

Stellungnahme des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

Der VKAD begrüßt den Willen der Bundesregierung, die Pflege vor Ort weiter zu entwickeln und zu verbessern.

Als Verband, der sich seit mehr als 50 Jahren dafür einsetzt, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihr Leben trotz Hilfebedürftigkeit weiterhin nach ihren individuellen Bedürfnissen und weitgehend selbstbestimmt gestalten können möchten wir unsere Vorschläge und Anregungen zum Entwurf einbringen.

A) Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

Gesetzentwurf

Der Gesetzesentwurf regelt in § 8a Absatz 2 Satz 1, welche Akteure Vertreter in einen sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss entsenden, soweit ein solcher Ausschuss durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet wurde. Die Vorschrift nennt als Entsender die

Stellungnahme

Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften.

Bewertung

Der VKAD begrüßt die Intention des Entwurfes, sowohl die Verbände der Kostenträger wie die der Leistungserbringer in die Arbeit eines solchen Ausschusses einzubinden. So soll die Lösung von Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der pflegerischen und medizinischen Versorgung möglich und Schnittstellenprobleme beseitigt werden. Allerdings fehlen die Verbände der Leistungserbringer aus dem Bereich der Pflege als weitere Entsender von Ausschussvertretern. Damit fehlt es den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen an wichtigem Fachwissen der Leistungserbringer. Damit können die Ausschüsse ihre Wirkung nicht voll entfalten.

Lösungsvorschlag

Der VKAD regt daher an, die Verbände der Wohlfahrtsverbände als weitere Entsender in den § 8a Absatz 2 Satz 1 aufzunehmen.

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Gesetzentwurf

Der Entwurf sieht eine Änderung des § 13 Absatz 3 vor. Die Neugestaltung des Satzes 3 und Einfügung weiterer Sätze führt eine neue Vorrang-Nachrang-Regelung ein. Danach wird im häuslichen Umfeld der Pflegebedürftigen den Leistungen der Pflegeversicherung ein Vorrang vor den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch eingeräumt. Die Vorschrift enthält einen Ausnahmetatbestand sowie die Regelung, dass außerhalb des häuslichen Umfelds die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

Bewertung

Der Gesetzentwurf führt zur Begründung aus, dass sich künftig vor allem bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld Schnittstellen zwischen den Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe ergeben. Ziel der Neuregelung ist, eine möglichst klare Abgrenzung zwischen den verschiedenen Leistungssystemen zu treffen.

Der VKAD sieht in der Streichung der bisherigen Gleichrangigkeit und Neueinführung eines Vorrang-Nachrang-Verhältnisses weder eine Notwendigkeit noch ein geeignetes Mittel für eine solche Abgrenzung.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe verfolgen vom Ansatz her das Ziel einer Verbesserung der sozialen Teilhabe und Eingliederung. Leistungen der häuslichen Pflege nach § 36 SGB XI verfolgen das Ziel der Versorgung in den relevanten Bereichen des täglichen Lebens der Menschen trotz Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit.

Das Spektrum der notwendigen unterstützenden Tätigkeiten für Menschen mit Behinderung reicht von der Unterstützung in den relevanten Bereichen des alltäglichen Lebens (Pflege) bis hin sonderpädagogischen Angeboten (Eingliederungshilfe). Die bisherige Möglichkeit des Zugriffs auf unterschiedliche Leistungserbringer wurde ihren vielschichtigen Bedürfnissen gerecht. So konnten die wertvollen spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten beider Fachbereiche in die Versorgung der Betroffenen eingebracht werden.

Eine lebenspraktische Aufteilung der einzelnen Leistungen je nach ihrem Schwerpunkt ist nicht möglich. Vielfach lässt sich nicht exakt festlegen, ob eine Tätigkeit nun eher dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe oder dem der Pflege zuzurechnen ist. In ihrem ohnehin schon schweren und oft hochkomplexen Alltag muss es den Menschen mit Behinderung möglich sein, beide Leistungsarten, die der Eingliederungshilfe wie auch die der Pflege, in ihrer häuslichen Umgebung in Anspruch zu nehmen. Die vorgesehene Neuregelung setzt gänzlich unbegründete die Leistungen der Eingliederungshilfe hintenan und führt zum Verlust der bisher bestehenden Wahlmöglichkeit für betroffene Menschen.

