

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(20)
gel. VB zur öAnhörnung am 17.12.
2016_PSGIII
12.10.2016



Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung
weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Berlin, 12.10.2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Schon heute sind große Unterschiede hinsichtlich der pflegerischen Versorgung in den einzelnen Kommunen zu verzeichnen. Folgerichtig ist es aus Sicht des DBfK, mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetzes die Einbindung und Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zu regeln, da Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Wir begrüßen, dass der Kreis der Beratungsstellen, in dem Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ihre Beratungsgutscheine einlösen können, erweitert werden soll. Hierbei ist es uns wichtig zu betonen, dass die Unabhängigkeit der Beratung in jedem Fall gewahrt werden muss und nicht von dem Anstellungsverhältnis der Beraterin oder des Beraters abhängig gemacht werden darf. Um die Qualität zu verbessern, sehen wir die Evaluation der Modellvorhaben für sinnvoll und notwendig an.

Die Anpassung der Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und an das Bundesversorgungsgesetz sieht der DBfK in Teilen kritisch und nimmt hinsichtlich der vorgesehenen inhaltlichen Änderungen wie folgt Stellung:

<p>Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend bzw. insbesondere unter der Perspektive der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen) gesondert Stellung.</p>

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 7b Beratungsgutscheine)

Gesetzentwurf (Absatz 2a)

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sollen künftig auch auf Gemeindeebene Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 SGB XI einlösen können. Die Rolle der Kommune soll durch die Erbringung eigener Beratungen nach Maßgabe der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a SGB XI gestärkt werden. Entsprechende Beratungsstellen nach Absatz 2a sind denen von den Pflegekassen anerkannten, unabhängigen und neutralen Beratungsstellen im Sinne des § 7b Absatz 2 SGB XI gleichzustellen.

Stellungnahme

Eine Ausweitung des Beratungsangebots wird von uns grundsätzlich begrüßt. Pflegeberatung wird jedoch nur von einem Teil der Menschen mit Pflegebedarf in Anspruch genommen. Das Angebot ist den Versicherten nicht hinreichend bekannt¹ bzw. wird von diesen nicht angenommen. Die Evaluationen zu den Pflegestützpunkten in unterschiedlichen Bundesländern (z. B. Baden-Württemberg², Thüringen³) haben gezeigt, dass es durch die Etablierung von Pflegestützpunkten bisher noch nicht gelungen ist, eine Beratungsinfrastruktur zu schaffen, die eine flächendeckende Beratung sicherstellt. Nicht nur die Rahmenbedingungen wie die Lage und die damit verbundene Erreichbarkeit, Öffnungszeiten sowie Ausbildung und Qualifikationen der Beraterinnen und Berater spielen eine große Rolle. Von herausragender Bedeutung ist auch eine neutrale und unabhängige Beratung. Mehrfach hat der DBfK in der Vergangenheit den Einsatz von unabhängigen Fallmanagerinnen und Fallmanagern gefordert, die neben ihrer Funktion als Beraterin oder Berater und Koordinatorin oder Koordinator auch Interessensvertreterin oder Interessensvertreter der Hilfesuchenden sein sollten. In diesem Sinne ver-

¹ Zentrum für Qualität in der Pflege [Hrsg.] (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege – Entwurf, S. 2.

² Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2013): Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Abschlussbericht. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Abschlussbericht_Pflegestuetzpunkte_BW_2013.pdf, S.74.

³ Organisationsberatungsinstitut Thüringen e. V. [Hrsg.] (2014): Evaluation der Pflegestützpunkte in Thüringen 2011-2013. Abschlussbericht im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit. http://www.orbit-jena.de/fileadmin/media/downloads/Schuso/C_Bericht_Fokusgruppen.pdf; S. 26 -28.

knüpft sich ihre Aufgabe mit der Sicherung von Verbraucherrechten. Für die Erfüllung der vorgesehenen Aufgaben ist Case-Management als Konzept anzuerkennen.

Vor diesem Hintergrund erneuert der DBfK seine Forderung zur Einführung von unabhängigen Fallmanagerinnen und Fallmanagern (Casemanagerinnen und Casemanagern), die im Grundsatz über eine Ausbildung als Pflegefachperson verfügen sollten sowie über Qualifikationen zu Beratung, Case-Management oder auch Familiengesundheitspflege. Die pflegerische Expertise der Fallmanagerinnen und Fallmanager als unabhängige Beteiligte sollte in bestehende und/ oder künftige Versorgungsstrukturen eingebracht werden können.

Ein Wahlrecht seitens der Versicherten kann aus unserer Sicht die Annahme eines Beratungsangebotes fördern, da entsprechend der eigenen Bedürfnisse eine neutrale Beratungsstelle ausgewählt werden kann. Dies kann eine Beratungsstelle der kommunalen Gebietskörperschaften, der Pflegekassen, der ambulanten oder stationären Einrichtungen oder ein Pflegestützpunkt sein.

Änderungsvorschlag

An den § 7b Absatz 1 ist folgender Satz anzuhängen: *"Der Versicherte hat ein Wahlrecht zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Einlösen eines Beratungsgutscheins."*

Zu Nummer 3 (§ 7c Pflegestützpunkte)

Gesetzentwurf

Die kommunale Stelle, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig ist, erhält in den ersten fünf Jahren nach Inkrafttreten das Initiativrecht zur Errichtung eines Pflegestützpunkts in ihrem regionalen Einzugsgebiet, um so eine bessere Vernetzung der kommunal getragenen Beratungsstellen zu ermöglichen. Soweit nicht anders vereinbart, werden die erforderlichen Aufwendungen von den Trägern des Pflegestützpunkts zu gleichen Teilen getragen.

