angepasst werden.

Nummer 6, § 7a, f), Absatz 9

Geplante Neuregelung

Gemäß der Neuregelung in Absatz 9 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Weiterentwicklung und Wirkung der Pflegeberatung vor.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Auswertung der Erfahrungen bzgl. der Beratung und Beratungsstrukturen. Von dieser Auswertung sind Impulse für die Weiterentwicklung der Beratung zu erwarten.

Nummer 7, § 7b, a), aa), Absatz 1

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 1 Satz 1 hat die Pflegekasse dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Absatz 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4 entweder [...] einen Beratungstermin anzubieten [...] oder einen Beratungsgutschein [...] auszustellen.

Stellungnahme

Diese Regelung schließt eine weitere allgemeine Beratung in den nicht benannten Paragraphen aus und führt daher zu einer Beratungsreglementierung.

Änderungsvorschlag

Daher sollte der Satz folgendermaßen gefasst werden.

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines **erstmaligen** Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Absatz 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4 entweder [...]

Nummer 13, § 14

Geplante Neuregelung

In Absatz 2 werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in sechs Bereichen benannt, die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind: 1. Mobilität, 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Stellungnahme

Der DPR bewertet den konkret benannten Hilfebedarf in den genannten Bereichen als positiv und umfassend.

Im Bereich 2 wird durch die Formulierung "mehrschrittige Alltagshandlungen" die Tatsache verkannt, dass für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten schon einfachste Alltagsstätigkeiten unüberwindliche Hürden darstellen können.

Der Bereich 5 umfasst u.a. folgende Maßnahmen: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden. Die genannten Maßnahmen waren bisher Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Aus Sicht des DPR sollte hier eine Klarstellung erfolgen, dass es bei den genannten Maßnahmen nicht zu einer Verschiebung vom SGB V ins SGB XI kommt.

Im Bereich 5 wird zudem die Frühförderung der Kinder zu Recht benannt, aber auch der politisch postulierte und in der Begründung hervorgehobene Ansatz der Prävention und Rehabilitation gerade für alte Menschen sollte sich im Gesetzestext wiederfinden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher zwei Umformulierungen vor:

Absatz 2 den Nummer 2:

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Gedächtnis, **mehrschrittige** Alltagshandlungen ausführen oder steuern, [...]

Absatz 2 den Nummer 5:

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen **auch zur Prävention und Rehabilitation**, zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).

Nummer 14, § 15

Geplante Neuregelung

In Absatz 2, Nummer 3 wird geregelt, dass bei der Begutachtung die erreichten Einzelpunktwerte auf Modulebene zu addieren sind. Entsprechend dem hierbei erreichten Punktbereich sind die Einzelpunktwerte in die entsprechend gewichteten Punktwerte umzurechnen. Aus den gewichteten Punktwerten ist für jedes einzelne Modul eine Teilsumme zu bilden. Für die Module 2 und 3 ist eine gemeinsame Teilsumme zu bilden, die aus dem höchsten Wert der Teilsumme aus entweder dem Modul 2 oder Modul 3 besteht [...]

In Absatz 5 werden die Punktwerte für die 4 Pflegegrade genannt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Einführung und Konkretisierung des neuen Begutachtungsassessments. Besonders positiv ist dabei, dass Kommunikation nun ein integraler Bestandteil der Leistungserbringung werden soll.

Aus Sicht des DPR ist jedoch nicht nachvollziehbar, auf welchem Hintergrund die Gewichtung der Punktwerte festgelegt wurde und warum diese Punktwerte für jedes Modul einzeln erfasst, aber gemeinsam bewertet werden.

Auch für die Festlegung der Grenzwerte für die 4 Pflegegrade wird keine Begründung angeführt. Damit bleibt unklar, auf welcher wissenschaftlichen oder empirischen Grundlage diese Grenzwerte abgeleitet wurden. In der Folge können sie unter verschiedenen Gesichtspunkten unterschiedlich interpretiert werden und die Güte dieser Festlegung ist erschwert. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Festlegung in der Praxis bewährt.

Nummer 16, § 17, Absatz 1

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 1 erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17a im Präventionsgesetz Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Absatz 2. Dabei soll der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen beteiligt werden. Die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der 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 sind stellungnahmeberechtigt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Erstellung der Richtlinie, weil die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein neues Verfahren der Begutachtung erforderlich macht.