Der VKAD sieht zudem die Gefahr einer einseitigen Verlagerung pädagogischer und anderer spezifischer Aufgaben weg von der Eingliederungshilfe hin zur Pflege. Diese wird weder den unterstützungsbedürftigen Menschen noch den Leistungserbringern der Pflege gerecht. Letztere bieten qualifizierte pflegerische und betreuerische Leistungen an. Darauf sind sie mit ihren Mitarbeitenden in jeder Hinsicht gut vorbereitet. Auf Leistungen aber, die sonderpädagogische oder ähnliche Qualifikationen erfordern, sind Leistungserbringer der Pflege nicht ausgerichtet. Eine Umstellung auf ein spezielles neues Klientel bedeutet eine weitreichende Änderung in der Ausrichtung und bedarf sorgfältiger organisatorischer und qualifikatorischer Vorbereitung. Diese sieht jedoch der Gesetzentwurf nicht vor.

Darüber hinaus wirft die vorgesehene Abgrenzung zwischen „häuslichem Umfeld“ und „außerhalb des häuslichen Umfeldes“ neue komplexe Fragen auf.

Daher erscheint es dringend geboten, keine Vorrang-Nachrang-Regelung einzuführen.

Lösungsvorschlag

§ 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI verbleibt in der aktuell gültigen Fassung. § 13 Absatz 3 Satz 4 SGB XI der Entwurfsfassung wird gestrichen.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Gesetzentwurf

Das PSG III sieht vor in § 37 Absatz 8 die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Sinne des § 7a sowie für anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften zu erweitern.

Bewertung

Das Angebot für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 wurde nach Einführung der Pflegeversicherung in ausreichendem Umfang aufgebaut und weist unter den bestehenden Anbietern die erforderlichen pflegefachlichen Kompetenzen auf. Es bestehen keine Versorgungslücken und somit keine Notwendigkeit für weitere Anbieterstrukturen.

Lösungsvorschlag

Stärkung der bestehenden Angebotsstrukturen und der Anbieter von Beratungsbesuchen im Sinne § 37 Absatz 3, evtl. mit der Verzahnung zu kommunalen Gebietskörperschaften im Sinne einer integrierten Versorgung (in Anlehnung an § 140a SGB V). § 37 Absatz 8 ist zu streichen.

§ 109 Pflegestatistiken

Gesetzentwurf

In der Pflegestatistik soll zukünftig unter § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zur besseren regionalen Planung der Pflegeinfrastruktur die Erhebung der Wohnorte vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung und deren Postleitzahlen erfasst werden.

Bewertung

Für eine vorausschauende und zukunftsorientierte Pflegeinfrastruktur gibt die Ergänzung in § 109 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 wertvolle Hinweise zu den Herausforderungen in der Pflege-landschaft und Anhaltspunkte für eine bedarfsorientierte Planung.

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz ist beabsichtigt die pflegerische Versorgung und Begleitung am Lebensende zu verbessern.

Die Erhebung der Versorgungsorte am Lebensende (Sterbeorte) in der Pflegestatistik trägt zur weiteren Optimierung der palliativen und hospizlichen Versorgung in Deutschland bei. Hospiz- und palliative Versorgungskonzepte können zielgerichtet weiterentwickelt werden.

Lösungsvorschlag

Dem § 109 Absatz 1 Satz 2 ist eine Nummer 8 hinzuzufügen: „ 8. Sterbefälle nach dem Versorgungsort am Lebensende (Sterbeort)“.

§ 123 Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungs-ermächtigung

Gesetzentwurf

Die Regelung ermöglicht es kommunalen Stellen im Rahmen von Modellvorhaben Beratungsaufgaben nach SGB XI und eigene Beratungsaufgaben für alte und/ oder hilfebedürftige Menschen zusammenzuführen. Der Entwurf sieht insbesondere die Übernahme der Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7 c, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 sowie der Pflegekurse nach § 45 durch eigene Beratungsstellen der Kommunen vor.