Die Beratung gehört zu den Aufgaben der kommunal eingerichteten Pflegestützpunkte. Es gelten die Richtlinien nach den §§ 7a und 17a SGB XI.

Nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen und deren Aufgabe insbesondere die Ver-

besserung der Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist und die darüber hinaus die Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen, wird eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglicht.

Die kommunalen Spitzenverbände sind aufgefordert sich an der Ausgestaltung der Rahmenverträge für die Pflegestützpunkte zu beteiligen. Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Pflegestützpunkte sind neben den Finanzierungsregelungen auch eindeutige Regelungen zur Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten, zur Zuständigkeit der Aufgabenerfüllung, zur Koordinierung innerhalb des Pflegestützpunkts sowie zur Zuständigkeit der Qualitätssicherung und für die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern des Pflegestützpunkts und den zuständigen Aufsichtsbehörden in den Rahmenverträgen festzuhalten.

Die Länder werden ermächtigt durch Rechtsverordnung Schiedsstellen einzusetzen. Die Schiedsstellen werden tätig, wenn eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben festgelegten Frist nicht zustande kommt. In den Schiedsstellen sind die Vertretungen der Pflegekassen und die Vertretungen der Stellen der Hilfe zur Pflege in gleicher Anzahl vertreten. Hinzu kommen ein unparteiischer Vorsitz sowie zwei weitere unparteiische Stellvertretungen.

Über das Einrichten einer Schiedsstelle sowie die näheren Bestimmungen entscheiden die Länder per Rechtsverordnung.

Stellungnahme

Eine Ausgrenzung gewerblicher Anbieter würde einen erheblichen Wettbewerbsnachteil darstellen, wenn gemeinnütziger Anbieter beteiligt werden können. Die gewerblichen Anbieter sollten genauso die Möglichkeit erhalten Vertragspartner der Kommune zu sein. Die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit sind dann unabhängig von der Gemeinnützigkeit oder der privaten Trägerschaft eines Vertragspartners in den jeweiligen Verträgen der Modellprojekte zu regeln.

Änderungsvorschlag

Bei der Beteiligung an den Pflegestützpunkten muss die Trägervielfalt in der Region gewahrt bleiben.

Zu Nummer 4 (§ 8a Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe c)

Die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung nach § 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Landeskrankenhausesgesellschaften werden verpflichtet, in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten sofern diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Im Ausschuss sollen Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, unter anderem in der pflegerischen und medizinischen Versorgung und insbesondere Schnittstellenprobleme geklärt werden. Ziel der Regelung ist die Einbindung der Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer in die Arbeit der Ausschüsse. Im Landesrecht soll geregelt werden, ob der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zusammengeführt wird oder ein Austausch zu übergreifenden Fragen sichergestellt werden soll. Die Berufung von Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, von Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen und der Pflegefachpersonen obliegt den landesrechtlichen Regelungen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt grundsätzlich die Errichtung eines sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen und Unterstützung der Pflegepersonen. Die Zusammensetzung der bereits bestehenden Landespflegeausschüsse ist derzeit, abhängig vom jeweiligen Bundesland, sehr heterogen. Der DBfK weist darauf hin, dass in dieses Gremium Vertreter und Vertreterinnen der professionell Pflegenden dringend mit einzubeziehen sind. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen muss aus unserer Sicht die Expertise der Pflege, insbesondere zur Klärung pflegefachlicher Fragen, einbezogen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass eine Anbindung bzw. Rückkopplung an den Landespflegeausschuss erfolgt und kein davon losgelöstes Gremium entsteht.

In diesem Sinne sehen wir es als notwendig an, auf Länderebene eine verbindliche Regelung über die Zusammensetzung und Zusammenarbeit zu vereinbaren.

Änderungsvorschlag

Folgende Ergänzung ist in Satz 1 aufzunehmen: „Die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen

Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften *und die Vertretungen der Pflegekammern oder Landespflegeräte* entsenden Vertreter in einen nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften eingerichteten Ausschuss (...). *Der sektorenübergreifende Ausschuss ist als Unterausschuss zu den jetzigen Landespflegeausschüssen einzurichten.*“

Zu Nummer 4 (§ 8a Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung)

Gesetzentwurf (Abs. 4, Buchstabe c)

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet in regionalen Pflegeausschüssen mitzuarbeiten, sofern diese durch landesrechtliche Bestimmungen eingerichtet wurden. Den Ländern obliegt die Festlegung von Regelungen zur Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen.

Die Pflegekassen und ihre Landesverbände sowie die weiteren genannten Akteure der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse werden verpflichtet an der Pflegestrukturplanung mitzuwirken. Sie stellen die hierfür erforderlichen Daten bereit, die nicht personenbeziehbar sind und den Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen. Die Beschlüsse der Ausschüsse nach Absatz 1 bis 3 haben Empfehlungscharakter. Die teilnehmenden Akteure sind jedoch verpflichtet den jeweiligen Ausschüssen über eine Berücksichtigung und praktische Anwendung dieser Empfehlungen zu berichten.

Die Vertragsparteien des Siebten und Achten Kapitels haben die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 bei Abschlüssen von Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsvereinbarungen in der Regel mit einzubeziehen.

Stellungnahme

Der DBfK sieht es äußerst kritisch, dass die Pflegestrukturplanung ohne den wichtigsten Akteur im der Versorgung der Pflegebedürftigen erfolgt. Die Berufsverbände der professionell Pflegenden sowie die Landespflegekammern können einen erheblichen Beitrag dazu leisten, die Versorgungsqualität und auch die Rahmenbedingungen fachlich einzuordnen und so erfolgreich an der Planung mitzuwirken.