Nummer 16, § 17, b), Absatz 2

Geplante Neuregelung

Gemäß der Neuregelung in Absatz 2 soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eine Beratungs-Richtlinie zur einheitlichen Beratung durch die Pflegeberatung nach § 7a, die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Nummer 2 und der Pflegestützpunkte nach § 7c erlassen. An der Richtlinie zu beteiligen 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 Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängige Sachverständige sind stellungnahmeberechtigt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Erstellung und Einführung einer einheitlichen Beratungs-Richtlinie. Die Qualifikation der Beraterinnen und Berater ist dabei ein entscheidendes Kriterium für die Qualität der Beratung. Der DPR begrüßt daher, dass die Richtlinie auch Regelungen zur Qualifikation erhalten soll.

Der DPR sieht es jedoch als zwingend erforderlich an, dass pflegefachliche, pflegewissenschaftliche und pflegepädagogische Expertise bei der Erstellung der Richtlinie beteiligt wird, um eine gute Qualität zu gewährleisten. Die DPR mit seinen Mitgliedsverbänden deckt die genannte Expertise ab. Daher ist die Beteiligung des DPR bei der Erstellung der Beratungsrichtlinie unverzichtbar.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Absatz 1a folgendermaßen zu fassen:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Nummer 2 sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinie). 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, **so wie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene** zu beteiligen. Den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängigen Sachverständigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Nummer 17, § 18, b), Absatz 3

Geplante Neuregelung

Der Paragraph regelt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Gemäß Absatz 3 ist der Antragsteller bei der Begutachtung auf die Bedeutung des Gutachtens zum Beispiel für eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a dieses Buches und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung hinzuweisen. Ihm wird mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.

Stellungnahme

Die Bedarfe sollen entsprechend dieser Neuregelung in Zukunft durch die Gutachter verbindlich festgestellt und detailliert beschrieben werden. Diese sollen auch als Hilfestellung für die an der Pflege beteiligten Pflegepersonen gelten. Der DPR gibt zu bedenken, dass der Gesetzgeber hier einen Rahmen geschaffen hat, der in der Praxis deutlich längere Beratungseinsätze erforderlich machen wird, als die heute üblichen ca. 60 min pro Beratungseinsatz. Es bleibt abzuwarten, ob das dafür erforderliche Personal im benötigten Umfang und entsprechender Qualifikation mit Wirksamwerden des Gesetzes bereit steht.

Zudem behalten sich die Leistungsträger die Entscheidung über die Gewährung von Hilfsmittel- und Pflegehilfsmitteln vor. Hier ist zu hinterfragen, warum die Feststellung des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbedarfs der Pflegeberatung nur empfehlenden Charakter hat. Auf welcher Basis fachlicher Art wird dann von den Leistungsträgern die Entscheidung getroffen, bzw. wie will die Pflegekasse „in Ausnahmefällen offensichtliche Unrichtigkeiten der Empfehlung“ feststellen, wie in der Begründung ausgeführt wurde?

Nummer 17, § 18, d), Absatz 6a

Geplante Neuregelung

Gemäß der geplanten Neuregelung in Absatz 6a haben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter der Pflegekasse in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Hinsichtlich der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wird das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet.

Stellungnahme

Schon jetzt zeigt sich in der Praxis, dass wenn zum Beispiel Gutachter eine Einstiegshilfe für die Badewanne empfehlen, die dazu notwendige ärztliche Verordnung überwiegend nur nach Übermittlung von umfänglichen persönlichen Daten des Betroffenen positiv beschieden wird. Daher ist hier die Einhaltung der Vorgaben des Datenschutzes kritisch zu hinterfragen.

Nummer 19, § 18c

Geplante Neuregelung

Gemäß der Neuregelung richtet das Bundesministerium für Gesundheit 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. Es soll bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die Umstellung evaluieren und einen Bericht darüber veröffentlichen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines Begleitgremiums mit wissenschaftlicher, pflegfachlicher Kompetenz, um die Neuorientierung der Pflegeversicherung mit ihren hohen Anforderungen zu unterstützen. Vertreter der Berufsorganisationen aus der Pflege sollten daher in dem Gremium vertreten sind.

Nummer 20, § 19,

Geplante Neuregelung

Der Satz 2 regelt, dass eine Pflegeperson nur dann Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt.

Stellungnahme

Der DPR befürchtet, dass die Angabe "zwei Tage" unterschiedlich interpretiert werden kann: So stellt sich die Frage, wann ein Tag beginnt und was genau unter einer regelmäßigen Pflege pro Tag zu verstehen ist.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt daher an die bestehende Regelung mit der Angabe von 14 Stunden wöchentlich beizubehalten.

