

Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II)

Grundsätzliche Anmerkungen

Am 23. Juni 2015 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II) vorgelegt. Das zentrale Ziel dieses Gesetzesvorhaben ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird einen Paradigmenwechsel initiieren, der eine noch stärker personenzentrierte und bedarfsgerechte Pflege ermöglicht. Eine Gleichbehandlung vorrangig somatisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigter Menschen erfolgt in Zukunft über die Feststellung des Grades der Selbständigkeit und über die Abhängigkeit von personaler Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen. Das System von drei Pflegestufen und einer gesonderten Feststellung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird durch ein einheitliches Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ersetzt.

Der Paritätische sieht die Bundesregierung mit dieser Pflegereform auf dem richtigen Weg und der Systemwechsel wird grundsätzlich begrüßt. Dabei wird es aus Sicht des Paritätischen aber entschieden darauf ankommen, dass es für keinen Pflegebedürftigen zu einer Verschlechterung kommt. Mit den vorliegenden Regelungen wird der Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“ weiter vorangetrieben. Den prognostizierten zusätzlichen Leistungsausgaben von rd. 1,6 Mrd. € im ambulanten Bereich, stehen lediglich 210 Mio. € im Pflegeheimbereich gegenüber. Hier kann ein Zusammenhang mit der erheblichen Absenkung der Leistungsbeträge für die in Relation zu den Pflegestufen stehenden unteren Pflegegrade gesehen werden. Diesbezüglich sind Auswirkungen in der zukünftigen Heimbewohnerstruktur zu erwarten. Der Paritätische gibt daher zu bedenken: Es kann nicht gewollt sein, dass vollstationäre Einrichtungen in der Zukunft Orte sind, in denen ausschließlich „Schwerstpflege“ geleistet wird. Ein derartiges Klima können und wollen wir uns in Pflegeheimen nicht vorstellen. Ein Pflegeheim ist ein lebendiger Ort und letztlich wird es bei dieser Reform darauf ankommen, dass auch zukünftig eine ausgewogene Verteilung der Pflegebedürftigen aller Pflegegrade in der Heimversorgung abgebildet wird. Gerade für stationäre Pflegeeinrichtungen muss die Überleitung in das neue System gehandhabt werden können. Dort, wo Verhandlungen notwendig werden, wie etwa zur Personalbemessung und zur Überleitung der Pflegesätze, sind für alle denkbaren Fallkonstellationen gesetzliche Regelungen erforderlich. Dies gilt umso mehr dann, wenn die Umsetzung in einem vergleichsweise engen Zeitfenster erfolgen soll und der Verhandlungsdruck steigt.

Hinsichtlich des Zeitrahmens für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lassen sich diesbezüglich Abweichungen zur „Roadmap“ des Expertenbeirats¹ feststellen: Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes ist zum 1. Januar 2016 geplant. Damit werden die vom Expertenbeirat für das Gesetzgebungsverfahren empfohlenen 12 auf 6 Monate verkürzt. Das erschwert eine angemessene Beteiligung aller betroffenen Akteure im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens.

Auch an den Empfehlungen des Expertenbeirats für den Zeitplan vom Inkrafttreten des Gesetzes (Tag Null) bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Stichtag für das neue Begutachtungsverfahren, das neue Leistungsrecht und die formale Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher etc.) von 18 Monaten wird nicht festgehalten. Dagegen sieht der Referentenentwurf hier höchstens 12 Monate vor. Da ein fester Stichtag (1. Januar 2017) genannt ist, kann sich dieser Zeitraum allerdings noch erheblich verkürzen, je nach dem, wann das Gesetz tatsächlich in Kraft tritt. Diese überstürzte Umsetzung ist in hohem Maße geeignet, unliebsame Fakten zu schaffen, die dem Zweck der Gesetzesänderung entgegenstehen und die sich später nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand beheben lassen. Beispielhaft erläutert wird dies in der gemeinsamen Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Verbände zu Punkt 3. „Überleitung Pflegesätze“ in Bezug auf die Wechselwirkungen zwischen der Frage der Personalausstattung und der Bemessung neuer Pflegesätze.

Das alles wiegt schwer angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um einen fundamentalen Systemwechsel in der Pflegeversicherung handelt, von dem nahezu jeder deutsche Bürger zumindest potentiell betroffen sein wird.

Denkwürdig ist auch die Stellungsfrist von 14 Tagen zum Referentenentwurf, welche eine qualifizierte Beteiligung aller Ebenen unmöglich macht und die dazu führt, dass die Komplexität des Gesetzesvorhabens nicht abschließend in allen Bereichen dezidiert erfasst werden kann. Insofern verweist der Paritätische Gesamtverband darauf, dass die vorliegende Stellungnahme „vorläufig“ ist und wir uns entsprechende Anpassungen vorbehalten.