Änderungsvorschlag

Die Berufsverbände der Pflegeberufe sowie die Landespflegekammern sind verbindlich in den regionalen Pflegeausschüssen miteinzubeziehen.

Zu Nummer 6 (§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Gesetzentwurf (Abs. 3, Buchstabe bb)

In § 13 Absatz 3 ist eine Neureglung des Verhältnisses von Leistungen der Pflegeversicherung zu Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII, dem Bundesversorgungsgesetz und der Kinder- und Jugendhilfe vorgesehen.

Sie sieht vor, dass die Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI den Leistungen zur Eingliederungshilfe grundsätzlich in der Häuslichkeit vorrangig sind, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Leistungen, bei denen die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund und nicht im sachlichen Kontext der pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI stehen, sollen auch weiterhin ungeschmälert erbracht werden. Wenn Leistungen im sachlichen Kontext der Eingliederungshilfe stehen und im Rahmen dessen auch Leistungen erbracht werden, die losgelöst von diesem Kontext auch den pflegerischen Leistungen zugeordnet werden können, dann soll der Schwerpunkt entscheiden, der im Vordergrund der Versorgung steht.

Außerhalb des häuslichen Umfeldes sollen Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen. Von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfeldes wird ausgegangen, wenn es sich um Unterstützungen mit engem sachlichen Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt und dessen räumlichen Umfeld handelt und die Leistungen darauf ausgerichtet sind die körperlichen, seelischen oder geistigen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu stärken.

Stellungnahme

Der DBfK sieht es außerordentlich kritisch, dass in dem Gesetzesentwurf Sachleistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich Vorrang vor Leistungen

der Eingliederungshilfe haben sollen. Sachliche Gründe hierfür erschließen sich uns nicht. Die Begründung, dass Pflege vor allem in der Häuslichkeit und Eingliederung außerhalb der Häuslichkeit stattfinden, kann aus unserer Sicht nicht geltend gemacht werden. Auch die Argumentation, dass es Überschneidungen vor allem im Bereich der pflegerischen Betreuung gibt, sehen wir kritisch. Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht, um die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und behinderten Menschen so die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen. Somit gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe weit über die betreuenden Tätigkeiten hinaus und können beispielsweise auch die Motivation zur Körperpflege betreffen. Eine strikte Festlegung, welche Leistungen Teil der pflegerischen Arbeit und welche Leistungen Teil der Eingliederungshilfe sind, ist aus unserer Sicht nicht mit dem jeweiligen Verständnis von Pflege und Eingliederungshilfe vereinbar. Aus unserer Sicht sollte keine Verschiebung von Leistungen befördert und Betroffene in gerichtliche Auseinandersetzungen gedrängt werden, um ihr Recht auf Pflege- oder Teilhabeleistungen durchzusetzen. Vielmehr muss die Gleichrangigkeit beibehalten werden, um die bisher gut funktionierende Ergänzung von Pflegeleistungen und Eingliederung weiter umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht des DBfK muss die bisherige Regelung zum Gleichrang, und die damit einhergehende Abgrenzung, von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten bleiben. Der bisherige § 13 Absatz 3 Satz 3 sollte unverändert gelten: *„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt.“*

Zu Nummer 10 (§ 37 Beratungsbesuche)

Gesetzentwurf (Abs. 8)

Die Kommunen erhalten die Möglichkeit im Rahmen der Modellprojekte nach § 123 SGB XI die Beratungen nach § 37 Absatz 3 selbst durchzuführen. Die pflegfachliche Qualität der Beratung soll durch die Verpflichtung der

Pflegeberater und Pflegeberaterinnen im Sinne des § 7a SGB XI hinsichtlich ihrer pflegfachlichen Kompetenz sichergestellt werden. Einzuhalten sind zudem die Vorgaben der Absätze 3 und 4 sowie Empfehlungen der Qualitätssicherung nach Absatz 5. Da die Tätigkeit der Beratungspersonen der Pflegekassen bereits durch den Verwaltungshaushalt und bei einer Beschäftigung der Beratungspersonen durch die Kommune bereits durch die Finanzierungssystematik der Pflegestützpunkte abgegolten ist, ist eine zusätzliche Vergütung durch die Pflegekassen ausgeschlossen. Die Zielsetzung der Beratung durch kommunale Beratungspersonen geht über die reine pflegfachliche Beratung hinaus und klärt unter anderem auch Fragen der Altenhilfe.

Stellungnahme

Aus unserer Sicht ist es fraglich, ob sich durch diese Erweiterung ein verbessertes Beratungsangebot generieren lässt oder ob es einzig zu einer Verschiebung der Beratungsstellen kommt. Ablauf und Inhalte der Beratungsangebote sind bis dato nicht einheitlich geregelt, Qualitätskriterien liegen nicht vor. Zudem erfolgt in der Regel keine systematische Auswertung der Beratungsergebnisse⁴. Einheitliche Vorgaben sollen von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI bis zum 01.01.2018 beschlossen werden. Darüber hinaus fordert der DBfK schon seit langem, dass Beratungseinsätze angemessen vergütet werden müssen, damit die Beratung nicht in engen Zeitkorridoren erfolgen muss. Bis dies verhandelt und beschlossen ist, sollten aus Sicht des DBfK die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der Kompetenz der pflegfachlichen Personen der Pflegedienste verbleiben und das System nicht weiter geöffnet werden.

Änderungsvorschlag

Wir lehnen Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI durch kommunale Gebietskörperschaften ab und fordern die Streichung. Der § 37 Absatz 8 ist zu streichen.

Zu Nummer 12 (§ 43 a Inhalt der Leistungen)

Gesetzentwurf

⁴ vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege [Hrsg.] (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege, S.4.