Nummer 24, § 30, Absatz 1

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 1 prüft die Bundesregierung alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren.

Stellungnahme

Die Überprüfung der Höhe der Leistungsbeträge und damit die Dynamisierung werden entgegen dem aktuellen Wortlaut um weitere drei Jahre verschoben. Eine Erhöhung der Leistungen ist daher frühestens ab dem Jahr 2021 vorgesehen. Dies ist in

Anbetracht der kontinuierlich ansteigenden Aufwendungen und der nicht abschließend vorhersehbaren Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht sachgerecht. Eine Evaluation muss situationsgerecht und damit auch ggf. früher möglich sein.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert für die regelmäßige Anpassung der Leistungen eine regelgebundene Anpassungsformel einzusetzen, die sich an Größen wie z.B. der Preisentwicklung orientiert.

Nummer 27, § 36

Geplante Neuregelung

In diesem Paragraphen wird die Pflegesachleistung geregelt.

Stellungnahme

Die neuen Sachleistungsbeträge sollen für alle drei Leistungsbereiche (körperbezogene Pflegemaßnahmen, Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung) zur Verfügung stehen. Der bisher bestehende Vorrang von grundpflegerischen Leistungen wird explizit aufgegeben. Die Wahl, welche Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, obliegt ausschließlich dem Pflegebedürftigen. In diesem Zusammenhang wäre zu klären, ob diese Wahlfreiheit durch die Kostenträger (insbesondere den Sozialhilfeträger) im Rahmen der Bedarfsfeststellung nach dem SGB XII eingeschränkt werden darf.

Die aktuell noch in § 124 SGB XI hinterlegten Leistungen der Häuslichen Betreuung sollen in § 36 Abs. 2 aufgehen. Im Sinne der Flexibilisierung des Leistungsangebotes ist dies zu begrüßen. Auch die aktuell noch in § 123 SGB XI hinterlegten verbesserten Pflegeleistungen sollen in § 36 integriert werden. Dies ist grundsätzlich ebenfalls zu begrüßen. Es entsteht jedoch eine Diskrepanz bzgl. der aktuell und der zukünftigen Anspruchsberechtigten, insbesondere mit Pflegegrad 1 gemäß § 28 a.

Zudem ist nicht ersichtlich, wie die konkreten Leistungsbeträge errechnet worden sind. Mit Blick auf die öffentlichkeitswirksam erfolgte Zusage, dass keine Schlechterstellung durch die Einführung des neuen Systems erfolgt, wäre die Berechnung zumindest transparent zu machen.

Letztlich ist erneut der Hinweis auf die sog. Pool-Leistungen enthalten, indem mehrere Pflegebedürftige häusliche Pflegehilfe in Anspruch nehmen können. Die bisher in § 36 Abs. 1 S. 5 SGB XI enthaltene Regelung hat sich aufgrund von Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis nicht durchgesetzt. Es ist bereits unklar, welche konkreten Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gleichzeitig in Anspruch genommen werden können und ob dadurch auch tatsächlich nutzbare Synergien entstehen.

Darüber hinaus fehlt in der neuen Formulierung der Zusatz „gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen.“ Diese Klarstellung ist dringend erforderlich, da eine gemeinsame Inanspruchnahme als Sach- und Geld-/Kombinationsleistung nicht umsetzbar ist.

Nummer 28, § 37

Geplante Neuregelung

In Absatz 1 wird der Anspruch Pflegebedürftiger der Pflegegrade 2 bis 5 auf Pflegegeld anstelle der häuslichen Pflegehilfe geregelt.

In Absatz 3 Satz 4 bis 5 wird die Pflegeberatung geregelt. Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind berechtigt, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.

Stellungnahme

Da im Zuge des ersten Pflegestärkungsgesetzes versäumt worden ist, neben der expliziten Erweiterung von § 39 und § 42 auch § 37 Abs. 2 S. 2 und § 38 S. 4 SGB XI anzupassen, ist die vorgesehene Anpassung nunmehr umso mehr zu begrüßen. Dies stellt sicher, dass trotz Inanspruchnahme der Verhinderungs- oder der Kurzzeitpflege für einen einheitlichen Zeitraum anteiliges Pflegegeld gezahlt wird.