Absatz 6 beschreibt den Verantwortungsübergang dieser Aufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung in die Zuständigkeit der Modellkommunen und eröffnet die Möglichkeit sich für deren Erfüllung Dritter zu bedienen.

Bewertung

Ziel der modellhaften gemeinsamen Erbringung in eigener Zuständigkeit kommunaler Stellen ist die Verbesserung der Beratung. Dazu sollen alle Beratungsangebote aus einer Hand erbracht werden.

Allerdings existieren bereits über viele Jahre gewachsene und bewährte Beratungsstrukturen. So erbringen ambulante Pflegedienste Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 sowie Pflegekurse und individuelle Schulungen gemäß § 45 SGB XI. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung des Absatzes 6 Satz 1 eröffnet nun jedoch den Kommunen sogar die Möglichkeit, durch Erbringung der Beratungsangebote mit eigenen Beratungsstellen alle bisherigen Anbieter dieser Leistungen davon auszuschließen. Damit wird den pflegebedürftigen Menschen oder ihrer Angehörigen das bisher bestehende Recht genommen, sich aus verschiedenen Anbietern einen Leistungserbringer auszusuchen. Sie verfügen zukünftig nicht mehr über Wahlmöglichkeiten sondern sind auf die kommunale Beratung als einzigen Anbieter angewiesen. Es entsteht eine Konzentration von Aufgaben der Kostenträger und Aufgaben der Leistungserbringer in einer Hand.

Lösungsvorschlag

In den Gesetzentwurf sind die Sicherstellung des Wunsch- und Wahlrechts, der Rückgriff auf vorhandene Beratungsstrukturen sowie das Inkraftbleiben bestehender Verträge über § 45 SGB XI in Modellregionen einzuarbeiten.

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur Kommunalen Beratung; Beirat

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht die Einrichtung eines Beirates zur Begleitung der Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in § 124 Absatz 5 vor. Dem Beirat gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

Bewertung

Durch die Einrichtung eines Beirats wird ein wichtiges Instrument des Informationsaustausches geschaffen. Das Gremium ermöglicht seinen Mitgliedern die Gewinnung aktueller Kenntnisse über den Stand der Modellvorhaben, über bereits erzielte Ergebnisse sowie die gemeinsame Arbeit an der Lösung offener Fragestellungen. Damit die Modellvorhaben jedoch effektiv begleitet werden können, ist der Kreis der Mitglieder des Beirates zu erweitern. Die Blickwinkel und Sichtweisen der Leistungserbringer aus dem Bereich der Pflege müssen ebenfalls Eingang in die Beratungen finden.

Lösungsvorschlag

§ 124 Absatz 5 Satz 3 wird erweitert. Die Spitzenverbände der Leistungserbringer aus dem Bereich der Pflege werden zusätzlich aufgenommen.

B) Artikel 2 Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 61 Leistungsberechtigte

Gesetzentwurf

Der Entwurf benennt Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung der Hilfe zur Pflege. Zentrale Voraussetzung ist danach das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 61 a.

Bewertung

Der Entwurf zieht den Begriff des SGB XII, vgl. § 61 a, weiter als den des SGB XI, vgl. § 14 SGB XI. So setzt der Begriff des SGB XII keine zeitliche Dauer für das Bestehen der Pflegebedürftigkeit voraus. Trotz dieser deutlich niedrigeren Eingangsschwelle erfasst der

§ 61 a jedoch nicht alle Menschen mit einem Hilfebedarf. So können auch geringfügigere gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten die nicht die Voraussetzungen des § 61 a erfüllen, Hilfebedürftigkeit auslösen, wenn weitere beeinflussende Faktoren hinzutreten.