Die Pflegekasse übernimmt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in einer stationären Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 SGB XI leben und die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, 15 Prozent der vereinbarten Vergütung für die Abgeltung der in § 43 Absatz 2 SGB XI genannten pauschalen Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen dabei im Einzelfall 266 Euro im Kalendermonat nicht überschreiten.

Stellungnahme

Die bisherige und auch im Kabinettsentwurf unveränderte Regelung einer Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung ist aus unserer Sicht nicht tragbar. Unter den Aspekten des tatsächlichen pflegerischen Bedarfs und der Qualitätssicherungsmaßnahmen, muss die Pflegeversicherung die Kosten für die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit Behinderungen tragen, die in aller Regel auch Beiträge zur Pflegeversicherung entrichtet haben. Die pflegfachlichen Anforderungen und Qualifikationen können nicht bei behinderten Pflegebedürftigen durch die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers umgangen werden.

Zu Nummer 13 (§ 45b Entlastungsbetrag)

Gesetzesentwurf (Abs. 2, Buchstabe a)

Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege liegen die Anspruchsvoraussetzungen für die Beanspruchung des Entlastungsbetrags vor. Eine gesonderte Antragsstellung vor dem Bezug von Leistungen ist nicht erforderlich. Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags von den zuständigen Kostenträgern gegen Vorlage entsprechender Belege über die Höhe der Eigenbelastungen.

Stellungnahme

Die Klarstellung des Gesetzgebers zur Antragstellung zum Erhalt des Entlastungsbeitrags ist sehr zu begrüßen. Die bisherige Praxis einiger Kostenträger, eine Kostenerstattung nur bei Antragstellung vor

Inanspruchnahme der Leistungen zu gewähren, entsprach weder der Absicht, die Pflege zu entbürokratisieren, noch war die Handlungsweise im Sinne des Versicherten.

Zu Nummer 13 (§ 45b Entlastungsbetrag)

Gesetzentwurf (Abs. 3, Buchstabe b)

Der Entlastungsbetrag findet keine Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen nach § 13 Absatz 3 Satz 1 SGB XI sowie bei den Leistungen nach § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches. Berücksichtigung findet der Entlastungsbetrag dieses Buches jedoch bei Leistungen nach den §§ 64i oder 66 des Zwölften Buches (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2-5), soweit Leistungen zu gewähren sind, die den Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 entsprechen.

Stellungnahme

Der DBfK befürwortet den Vorschlag des Gesetzgebers, macht aber darauf aufmerksam, dass Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 benachteiligt sind, sofern sie ihren Entlastungsbetrag nicht entsprechend § 45b SGB XI erhalten sondern die Leistungen nach § 66 SGB XII beziehen. Entsprechend dem vorliegenden Gesetzentwurf muss der Entlastungsbetrag dann auch für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes einsetzen werden. Der DBfK sieht hier eine Ungleichbehandlung von Leistungsbeziehern.

Änderungsvorschlag:

Wir verweisen bereits an dieser Stelle auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1).

Zu Nummer 17 (§ 79 Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Gesetzentwurf (Abs. 4, Buchstabe b)

Bestehen tatsächliche Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Abrechnung der Pflegeeinrichtung können die Landesverbände der Pflegekassen selbst oder von Ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen. Diese

erstrecken sich auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden und auf die Abrechnung von Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI).

Stellungnahme

Eine zusätzliche Abrechnungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen oder durch sie bestellte Sachverständige bedarf aus unserer Sicht einer weiteren Konkretisierung, um die „tatsächlichen Anhaltspunkte“ klar zu definieren. Es muss sichergestellt sein, dass die Pflegeeinrichtungen nicht durch die Qualitätsprüfungen, die Prüfungen der Heimaufsicht und zusätzlicher Abrechnungsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen, mehrfach jährlich verdachtsmäßig kontrolliert werden und dadurch eine erhebliche Mehrbelastung für die Pflegeeinrichtung entsteht, die nicht refinanziert wird. Die gesellschaftlichen Forderungen nach Transparenz im Gesundheitswesen können aus unserer Sicht dadurch nicht entsprochen werden. Wir regen an, die Koordination der einzelnen Prüfungen so zu gestalten, dass es hier keine Überschneidungen mehrerer Institutionen gibt.

Auch aus Sicht des DBfK werden Abrechnungsbetrugsfälle auf das Schärfste verurteilt, da sie einen ganzen Berufsstand in Verruf bringen. Wir sehen die Notwendigkeit, dass der Aufbau von Vertrauen durch die Bevölkerung in die professionell Pflegenden gefördert wird, eine Aufklärung hinsichtlich des Erkennens und der Folgen von Abrechnungsbetrug sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen sowie eine Verbesserung der Leistungsfinanzierung zur Vorhaltung von ausreichend qualifizierten Personals.

Darüber hinaus möchten wir anmerken, dass in Absatz 4 Punkt 1 formuliert wird, es handele sich um Leistungen die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden. Bei der Abrechnungsprüfung werden jedoch ausschließlich bereits abgerechnete Leistungen überprüft, somit handelt es sich um eine retrospektive Sichtweise.

Änderungsvorschlag:

Es bedarf einer strikten Definition in der Begründung des Gesetzes, in welchen Fällen eine Abrechnungsprüfung zusätzlich zu den bereits gesetzlich verankerten Regelprüfungen durchzuführen ist.

Darüber hinaus schlagen wir vor den Gesetzestext wie folgt anzupassen:

„Die Abrechnungsprüfung bezieht sich auf

1. Die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet *wurden*, sowie [...]“

Zu Nummer 20 (§ 113b Qualitätsausschuss)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe a)

Die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 2 erhalten ein Antragsrecht, das über das bisherige Mitberatungsrecht hinausgeht.