Eine Erhöhung der Vergütung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 ist zu begrüßen, dennoch ist diese in Anbetracht des ebenfalls erhöhten Aufwandes (vgl. Ausführungen zu § 7 a) nicht ausreichend. Die Vergütung der Beratung und Beratungsbesuche ist nicht kostendeckend und kann die Qualität der häuslichen Versorgung daher nicht sichern.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor, die Beträge zu verdoppeln.

Nummer 30, § 38a, Absatz 1 a) ee)

Geplante Neuregelung

Gemäß der Neuregelung in Absatz 1 Nummer 4 haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn keine Versorgungsform vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflege-

bedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet (anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe), die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; [...]

Stellungnahme

Die bereits durch das erste Pflegestärkungsgesetz geänderte Voraussetzung in Nummer 3 (eine Person wird gemeinschaftlich beauftragt) stellt in der Praxis häufig ein Problem dar. Dies gilt zunächst vor dem Hintergrund, dass eine gemeinschaftliche Beauftragung nicht immer möglich ist, da dies einen einheitlichen Willen aller Mitglieder der Wohngemeinschaft voraussetzt. Es ist jedoch keine Seltenheit, dass einzelne Mitglieder der Wohngemeinschaft die Leistungen nicht oder anderweitig (im Vergleich zu den übrigen Mitgliedern der Wohngemeinschaft) in Anspruch nehmen wollen. Dies hätte bei restriktiver Auslegung im Umkehrschluss zur Folge, dass kein Mitglied der Wohngemeinschaft die zusätzlichen Leistungen nach § 38 a in Anspruch nehmen könnte.

Unabhängig davon hat sich seit der Einführung von § 38 a das praktische Problem der Verrechnung der Leistung des § 38 a mit den Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege ergeben. So wird seitens des Sozialhilfeträgers darauf verwiesen, dass zwischen dem Wohngruppenzuschlag nach § 38 a und den ergänzenden Leistungen nach §§ 61 ff SGB XII Deckungsgleichheit bestehe und daher eine Anrechnung auf die nachrangigen Leistungen des Sozialhilfeträgers legitim sei. Sozialhilfebedürftige Versicherte werden im Vergleich zu Versicherten ohne Sozialhilfebedürftigkeit schlechter gestellt, denn sie bekommen den Wohngruppenzuschlag nicht zusätzlich für Leistungen, die aufgrund der besonderen Wohnform erforderlich sind, sondern müssen den allgemeinen Pflegebedarf daraus finanzieren.

Eine Präzisierung ist weiterhin dringend erforderlich, um die Anrechnung des Wohngruppenzuschlages auf die Leistungen des Sozialhilfeträgers auszuschließen. Denkbar wäre eine Regelung in § 13 Abs. 3 a SGB XI, welcher bereits eine Aussage zum Verhältnis der Leistungen nach § 45 b SGB XI auf Fürsorgeleistungen trifft.

Die Neuregelung in Absatz 1 Nummer 4, die den Zuschlag nur Pflegebedürftigen in selbstverantworteten Wohngruppen zuerkennt und Pflegebedürftige in anbieterverantworteten Wohngruppen davon ausschließt, lehnt der DPR ab.

Änderungsvorschlag

Der Anspruch sollte als Leistung für alle Pflegebedürftige in einer Wohngruppe zur Verfügung stehen.

Nummer 31, § 39

Geplante Neureglung

Der Paragraph regelt die Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.

Stellungnahme

Menschen mit dem Pflegegrad 1 sind von der Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege ausgeschlossen. Dies ist in Anbetracht des bisherigen Zugangs von allen Pflegebedürftigen und Versicherten ohne Pflegestufe (§ 123 Abs. 2 S. 1 SGB XI) nicht nachvollziehbar und stellt ggf. eine Schlechterstellung dar.

Die übrigen Flexibilisierungen begrüßt der DPR.

Nummer 34, § 43

Geplante Neuregelung

In den Absätzen 1 und 2 werden die Ansprüche Pflegebedürftiger der Pflegegrade 2 bis 5 und in Absatz 3 des Pflegegrades 1 auf Pflege in vollstationären Einrichtungen geregelt.

Stellungnahme

Verglichen mit den Pflegestufen 1, 2 und 3 stellt die Ausgestaltung der Leistungsbeiträge der Pflegegrade 2 bis 5 eine Verschlechterung für Grad 2 und 3 dar. Insbesondere die Leistung für Grad 2 weicht eklatant von der Pflegestufe 2 ab. Zunächst greift aber der Bestandsschutz. Da derzeit ca. 40 % der Pflegeheimbewohner der Pflegestufe 1 zugeordnet sind, kann davon ausgegangen werden, dass hier eine große Gruppe zukünftiger Bewohner betroffen sein wird.