Beispielhaft sei die Entstehung zahlreicher Fälle von Wohnungsdesorganisation genannt. Hier lösen vielfach auch geringe Fähigkeits- oder Selbstständigkeitsbeeinträchtigungen dann fatale Kettenreaktionen bis hin zur Verwahrlosung und Obdachlosigkeit aus, wenn z.B. familiäre, traumatische oder auch bauliche Faktoren kumuliert hinzutreten. Das Bestehen von Hilfsansprüchen in einem frühen Entwicklungsstadium kann hier dazu beitragen, drohende pflegerische, gesundheitliche und sonstige Schäden abzuwenden sowie eine Ausweitung der Hilfsbedürftigkeit zu verhindern.

Um also alle Hilfebedarfe abzudecken und das Bedarfsdeckungsprinzip zu erhalten bedarf es eines Auffangtatbestandes.

Lösungsvorschlag

In § 61 wird der Satz „Hilfe zur Pflege ist auch kranken Menschen und Menschen mit Behinderung zu leisten, die einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die anderer, weitergehender Hilfen bedürfen.“ eingefügt.

§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige

Gesetzentwurf

Die Regelung enthält einen an der Höhe des festgestellten Pflegegrades ausgerichteten Leistungskatalog.

Bewertung

Die Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf führt aus, dass der Umfang der Leistungen grundsätzlich mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit korrespondiert. Der Text beschreibt allerdings auch weiter, dass die Versorgungssituationen und damit die Gesamtaufwände beim gleichen Grad der Beeinträchtigung sehr unterschiedlich sind. Wissenschaftlich gesicherte, objektive Kriterien zur Bewertung des Pflegebedarfs existieren nicht.

Trotzdem enthält der vorliegende Entwurf des § 63 nur eine starre Zuordnung der Leistungen für die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 sowie der Leistungen für den Pflegegrad 1. Menschen mit einer vorhandenen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung, die jedoch unterhalb des Pflegegrades 1 liegt, werden überhaupt nicht erfasst und fallen gänzlich aus dem Katalog des § 63 heraus. Dies widerspricht dem Bedarfsdeckungsprinzip, vgl. die Ausführungen in unserer Bewertung des § 61 SGB XII-Entwurf.

So leben bereits heute Menschen in stationären Einrichtungen mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 0 und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Aufgrund der Bedingungen des individuellen Einzelfalls ist die Erbringung von Hilfe in einer anderen Form für sie nicht möglich und/ oder nicht zumutbar.

Der VKAD regt daher eine Flexibilisierung des Katalogs dahingehend an, dass der tatsächlich vorhandene Bedarf der Menschen abgedeckt werden kann.

Lösungsvorschlag:

Zumindest dem § 63 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 wird nach dem Punkt ein weiterer Satz angefügt. Dieser regelt, dass bei bestehendem nachweisbarem Bedarf auch unterhalb des Pflegegrades 2 stationäre Pflege als Hilfe zur Pflege gewährt wird.

§ 63 b Leistungskonkurrenz

Gesetzentwurf

Der Entwurf greift in § 63 b Absatz 1 konsequent den Gedanken der Vor- und Nachrangigkeit aus Artikel 1 § 13 Abs. 3 SGB XI auf.

Bewertung

Die Bewertung dieser Neuregelung ist der Bewertung zu Artikel 1 des Referentenentwurfs § 13 Absatz 3 SGB XI zu entnehmen.

Lösungsvorschlag

§ 63 b Absatz 1 SGB XI wird gestrichen.

§ 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI verbleibt in der aktuell gültigen Fassung. § 13 Absatz 3 Satz 4 SGB XI der Entwurfsfassung wird gestrichen.

§ 65 Stationäre Pflege

Gesetzentwurf

Die Vorschrift regelt in Satz 1, dass Pflegebedürftige der Pflegegrad 2,3,4 oder 5 Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen haben, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Bewertung

Der Entwurf nimmt Menschen mit einem Hilfebedarf, der sich unterhalb des Pflegegrades 2 bewegt, aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten aus. Diese erhalten demnach auch dann keinen Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder

teilstationäre Pflege gar nicht möglich ist oder im Einzelfall nicht in Betracht kommt. Das bedeutet für die betroffenen Menschen eine erhebliche Verschlechterung gegenüber ihrer heutigen Situation.