Stellungnahme

Eine Erweiterung der Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen begrüßt der DBfK ausdrücklich.

Zu Nummer 21 (§ 114 Qualitätsprüfungen)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe b)

In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch die erbrachten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V, unabhängig davon ob Leistungen nach dem § 36 SGB XI bezogen werden.

Stellungnahme

Wir befürworten grundsätzlich die geplanten gesetzlichen Änderungen und die damit einhergehenden Qualitätsprüfungen auch für jene Leistungen, die ausschließlich im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden ohne das zusätzliche Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht werden. Leistungsmissbrauch und Abrechnungsbetrug müssen unterbunden werden. Zum Wohl der Pflegebedürftigen und Patienten als auch Sicherung des solidarischen Leistungsprinzips und zum Schutz der Pflegenden. Wir möchten an dieser Stelle jedoch darauf hinweisen, dass die Pflegebranche in der Öffentlichkeit immer wieder einem Generalverdacht ausgesetzt ist und somit auch die Pflegenden

selbst. Vor allem unter den jetzigen Bedingungen und den zu erwartenden demografischen Entwicklungen braucht die Pflege jedoch einen Zulauf an Personal. Der vorliegende Gesetzentwurf eröffnet erneut die öffentlichkeitswirksame Diskussion über die Qualität in der Pflege und die Arbeit der Pflegenden. Wir weisen darauf hin, dass es einer konsequenten positiven Öffentlichkeitsarbeit auch von Seiten des Gesetzgebers bedarf, um diesen Generalverdacht mit all seinen Konsequenzen zu vermeiden.

Zu Nummer 24 (§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung)

Gesetzentwurf (Abs. 1)

Kommunalen Stellen soll diese Regelung ermöglichen, im Rahmen von Modellvorhaben, die Beratungsaufgaben nach dem SGB XI mit den eigenen Beratungsaufgaben für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammenzuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen. Antragsberechtigt sollen die zuständigen Stellen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sein. Das Modellvorhaben soll sich auf einen Kreis oder, bei Stadtstaaten, auf einen Stadtbezirk beschränken. Die Beratungsstellen des Modellvorhabens können die Beratungsleistungen sowie Schulungen (§§ 7a bis 7c, 37 Absatz 3, 45), die das SGB XI vorsieht, selbst durchführen. Die Qualitätsvorgaben wie für Beratungen durch die Pflegekassen sollen entsprechend gelten. Eine Verknüpfung mit der kommunalen Infrastruktur und der Beratung der kommunalen Leistungen zu Pflege und Pflegevermeidung ist zu gewährleisten.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Möglichkeit Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen durchzuführen.

Bedauerlicherweise wird in dem Gesetzentwurf nicht die Chance ergriffen – weder an dieser Stelle noch woanders – Impulse zu setzen, um die Pflegeberatung inhaltlich weiter zu entwickeln. Die Bedarfe an eine umfassende und qualifizierte Pflegeberatung ändern sich angesichts der demografischen und

epidemiologischen Entwicklung. Der Entwurf verharrt bei den herkömmlichen Beratungsleistungen. Eine veränderte Finanzierungsgrundlage, also die Verlagerung auf die kommunale Ebene, verändert nicht die Charakteristik der Leistung.

Der DBfK setzt sich dafür ein, die freiwilligen Beratungsleistungen nach den §§ 7a bis 7c (3) und § 45 SGB XI zusammenzuführen und konzeptionell weiter zu entwickeln.

Zu der inhaltlichen Weiterentwicklung gehört es z. B. Konzepte wie die, in anderen Ländern flächendeckend eingeführten, präventiven Hausbesuche für alle Menschen ab 75 Jahre einzuführen⁵. Diese haben sich als sinnvoll erwiesen und sollten wie auch andere Angebote in die Beratungsleistungen aufgenommen werden. Internationale Studien liefern Hinweise darauf, dass präventive Hausbesuche ein wirksames Mittel zur Reduktion der Pflegebedürftigkeit darstellen. Der Sachverständigenrat (2009) benennt Prävention von Pflegebedürftigkeit als das herausragende Gesundheitsziel, empfiehlt brachliegende präventive Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen, insbesondere der Pflege, weiter zu entwickeln und z. B. die zugehende Unterstützung durch eine Familiengesundheitspflegerin oder einen Familiengesundheitspfleger, nach dem Konzept der WHO „Family Health Nurse“, einzuführen.

Weiterhin wird im Sachverständigengutachten von 2014⁶ darauf hingewiesen, dass sowohl Organisation und Konzepte der Pflegeberatung/Pflegestützpunkte weiterentwickelt werden müssten als auch die Formen der Beratung. Es gilt insbesondere z. B. zugehende, mobile Beratungsstrukturen auszubauen. Hierauf sollte sich der Gesetzentwurf stärker fokussieren. Insbesondere Modellprojekte bieten die Möglichkeit neue Versorgungsformen zu erproben.

Zu Nummer 24 (§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung)

Gesetzentwurf (Abs. 4)

⁵ http://www.djp.de/projekte/projekt-details/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=57&tx_ttnews%5D=56&cHash=844edb60eb58222abda294382d873879
Projekt mobil. Präventive Hausbesuche bei Senioren.

⁶ <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=521>

Zur Durchführung von Modellvorhaben soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und die Durchführung von Modellvorhaben beschließen. Dabei sind die Verbände der behinderten und pflegebedürftigen Menschen auf Bundesebene sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören. Die Empfehlungen sind den Ländern und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Stellungnahme

Es muss auch kleinen Kommunen unterhalb der Kreisebene möglich sein, solche Modelle durchzuführen. Die Versicherten brauchen nicht mehr von der gleichen Beratung, sondern eine umfassende Beratung zu den regionalen Strukturen, Ansprechpartnern und den Leistungen in ihrem Einzugsgebiet. Da es sich hier um Beratungen zu den Themen der Pflege handelt, sind die Berufsverbände auf Bundesebene zu den Empfehlungen pflegfachlicher Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und der Durchführung hinzuzuziehen.