Nummer 34, § 43b

Geplante Neuregelung

Der Paragraph regelt den Inhalt der Leistung. Demnach haben Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Stellungnahme

Diese Regelung sollte sich aus Sicht des DPR auch auf teilstationäre Pflegeeinrichtungen beziehen.

Änderungsvorschlag

Daher schlägt der DPR vor, den Satz folgendermaßen zu fassen:

Pflegebedürftige in stationären **und teilstationären** Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Nummer 40, § 45a

Geplante Neuregelung

In Absatz 1 werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag genannt. In Absatz 3 der geplanten Neuregelung werden die Landesregierungen, durch Rechtsverordnung ermächtigt die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag und die Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Aus der Begründung geht hervor, dass diese Regelungen auch die Qualifikation der in den Angeboten eingesetzten Helferinnen und Helfer umfassen sollen.

Stellungnahme

Bislang definiert § 45 a SGB IX den berechtigten Personenkreis der Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist dies nun entbehrlich. An den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten soll jedoch inhaltlich festgehalten werden.

Da § 45 a nunmehr ausschließlich den Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote beschreibt, ist die vorgesehene Überschrift „Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung“ missverständlich. Es erschließt sich erst nach mehrmaligem Lesen, dass sich der gesamte Paragraph nicht auf die Betreuungs- und Entlastungsleistungen der zugelassenen Pflegedienste (aktuell: § 45 b Abs. 1 S. 6 Nr. 3 SGB XI) bezieht, sondern auf die nach Landesrecht anerkannten Angebote (aktuell: § 45 b Abs. 1 S. 6 Nr. 4 SGB XI). Das Ziel, die Systematik auch für Pflegekunden verständlicher zu gestalten, wird durch die vorgesehene Überschrift nicht erreicht.

Grundsätzlich begrüßt der DPR die Neuordnung des Leistungsangebotes entsprechend dem Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Durch die flexibleren und individuell wählbaren Leistungen, ist eine bedarfsgerechtere Versorgung möglich.

Der DPR befürchtet jedoch, dass die verschiedenen Angebote und Personen zu einer Zergliederung der Versorgung Pflegebedürftiger führt, die für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen keinen „roten Faden“ erkennen lässt. Zudem kann aufgrund

der Wahlfreiheit bei den Leistungen nicht sichergestellt werden, dass pflegefachlich begründete Bedarfe an Pflege und Betreuung auch erfolgen. Zwar haben Versicherte, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a; es ist jedoch nicht geregelt, dass Pflegebedürftige eine kontinuierliche, pflegefachliche Beratung und Begleitung erhalten, die eine sach- und bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.

Daher fordert der DPR, dass für die Qualifikation der in den verschiedenen Angeboten zur Unterstützung im Alltag und zur Entlastung von Angehörigen eingesetzten Helferinnen und Helfer eine bundeseinheitliche Regelung gibt, die über die Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008) vom GKV- Spitzenverband deutlich hinausgehen. Da Helferinnen und Helfer die Unterstützung Pflegebedürftiger vor Ort alleine gestalten und daher situativ fachlich angemessene Entscheidungen treffen können müssen, ist hier eine entsprechende Grundqualifikation unerlässlich. Die Vorgaben müssen zudem Regelungen enthalten, wonach diese Helferinnen und Helfer, insofern sie nicht ehrenamtlich tätig sind, unter die Mindestlohnregelung für Beschäftigte in der Pflege fallen.

Darüber hinaus ist es für eine qualitativ gute und sichere Versorgung der Pflegebedürftigen notwendig, dass die Leistungserbringung der Helferinnen und Helfer in fachlich qualifizierte Strukturen eingebunden sind, etwa über ambulante Pflegedienste. Auf diesem Wege ist eine fachgerechte Anleitung der Helferinnen und Helfer wie auch des Leistungsgeschehens möglich.