Artikel 1 Absatz 1 Satz 2 Grundgesetz besagt, dass es Verpflichtung aller staatlicher Gewalt ist, die Würde des Menschen zu achten und zu schützen. Diesem Schutzauftrag wird derzeit § 61 Absatz 1 Satz 2 SGB XII in seiner aktuellen Fassung gerecht. Die Norm fasst den Kreis der möglichen Leistungsempfänger sehr weit.

Eine sachliche Begründung für die jetzt vorgenommene schwerwiegende Einengung des Kreises der Anspruchsberechtigten ist dem Gesetzentwurf nicht zu entnehmen und auch sonst nicht erkennbar.

Der VKAD lehnt eine Ausgrenzung von bedürftigen Menschen unterhalb des Pflegegrades 2 aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten ab.

Lösungsvorschlag:

In § 65 wird nach Satz 1 ein weiterer Satz eingefügt. Dieser regelt den Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen auch für Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrades 2 bei bestehendem nachweisbarem Bedarf.

C) Zusätzliche Forderungen

Zusätzlich zu den im Referentenentwurf genannten Punkten sieht der VKAD gesetzgeberischen Handlungsbedarf dem im Zuge dieses Gesetzgebungsverfahrens nachgekommen werden kann. Dies betrifft folgende Bereiche:

§ 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege

Problembeschreibung

§ 41 Absatz 2 Satz 1 SGB XI verpflichtet die Pflegekasse zur Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Bewertung

Medizinische Behandlungspflege umfasst alle Maßnahmen die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Folglich ist diese Leistungsart grundsätzlich dem Regelungskreis des 5. Sozialgesetzbuches, Gesetzliche Krankenversicherung, zugeordnet. Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung jedoch festgelegt, dass Leistungen der Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe nicht von der dafür zuständigen Krankenkasse vergütet, sondern pauschal mit den Vergütungen der Pflegeversicherung verrechnet werden.

Seit einigen Jahren ist nun eine neue, positive Entwicklung zu verzeichnen. Die Verbesserungen in der ambulanten Versorgung tragen dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Spiegelbildlich dazu leben schon heute vor allem die Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, denen ein Leben zu Hause trotz aller Hilfeleistungen nicht mehr möglich ist. Dieser Kreis der Pflegebedürftigen weist meist Mehrfacherkrankungen und einen hohen Pflegebedarf auf. Darüber hinaus werden aufgrund verkürzter Verweildauer in Kliniken Patientinnen und Patienten zu einem sehr frühen Zeitpunkt wieder entlassen. Sie bedürfen jedoch weiterer behandlungspflegerischer Maßnahmen.

Diese beiden Entwicklungen führen nun dazu, dass in den stationären Einrichtungen deutlich mehr Behandlungspflege erbracht werden muss als zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung und der Aufwand dafür viel größer wurde. In den Pauschalvergütungen, die die stationären Einrichtungen erhalten, wurde dies jedoch nicht berücksichtigt. Dadurch sparen die Krankenkassen Kosten in erheblicher Höhe unter gleichzeitiger Verletzung der Rechte der in stationären Einrichtungen lebenden Krankenversicherten. Im Bereich der stationären Pflege ist ein sozialetisches Problem entstanden.

Dies kann dadurch gelöst werden, dass die Behandlungspflege für alle krankenversicherten Menschen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsort, aus der Krankenversicherung vergütet wird.

Lösungsvorschlag

In § 41 Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ gestrichen.

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

Problembeschreibung

§ 42 Absatz 2 Satz 2 bestimmt, dass die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1612 Euro im Kalenderjahr übernimmt.

Bewertung

Die Bewertung ist der Bewertung zu § 41 Tagespflege und Nachtpflege zu entnehmen.

Lösungsvorschlag

In § 42 Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ gestrichen.

§ 43 SGB XI Inhalt der Leistung

Problembeschreibung

§ 43 Absatz 2 den Satz 1 verpflichtet die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu übernehmen.

Bewertung

Die Bewertung der Regelung ist der Bewertung zu § 41 Tagespflege und Nachtpflege zu entnehmen.