Änderungsvorschlag

Wir regen folgende Änderungen an: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene, *der Berufsverbände auf Bundesebene* sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben.“

Zu Nummer 24 (§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat)

Gesetzentwurf (Abs. 5)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung des Modellvorhabens ein, dem Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angehören.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Einrichtung eines Beirats. Da es in den Modellvorhaben jedoch primär um eine Beratung von pflegebedürftigen Versicherten geht, sollten die Betroffenenverbände sowie die Interessensvertretungen der Pflegenden bei der Entwicklung, Durchführung und Evaluation der Modellprojekte beteiligt werden.

Änderungsvorschlag

Wir regen an die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf Bundesebene und die Berufsverbände der Pflegenden auf Bundesebene in den Absatz 5 Satz 3 aufzunehmen.

Artikel 2 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Zweites Kapitel

§ 19 Leistungsberechtigte

Gesetzentwurf

keine Änderung

Stellungnahme

§ 19 Absatz 6 SGB XII regelt den Übergang des Anspruchs auf Leistungen für Einrichtungen nach dem Tode des Berechtigten auf denjenigen, der die Leistung erbracht hat, soweit ein Anspruch besteht und die Leistung erbracht wurde. Unter den Einrichtungsbegriff fallen in der jetzigen Gesetzesfassung keine ambulanten Pflegedienste. Da die Leistungsbewilligung nach der Antragstellung oft mehrere Monate (drei und mehr) in Anspruch nimmt, gehen ambulante Pflegedienste in Vorleistung. Sie haben jedoch keinen Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen, wenn die leistungsberechtigte Person verstirbt, bevor über die Bewilligung von Hilfe zur Pflege entschieden werden konnte. Da der Hilfebedarf in der letzten Lebensphase besonders hoch ist, sind auch die Verluste für die ambulante Einrichtung oft existenzbedrohend, insbesondere dann, wenn gleich mehrere Personen betroffen sind. Menschen am Ende ihres Lebens, die entsprechend der gesetzlichen Forderung „ambulant vor stationär“, in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können, sollten nicht länger benachteiligt

werden. Den Pflegediensten ist eine umfassende und vom Pflegebedürftigen auch benötigte Versorgung jedoch im Zweifelsfall nicht möglich, solange unklar ist, ob die Kosten hierfür auch durch den Sozialleistungsträger übernommen werden. Vor allem in Hinblick auf die gesetzlichen Änderungen im § 63 SGB XII (Leistungen für Pflegebedürftige), welcher explizit die Begleitung in der letzten Lebensphase als Bestandteil sieht, ist die Regelung in § 19 Absatz 6 noch dringlicher.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 6 SGB XII ist analog auf die von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen anzuwenden, auch wenn bis zum Tod des Berechtigten keine formale Bescheiderteilung oder Kostenzusage erfolgt ist und die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind.

Siebttes Kapitel

Zu Nummer 5 (§ 61 Leistungsberechtigte)

Gesetzentwurf

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben entsprechend des Gesetzentwurfs Anspruch auf Hilfe zur Pflege soweit ihnen, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist.

Stellungnahme

Aus Sicht des DBfK gibt es zwischen dem § 61 und dem § 61a Unstimmigkeiten. Es fehlt eine klare Regelung, dass Personen, die im Sinne des § 61a nicht pflegebedürftig sind, jedoch pflegerische Hilfe benötigen, Unterstützung erhalten. Entsprechend des Bedarfsdeckungsprinzips, nach dem unabhängig von den Gründen der Notlage ein Anspruch auf Leistungen besteht, muss aus Sicht des DBfK eine Klarstellung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Wir regen an einen neuen Satz 2 in § 61 einzufügen: *„Hilfe zur Pflege ist auch kranken Menschen und Menschen mit Behinderung zu bewilligen, die einen*

geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die anderer, weitergehender Hilfen bedürfen.“

Zu Nummer 5 (§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige)

Gesetzentwurf (Abs. 1 und 2)

Der Rahmen für Umfang, Art und Inhalt der Leistungen des SGB XII soll sowohl durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsinstrument festgelegt werden. Der Leistungskatalog ist abschließend und beinhaltet für die Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der häuslichen Pflege in Form von Pflegegeld, häuslicher Pflegehilfe, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und andere Leistungen. Darüber hinaus können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Leistungen der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege, einen Entlastungsbetrag und Leistungen der stationären Pflege erhalten. Die Begleitung in der letzten Lebensphase soll Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege sein.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und einen Entlastungsbetrag. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Stellungnahme

Für eine anderweitige Formulierung zur Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase als im SGB XI sieht der DBfK keinen Grund. Wir sprechen uns daher für eine Anpassung an die Formulierung des SGB XI aus.

Satz 2 im § 61 des gültigen SGB XII wurde mit der Neufassung unter § 63 Absatz 1 gestrichen, d. h. Hilfsmittel sind nicht mehr im Leistungskatalog enthalten. In dem Leistungskatalog zum Pflegegrad 1 sind zudem diverse Leistungen, die im SGB XI aufgeführt sind, nicht erfasst. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum diese Leistungen nicht mit aufgenommen wurden und die Pflegebedürftigen, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten an dieser Stelle erheblich benachteiligt sind.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: *„Die Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein.“*

In § 63 Absatz 1 ist Nummer 1d) wie folgt zu ergänzen: *„Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel“*.