Änderungsvorschlag

Daher muss § 45a Absatz (3) folgendermaßen geändert werden:

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, **Bundesrahmenvorgaben durch Rechtsverordnung** über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur Abfrage der aktuell angebotenen Leistungen und der Höhe der hierfür erhobenen Kosten auszugestalten. **Darin sind Vorgaben über die Qualifikationsanforderungen der Helferinnen und Helfer der Angebote zur Unterstützung im Alltag mit praktischen und theoretischen Unterrichtsstunden und einem Betreuungspraktikum sowie ihre Entlohnung entsprechend den Mindestlohnregelungen für Beschäftigte in der Pflege enthalten.**

Nummer 40, § 45b

Geplante Neuregelung

Der Paragraph regelt den Entlastungsbetrag. Demnach haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich für: 1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, 2. Leistungen der Kurz-

zeitpflege, 3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen, 4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Stellungnahme

Die Leistungen nach § 45 b sollen allen Pflegebedürftigen, unabhängig vom Pflegegrad, zur Verfügung stehen. Dies ist zu begrüßen, da die bisherige Systematik von § 45 b Abs. 1 und Abs. 1 a SGB XI in der Praxis häufig zu Problemen geführt hat. Auch die generelle Festlegung eines Entlastungsbetrages ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen.

In § 45 b Absatz 1 Nummer 3 werden die Leistungen der Pflegedienste näher beschrieben. Hier fällt zunächst auf, dass als Leistungserbringer ambulante Pflegedienste genannt sind. Auf die Zulassung wird also nicht mehr abgestellt. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach § 72 SGB XI wird jedoch auch festgestellt, ob die Einrichtung qualitätsgesichert arbeitet. Diese Qualitätssicherung ist auch für Leistungen nach § 45 b SGB XI von Belang. Aus diesem Grund sollte die Leistungserbringung weiterhin den „zugelassenen Pflegediensten“ vorbehalten bleiben.

In Anbetracht der bestehenden Umsetzungs- und Abgrenzungsprobleme der Leistungen der Leistungskomplexe und der Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 45 b SGB XI ist der Wegfall des namentlichen Bezuges zu hauswirtschaftlichen Leistungen zu begrüßen. Der Verweis auf „Leistungen im Sinne des § 36“ ist jedoch missverständlich. Denn es entsteht der Eindruck, dass im Rahmen des § 45 b ausschließlich Leistungen erbracht werden können, die Gegenstand der Pflegesachleistungen sind und auf der Grundlage einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI (also dem jeweiligen Leistungskomplexsystem des Bundeslandes) erbracht werden. Eine inhaltliche Trennung der Leistungskomplexinhalte von den Leistungen nach § 45 b ist jedoch dringend erforderlich. Sofern keine Trennung vorliegt, wird der Sozialhilfeträger bei der Bedarfsfeststellung darauf verweisen, dass kein oder nur reduzierter Bedarf besteht, da alle notwendigen Leistungen über § 45 b abgedeckt sind. Somit bestünde in der Regel keine Pflicht zur Übernahme der Kosten für notwendige Bedarfe. Der Ausschluss in § 13 Abs. 3 a SGB XI wäre ad absurdum geführt.

Aus der Gesetzesbegründung geht zudem hervor, dass die mit den Pflegediensten vereinbarten Vergütungssätze für die Pflegesachleistungen (§ 89 SGB XI) bei einer Leistungserbringung auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die zu entrichtenden Vergütungen bilden. Dies ist nicht sachgerecht, da § 89 SGB XI ausschließlich für die Pflegesachleistungen vorgesehen ist und mit den Kostenträgern zu vereinbaren ist. Leistungen nach § 45 b SGB XI werden jedoch individuell vom Pflegedienst erbracht und kalkuliert. Eine Abweichung davon stellt einen massiven Eingriff in die unternehmerische Freiheit dar.

Die gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Übertragung des Anspruches ist zu begrüßen.

Nummer 44, § 75

Geplante Neuregelung

Die Neuregelung umfasst redaktionelle Anpassungen und die Streichung des Absatzes 5. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die Personalstruktur und die Personalrichtwertvereinbarungen im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff von den Vereinbarungspartnern zu prüfen und auf die neuen Pflegegrade hin anzupassen sind.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR erfordern vergleichbare Versicherungsleistungen in den Ländern, die auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewährt werden, auch vergleichbare Personalzahlen in den Ländern. Zudem muss der Personalmix auf diesem Hintergrund überprüft werden. Daher fordert der DPR einen bundeseinheitlichen Personalschlüssel entsprechend der Pflegegrade des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der in den Ländern in § 75 geregelt wird. Aus fachlicher Sicht ist eine Ermittlung des erforderlichen Personalschlüssels für die jeweiligen Pflegegrade für den stationären Bereich notwendig. Dazu bedarf es eines Verfahrens zur Ermittlung des benötigten Personals für definierte Leistungen.