Lösungsvorschlag

In § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI sind die Worte „und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ zu streichen.

§ 131 ff. SGB XI Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds¹

Problembeschreibung

Der VKAD begrüßt ausdrücklich die bisherigen Anstrengungen des Gesetzgebers zur Schaffung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gemäß § 113 c SGB XI. Die Vorschrift legt den 30. Juni 2020 als Termin fest, bis zu dem die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens abgeschlossen sein muss.

Allerdings wird bereits zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die dann geltenden gesetzlich festgelegten Anforderungen an die Versorgung pflegebe-

¹ Der Vorschlag der Umwidmung wurde von den Autoren Prof. Stefan Greß und Prof. Klaus Stegmüller im Diskussionspapier „Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege – Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), S. 31 f. entwickelt.

dürftiger Menschen sind von den sie unterstützenden Diensten und Einrichtungen umzusetzen. Darüber hinaus wird grundsätzlich auch eine neue pflegefachliche Ausrichtung möglich.

Damit es gelingt, alle Anforderungen zu erfüllen und die Möglichkeiten zu nutzen, müssen die Dienste und Einrichtungen mit dem dafür erforderlichen Personal ausgestattet sein. Gleichzeitig vermeidet eine den Erfordernissen angepasste Personalausstattung die Überlastung der Pflegekräfte und ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf.

Bewertung

Für einen Zeitraum von 3,5 Jahren, vom 1. Januar 2017 bis zum 30. Juni 2020, liegt kein fundiertes System der Personalbemessung vor. Die oben beschriebenen Auswirkungen, massive Steigerung der ohnehin bereits existierenden Belastungen der Mitarbeitenden, drohen einzutreten.

Zumindest für den Zwischenzeitraum bis zum Vorliegen eines Bemessungsverfahrens sind gesetzgeberische Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

Lösungsvorschlag

Der ab dem Jahr 2015 eingerichtete Pflegevorsorgefonds, §§ 131 – 139 SGB XI, wird in einen Pflegepersonalfonds umgewidmet.

Der Gesetzgeber verfolgte mit der Bildung des Sondervermögens in der sozialen Pflegeversicherung das Ziel, die Finanzierung der aufgrund der demografischen Entwicklung deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen zu verteilen. Darüber hinaus sollte der Gefahr der Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung begegnet werden. Zur Bildung des Vermögens wurde ein Zeitraum von 20 Jahren gewählt. Nach Ablauf der Ansparphase darf das Sondervermögen ausschließlich zweckgebunden zur Stabilisierung des aufgrund der demografischen Entwicklung ansteigenden Beitragssatzes verwendet werden².

Allerdings kann der Pflegevorsorgefonds aus Sicht des VKAD die Ziele nicht erreichen. Der Verband schließt sich der Auffassung des Deutschen Caritasverbandes an, dass die Summe der in den Kapitalstock eingezahlten Beträge zu niedrig ist, um einen wirksamen Beitrag zur Bewältigung des demografischen Übergangs in den Jahren nach 2035 leisten zu können³.

Darüber hinaus stellt sich auch die Frage nach der Entwicklung des Kapitalstocks über den Zeitraum von 20 Jahren, dies gerade auch vor dem Hintergrund der aktuellen Niedrigzinspolitik.

Eine Umwidmung des Sondervermögens in einen Pflegepersonalfonds hilft bereits in naher Zukunft, die Voraussetzungen sowohl für gute Pflege wie auch für gute Arbeitsbedingungen der Pflegenden deutlich zu verbessern.

² Gesetzentwurf der Bundesregierung zum 5. SGB XI-ÄndG. Begründung zu § 132

³ Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes zum Gesetzentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 16.9.2014, S. 21

§ 19 Absatz 6 SGB XII Leistungsberechtigte

Problembeschreibung

Die Regelung legt fest, dass der Anspruch auf Leistungen für Einrichtungen nach dem Tod des Leistungsberechtigten demjenigen zusteht, der die Leistung erbracht hat. Ambulante Leistungen zählen gemäß § 13 Abs. 1 S. 1 SGB XII als Leistungen, die außerhalb von Einrichtungen erbracht werden.