In § 63 Absatz 1 ist nach Nummer 1b) folgende Nummer 1c) einzufügen: *„1c) Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a)“*.

In § 63 Absatz 2 sind nach Nummer 2 folgende Nummern zu ergänzen: *„3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen, 5. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“*.

Ebenfalls mit aufgenommen werden sollte:

„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich gewährt.“

Zu Nummer 5 (§ 63b Leistungskonkurrenz)

Gesetzentwurf (Abs. 1)

Im § 63b SGB XII wird das Verhältnis von Leistungen der Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch geregelt. Eine Differenzierung wird zwischen dem häuslichen und dem außerhäuslichen Bereich vorgenommen. Der Gesetzentwurf sieht im häuslichen Bereich den Vorrang der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe, ausgenommen, es stehen Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Im außerhäuslichen Bereich gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen anderer Sozialleistungsträger vor.

Stellungnahme

Es erschließt sich uns nicht, wie der häusliche Bereich vom außerhäuslichen Bereich abgegrenzt werden kann. Auch die Gesetzesbegründung lässt offen, wer die Entscheidung trifft, welche Leistungen bei welchem Pflegebedürftigen unter welchen Voraussetzungen der Eingliederungshilfe oder den Leistungen der Hilfe zur Pflege zuzuordnen sind. Dies kann nur die Entscheidung des

Pflegebedürftigen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungserbringern sein. Eine Leistungskonkurrenz kann daher nicht im Sinne des Pflegebedürftigen sein.

Der DBfK sieht den Nachrang der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich kritisch. Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe stehen aus unserer Sicht nicht in Konkurrenz zueinander, sondern müssen sich ergänzen.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor § 63b Satz 1 und 2 zu streichen und Satz 3 wie folgt zu fassen: „Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.“

Zu Nummer 5 (§ 64 Vorrang)

Gesetzentwurf

Durch die Präzisierung des bisherigen § 63 Satz 1 im neuen § 64 soll die Vorrangigkeit der Sicherstellung der Pflege durch Pflegegeld klargestellt werden. Häusliche Pflege soll durch nahestehende Personen oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbracht werden.

Stellungnahme

Auch Empfänger von Hilfe zur Pflege haben ein Recht darauf, qualitätsgesicherte professionelle Pflege zu nutzen und nicht ausschließlich auf die Hilfe durch Laien zurückgreifen zu müssen.

Änderungsvorschlag

Sachleitung und Geldleistung müssen optional möglich sein.

Zu Nummer 5 (§ 64 e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes)

Gesetzentwurf

Die Träger der Sozialhilfe sollen als Ermessensleistung ganz oder teilweise wohnumfeldverbessernde Maßnahmen des Pflegebedürftigen finanzieren können, soweit sie angemessen sind.

Stellungnahme

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen tragen maßgeblich dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen trotz erheblichen Hilfsbedarfen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Gerade Sozialhilfeempfänger sind auf ergänzende Hilfe angewiesen. Der Ermessensspielraum ist in § 64a weit gefasst und sollte aus unserer Sicht minimiert werden.

Änderungsvorschlag

In § 64e ist in Satz 1 der Punkt 1 zu streichen. Satz 1 ist wie folgt zu fassen:
„Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.“

Zu Nummer 5 (§ 64 h Kurzzeitpflege)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege erhalten, sofern die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege nicht ausreichend sind.

Stellungnahme

§ 61 SGB XII sieht vor, dass jene Personen der Hilfe zur Pflege leistungsberechtigt sind, die finanziell bedürftig sind und deren Bedarf an Pflegeleistungen über die Leistungen des SGB XI hinausgeht. Diese finanzielle Bedürftigkeit kann auch bereits bei Personen eintreten, die Leistungen des Pflegegrads 1 der sozialen Pflegeversicherung erhalten. Zu diesen Leistungen gehört der Anspruch auf Kurzzeitpflege unter Einbeziehung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI. Werden die darüber hinausgehenden Kosten bei einer finanziellen Bedürftigkeit nicht durch den Träger der Sozialhilfe übernommen, führt dies zu einer Ungleichbehandlung der Leistungsbezieher, die Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach dem SGB XII haben.

Änderungsvorschlag

Die Wörter „Pflegrade 2 bis 5“ sind durch „Pflegrade 1 bis 5“ zu ersetzen.

Zu Nummer 5 (§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1)

Gesetzentwurf

Nichtversicherte Pflegebedürftige sollen die gleichen Leistungen erhalten wie versicherte Pflegebedürftige. Der Entlastungsbetrag soll Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 möglichst lange befähigen, in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben zu können. Der Betrag soll zweckgebunden eingesetzt werden für die Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen, zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags, zur Inanspruchnahme von Leistungen nach den §§ 64b (Häusliche Pflegehilfe), 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes), 64f (Andere Leistungen) und 64g (Teilstationäre Pflege).

Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung ist aufgeführt, dass nichtversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige erhalten sollen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind. Der Entlastungsbetrag soll jedoch, entgegen dem Leistungsumfang des § 28a SGB XI, auch für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen eingesetzt werden. Es ist zu erwarten, dass die Träger der Sozialhilfe den Entlastungsbetrag bei einem Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in der Regel vorrangig hierfür einsetzen werden. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung von versicherten und nichtversicherten Pflegebedürftigen.

Änderungsvorschlag

Wir regen an, im § 66 Punkt 3 den Verweis auf § 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes) zu streichen.

„Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

- 1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,*
- 2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,*
- 3. Inanspruchnahme von*

- a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,
 - b) Andere Leistungen nach § 64f,
 - c) Leistungen zu teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,
4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Der DBfK begrüßt die Absicht der Fraktionen CDU/CSU und SPD die pflegerische Versorgung in Deutschland qualitativ weiter zu verbessern. Kritisch sehen wir jedoch folgenden Antrag:

Zu Artikel I Nummer 10 (§ 43):

Durch die Anfügung von Nummer 10a sieht der DBfK ein massives Risiko der Wettbewerbsverzerrung durch die Umlage des Leistungssatzes auf die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Ein Unterschreiten des Leistungsbetrags für die pflegerischen Aufwendungen kann aus Sicht des DBfK nur zustande kommen, wenn der Anbieter die, durch die Pflege entstehenden Kosten senkt. Dies betrifft in erster Linie die Personalkosten und damit die Qualifikation und auch Qualifizierung der Mitarbeiter. Wir möchten zu Bedenken geben, dass eine gute Pflege von hoch qualifiziertem und ausreichendem Personal erbracht werden muss. Der Vorschlag der Fraktionen setzt allerdings eine Form des Wettbewerbs frei, die zwangsläufig zu Lohndumping und Beschäftigung von niedrigqualifiziertem Personal führen wird. Darüber hinaus führt eine Anrechnung des verbleibenden Leistungsbetrags auf die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zu einem geringeren Eigenanteil. Die fehlende Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen für eine gute Pflege kann also dazu führen, dass ein Anbieter mit einem niedrigen Eigenanteil, den er durch den Leistungsbetrag aufgestockt hat wirbt, die Pflege jedoch nicht unter qualitativen Aspekten erbringen kann.

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Der DBfK begrüßt die Forderung der Fraktion DIE LINKE, gute Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in allen Regionen zu schaffen, damit eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität ermöglicht werden kann.

Aus Sicht des DBfK sollten Personalschlüssel zukünftig bundeseinheitlich festgelegt werden. Die Leistungsansprüche der Versicherten als auch die Leistungsverpflichtungen der stationären Einrichtungen sind bundesweit identisch geregelt. Nicht nachvollziehbar ist, warum für eine identische Leistung nicht eine identische Zahl an Vollzeitstellen bzw. an Nettoarbeitszeit zur Verfügung steht.

Der DBfK sieht die Gefahr, dass Finanzierungsgrundlagen verändert werden, aber die Bedingungen in der stationären Altenpflege sich nicht verändern.

Der DBfK setzt sich dafür ein, dass der Personalbedarf anhand der pflegfachlich beurteilten individuellen Versorgungsbedarfe der Versicherten bemessen wird und nicht auf der Basis leistungsrechtlich definierter Versorgungssituationen.

Der DBfK unterstützt ausdrücklich den Antrag der Fraktion DIE LINKE, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 SGB V nicht als Sachleistungsbeträge über das SGB XI mitfinanziert werden dürfen. Wir möchten an dieser Stelle nochmals explizit darauf hinweisen, dass nach unserer Ansicht die Erfassung aller ärztlich angeordneten Maßnahmen nach Art und Häufigkeit im Begutachtungsinstrument nicht dazu führen darf, dass Sach-, Geld- und Kombi- Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger diese Maßnahmen künftig aus dem Leistungsanspruch des SGB XI finanzieren müssen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen muss weiterhin im SGB V verankert bleiben.

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Der DBfK begrüßt das Ansinnen der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, die Versorgung der Pflegebedürftigen weiter zu stärken und in den Fokus zu rücken. Zu unterstützen ist unter anderem der Vorschlag einer besseren Vernetzung von Angeboten. Auch den Vorschlag Case Manager und Case Managerinnen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen bei der Zusammenstellung ihrer individuellen Versorgung einzusetzen, unterstützen wir. Zu einzelnen Punkten möchten wir uns im Folgenden detaillierter äußern.

Zu 1:

Der DBfK befürwortet das Anliegen der Fraktion, die Strukturen weiter zu verbessern. Ein vorgeschlagener Gesundheits- und Pflegebeirat ist hierfür eine Möglichkeit. Wir möchten jedoch anmerken, dass nicht nur die Vertreterinnen und Vertreter der der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und der Kommunalpolitik dem Beirat angehören sollten, sondern auch die Vertreter der professionell Pflegenden, zum Beispiel ein Vertreter oder eine Vertreterin der jeweiligen Landespflegekammer oder der Berufsverbände.

Zu 2:

Wir begrüßen das Ziel des Antrags, das Leistungsangebot für die Pflegebedürftigen auf kommunaler Ebene weiter auszubauen und zu verbessern. Wir sehen die Möglichkeit vor allem in der Stärkung der ambulanten Angebote. Diese können aus unserer Sicht jedoch nur mit einem entsprechenden Wettbewerb der Ideen und den damit verbundenen innovativen Angeboten weiter gestärkt werden. Wir stimmen der Fraktion jedoch in ihrem Anliegen zu, den Wettbewerb nicht zu einem rein wirtschaftlichen Wettbewerb mit den entsprechenden Konsequenzen für die Mitarbeiter und die Entwicklung des Unternehmens werden zu lassen. Wir befürworten eine Trägervielfalt und halten eine Übertragung der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur allein auf die Kommunen von daher nicht für sinnvoll.

Zu 3:

Wie bereits unter Punkt 1 angeführt halten wir eine Beteiligung der Berufsverbände bzw. der Pflegekammern für notwendig um die Arbeit in den verschiedenen Ausschüssen auch auf fachlicher Ebene weiter zu steigern.

Zu 7:

Wir unterstützen das Anliegen der Fraktion ausdrücklich, den Kostenvorhalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe aufzuheben. Die Entscheidung, wo ein Mensch versorgt werden möchte, muss der Betroffene für sich selbst und aus seiner individuellen Lebenssituation heraus entscheiden dürfen.