Der DPR schlägt vor, eine Kommission mit Länderbeteiligung einzurichten, die entsprechend der Pflegegrade einheitliche Bewertungsmaßstäbe für die Personalkorridore erarbeitet. Ohne eine den Pflegegraden/Leistungen angemessene Personalausstattung wird aus Sicht des DPR die Verbesserung der pflegerischen Versorgung durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff scheitern.

Zu Nummer 62, § 113, a), bb), Absatz 1

Geplante Neuregelung

Gemäß der Neuregelung in Absatz 1 sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch den Qualitätsausschuss nach § 113b für die stationäre Pflege bis zum 30. Juni 2017 und für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 neu zu vereinbaren. Dabei sollen Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation geregelt werden, die über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Aus der Begründung geht hervor, dass hierbei auch die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aufzugreifen sind.

Stellungnahme

Der DPR unterstützt die flächendeckende Umsetzung des Strukturmodells, um die Fachlichkeit der Pflege zu stärken und gleichzeitig Pflegefachpersonen zu entlasten. Allerdings plädiert der DPR dafür, dass die Umsetzung des Strukturmodells mit der Aufnahme der Ergebnisse in die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität eine freiwillige Entscheidung von Pflegefachpersonen bleiben muss. Denn die Wahl des Dokumentationssystems ist eine pflegefachliche Entscheidung, die Bestandteil einer eigenverantwortlichen Pflege ist. Darüber hinaus sind rechtliche Mindestanforderungen an die Dokumentation von den fachlich erforderlichen Anforderungen zu unterscheiden.

Nummer 62, § 113, b)

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 1a soll das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, beschrieben werden (Indikatorenmodell).

Stellungnahme

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass das indikatorengestützte Verfahren in den Gesetzestext aufgenommen wurde.

Die Vertragspartnern nach § 113 haben bereits eine Anlage 2 nach § 113 Absatz 1 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI entwickelt. In der Anlage wird Bezug auf ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich genommen, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglichen soll. Zusätzlich sind die Vertragspartner nach § 113 aufgefordert die Datenzusammenführung und -aufbereitung neu zu regeln. Der DPR unterstützt die Umsetzung dieses Verfahrens.

Nummer 64, § 113b Absätze 1 bis 3

Geplante Neuregelung

Gemäß den Absätzen 1 bis 3 soll die bisherige Schiedsstelle Qualitätssicherung in einen Qualitätsausschuss überführt werden. Die Besetzung des Qualitätsausschusses erfolgt analog der bisherigen Schiedsstelle. Demnach können die Leistungser-

bringer und die Leistungsträger jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Leistungserbringer angehören. Wenn im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nicht zustande kommt, dann kann auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit der Ausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei unparteiische Mitglieder erweitert werden.

Inhaltlich soll sich der Qualitätsausschuss weiterhin mit den Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung nach den § 113 und 115 Abs. 1a auseinandersetzen sowie mit den Expertenstandards nach § 113a. Neu aufgenommen sind die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 sowie die Qualitätssicherung für neue Wohnformen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines Qualitätsausschusses als einen weiteren Schritt bei der Qualitätsentwicklung der pflegerischen Versorgung. Er unterstützt zudem die Übertragung der Regelung von Umsetzungsfragen zu gesetzlichen Vorgaben an die Selbstverwaltung. In der Vergangenheit erschwerte die Zusammensetzung des Gremiums eine Beschlussfassung bei kontroversen Themen. Daher begrüßt der DPR insbesondere die Möglichkeit, den Qualitätsausschuss zu erweitern, um die Verhandlungsprozesse ergebnisorientierter zu gestalten. Um die pflegfachliche Perspektive zu stärken, fordert der DPR seine stimmberechtigte Einbeziehung ohne Anrechnung auf die Anzahl der vertretenen Mitglieder des Qualitätsausschusses. Zu prüfen ist auch eine entsprechende Beteiligung von Betroffenenorganisationen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt vor, den § 113b Absatz 2 Satz 4 folgendermaßen zu fassen:

Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe **kann muss** dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Leistungserbringer angehören.