Nach dieser in der Rechtsprechung häufig anzutreffenden Lesart wird § 19 Absatz 6 SGB XII auf ambulante Pflegedienste nicht angewendet. Die Folge ist, dass ambulante Dienste für Leistungen der Hilfe zur Pflege dann oftmals keine Kostenerstattung erhalten, wenn der Antrag des Betroffenen gestellt wurde, danach in der Zwischenzeit bereits Leistungen erbracht werden aber der Hilfebedürftige vor Ende der Antragsbearbeitung verstirbt.

Bewertung

In der Rechtsprechung wird teilweise argumentiert, dass die Situation ambulanter und stationärer Leistungserbringer nicht vergleichbar ist. Außerdem gehe der Gesetzgeber grundsätzlich von höheren Kosten für die stationäre Pflege im Vergleich zur ambulanten Pflege aus. Dies belege der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Damit sei das Vertrauen der Einrichtungen in die Kostenerstattung schutzwürdiger als das Vertrauen der ambulanten Leistungserbringer.

Diese Rechtsauffassung hat sich nun in mehreren Regionen für ambulante Pflegedienste zur Existenzbedrohung entwickelt. Die aktuelle Bedrohungslage wird durch verschiedene Ursachen gespeist.

Einerseits ermöglicht es die grundsätzlich begrüßenswerte konsequente Weiterentwicklung des ambulanten Sektors heute, auch eine sehr aufwändige Pflege hilfebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu arrangieren. Deren Gestaltung kann ein ambulanter Pflegedienst in der Regel sehr schnell für die betroffenen Menschen organisieren. Um ihnen in ihrer Notlage schnell und unkompliziert zu helfen, erbringen die ambulanten Dienste bereits die erforderlichen Leistungen auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen durch den hilfebedürftigen Menschen zwar gestellt aber noch nicht beschieden wurde.

Allerdings dauert eine durchschnittliche Bearbeitung vom Eingang des Antrags bis zum Ergehen des Bescheides üblicherweise mindestens mehrere Wochen bis oft sogar einige Monate. Die Bearbeitungsdauer steigt zusätzlich rasant an in Urlaubszeiten oder bei Krankheit von Mitarbeitern; mitunter verlängern beispielsweise auch Streitigkeiten über Zuständigkeiten innerhalb des Behördenapparates die Dauer. Im gesamten Bearbeitungszeitraum erbringen die ambulanten Dienste die zur Versorgung erforderlichen Leistungen. Nicht selten versterben inzwischen die betroffenen Menschen, bevor eine Entscheidung ergangen ist. Die Verwaltung schließt den Vorgang ab und ambulante Dienste erhalten, da § 19 Abs. 6 SGB XII für sie nicht zur Anwendung kommt, keine Erstattung der Leistungen. Letztlich sparen die Leistungsträger so auf dem Rücken der vertrauenden Leistungserbringer Kosten ein.

Die Zahlungsausfälle, die sich auf die dargestellte Ursache begründen, steigt stetig. Die immer frühzeitigere Entlassung von Krankenhauspatienten nach Hause oder neue Möglichkeiten, auch komplexe Versorgungssituationen ambulant zu gestalten führen dazu, dass immer mehr Menschen über längere Zeit verwaltungspraktisch in einen Schwebezustand gelangen. Sie bedürfen dringend der Unterstützung auch bereits dann, wenn sich der gestellte Antrag noch formal in der Bearbeitung befindet. Das Versterben der Menschen vor dem Ergehen einer Verwaltungsentscheidung entwickelt sich zu einer massiven Bedrohung für die Dienste.

Der VKAD bittet daher um das Tätigwerden des Gesetzgebers.

Vorschlag

In § 19 Abs. 6 wird nach den Worten „auf Leistungen für Einrichtungen“ eingefügt: „ auf Leistungen für die Deckung des Bedarfs außerhalb von Einrichtungen“.

Freiburg, den 12.10.2016