Nummer 64, § 113b, Absatz 4

Geplante Neuregelung

Gemäß Absatz 4 sollen die Vertragsparteien nach § 113 zur Sicherstellung fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen, Instrumente für die Prüfung der Qualität und der Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchführen und einen Abschlussbericht über die Pilotierung in der ambulanten Pflege vorlegen.

Stellungnahme

Der Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege“ von Wingenfeld und Engels, der seit mehreren Jahren vorliegt, enthält ein Instrument für die Prüfung der Qualität stationärer Pflege. Daher wird aus Sicht des DPR kein neues Instrument benötigt. Derzeit werden die von Wingenfeld entwickelten Indikatoren im Auftrag der Selbstverwaltung modellhaft in der stationären Pflege pilotiert. Liegen die Ergebnisse vor, müssen sie von der Selbstverwaltung bewertet, ggf. weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Nummer 64, § 113b, Absatz 6

Gemäß Absatz 6 richten die Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam bis zum 1. April 2016 zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit nach Absatz 4 eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Die Geschäftsstelle soll auch die Aufgaben der bestehenden Geschäftsstelle zu den Expertenstandards nach § 113a wahrnehmen.

Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren eine Geschäftsordnung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den Verbänden nach §118. In der Geschäftsordnung sollen die wesentlichen Fragen der Organisation und der Verfahren der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss geregelt werden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Einrichtung einer Geschäftsstelle mit dem Ziel, die Wissenschaftlichkeit des Qualitätsausschusses zu stärken. Um die Pflegewissenschaft intentionell abgesichert an der Entwicklung der Qualität zu beteiligen, fordert der DPR das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in die Geschäftsstelle und darüber hinaus in die Weiterentwicklung der Qualität einzubeziehen.

Nummer 71. §§ 123 und 124

Geplante Neuregelung

Die beiden Paragraphen werden aufgehoben.

Stellungnahme

Es wurde bei beiden Normen schon bei der Einführung darauf hingewiesen, dass die Geltungsdauer mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verknüpft ist. Hinsichtlich § 124 SGB XI ist die Streichung zudem nachvollziehbar, da diese Leistungen in § 36 aufgehen. Die Leistungen des § 123 SGB XI gehen jedoch nicht vollständig auf. Versicherte ohne Pflegestufe haben aktuell nach § 123 SGB XI Zugang zu fast allen Leistungen, aber die damit vergleichbare Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 wird in weiten Teilen von Leistungen ausgeschlossen. Eine Schlechterstellung dieser Personengruppe liegt damit nahe.

Darüber hinaus könnte der zeitlich geplante Ablauf zumindest vorübergehend eine Schlechterstellung bewirken. Die §§ 123, 124 SGB XI sollen offenbar umgehend mit Einführung des Gesetzes gestrichen werden. Die aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehene Umstellung auf die Pflegegrade soll jedoch sukzessiv, spätestens zum 01.01.2017 erfolgen. Es ergibt sich damit eine Zeitspanne von voraussichtlich 12 Monaten.

Artikel 2 § 2

Geplante Neuregelung

Die Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade soll sukzessiv erfolgen. Die vollständige Umstellung auf Pflegegrade soll (ohne erneute Antragstellung und Begutachtung) zum 01.01.2017 erfolgen. Sofern vorab ein Antrag gestellt wird, erfolgt der Erwerb einer Anspruchsberechtigung nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die vorgesehenen Regelungen.

Artikel 5

§ 37 SGB V

Geplante Neuregelung

In Absatz 2, Sätze 1 und 2 wird geregelt, dass Versicherte [...] Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege erhalten, 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 Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“.

Stellungnahme

In der Neufassung des 2. Habsatzes des § 37 SGB V soll der der Begriff "verrichtungsbezogene" bei den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gestrichen werden. Auch im Absatz 6 erfolgte diese Streichung. Doch der Tatbestand, dass es sich bei den Leistungen wie dem Anlegen von Kompressionsstrümpfen oder der Medikamentengabe um verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen handelt, ordnet sie dem SGB V zu. Mit der Streichung des Begriffs könnte diese eindeutige Zuordnung aufgeweicht und die Tätigkeiten der Pflegeversicherung zugeordnet werden.

Änderungsvorschlag

Daher fordert der DPR die Klarstellung, dass die „Bewältigung von und der selbständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ auch weiterhin im SGB V verbleiben. Zudem sollte der Begriff "verrichtungsbezogen" bei der Neufassung des 2. Halbsatzes des § 37 SGB V in seiner derzeitigen Form belassen werden.

Berlin, 07. Juli 2015