Neben den wesentlichen Veränderungen zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden mit dem Gesetzesentwurf weitere Regelungsschwerpunkte in den Bereichen „Pflegeberatung“ und der „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung“ bzw. der „Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung“ gesetzt. Der Paritätische stellt in diesem Zusammenhang erstaunt fest, dass es nach wie vor nicht die Absicht des Gesetzgebers ist, die unaufhörlich in der Kritik stehenden Pflegenoten abzuschaffen.

Mit der Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allein ist es allerdings nicht getan. Es gibt weitere grundlegende Weichenstellungen, die der Paritätische bereits in der Vergangenheit wiederholt gefordert hat:

¹ Vgl. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013, S. 93, Tabelle 36

Solidarische Finanzierung der Pflege

Die Finanzierung der Pflege muss nach Auffassung des Paritätischen grundsätzlich solidarisch getragen werden. Demnach lehnt der Paritätische weiterhin die zusätzliche private kapitalgedeckte Pflegeabsicherung ab und fordert deren Abschaffung. Die geringe Zahl der Versicherungsabschlüsse seit Einführung der privaten zusätzlichen Pflegeversicherung zeigt, dass das Angebot kaum in Anspruch genommen und somit seitens der Versicherten abgelehnt wird. Auch wurde durch die Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass dies kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten geführt hat. Der Paritätische fordert deshalb den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung durch Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. Während die soziale Pflegeversicherung sich ständig am Rande der Finanzierbarkeit bewegt, konnte die private Pflegeversicherung angesichts der günstigeren Risiken und der höheren finanziellen Leistungsfähigkeit der dort Versicherten enorme Rücklagen anhäufen.

Pflegevorsorgefonds abschaffen

Weiter hält der Gesetzgeber an dem Pflegevorsorgefonds gem. § 131 SGB XI fest. Der Paritätische fordert die Abschaffung der Bildung dieses Sondervermögens. Es ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass die Wirkungen des geplanten Vorsorgefonds marginal sein werden. Das Finanzvolumen wird dagegen aktuell dringend für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gebraucht, um u.a. Verschlechterungen für zukünftige Heimbewohner zu verhindern.

Vorrang der Krankenversicherung sicherstellen

Es lässt sich nachweisen, dass ältere Menschen durchaus Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten, dass diese aber abrupt nachlassen, sobald eine Pflegestufe nach SGB XI festgestellt ist. Gleiches ist für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V festzustellen. Diese Befunde verwundern nicht, wenn man in Rechnung stellt, dass die Interessen der Pflegeversicherung denjenigen der Krankenkassen untergeordnet werden und sich die Mitarbeiter loyal zu ihren Dienstherrn – den Krankenkassen – verhalten. Entweder die Pflegekassen müssen die Verantwortung für diese Leistungen erhalten und mit einer Pauschalzuweisung aus Mitteln der Krankenkassen ausgestattet werden oder die Pflegekassen müssen unabhängig von den Krankenkassen agieren können. Zu diesem Komplex gehört auch, dass in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten der Behandlungspflege von den Krankenkassen zu tragen sind.

Rolle der Kommunen stärken

In der Koalitionsvereinbarung ist richtigerweise vorgesehen, dass die Rolle der Kommunen in der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur und auch der Leistungen zu stärken ist. Dieses Thema greift der Referentenentwurf auch nach Vorliegen der Empfehlungen der Bund-Länder AG leider nur sehr zurückhaltend auf.

Auskömmliche Refinanzierung der Einrichtungen und Dienste

Gemäß § 84 SGB XI und § 89 SGB XI müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein und der Pflegeeinrichtung bzw. dem Dienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass

die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten Mitarbeiter/-innen zunehmend ausblendete. Die Personalausstattung sollte mittels eines Personalbedarfsbemessungssystems festgestellt werden und muss durch die Vergütung auch tatsächlich leistbar sein. Mitursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Berufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs. Der Paritätische forderte bereits in der Vergangenheit, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.01.2009 umzusetzen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Gewinn, sofern vorhanden auch die Eigenkapitalverzinsung, sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind. Hier hat der Gesetzgeber mit dem PSG I den Schritt in die richtige Richtung getan, indem mit § 84 Abs. 7 der Nachweis zur Tarifbindung für die Refinanzierung gesetzlich festgeschrieben wurde. Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, in Bezug auf die übrigen Kostennachweise auch die weiteren Schritte zu gehen.

Eine Besonderheit betrifft in diesem Zusammenhang zudem die notwendige Anpassung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen an die Bedingungen der ambulanten Pflege. So bildet die Fassung des § 75 SGB XI eher die Situation der vollstationären Pflege ab. Im Ergebnis ist so z.B. die Anpassung des Leistungskomplexsystems erschwert.

Der Paritätische schlägt daher vor, § 75 Abs. 2 Nr.1 SGB XI wie folgt zu ändern:

- 1. den Inhalt der Pflegeleistungen, d.h. die Festlegung von Art, Inhalt sowie Bewertung der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sowie bei stationärer Pflege neben Art und Inhalt zusätzlich die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,*

sowie § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI wie folgt zu ändern:

- 3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Vergütung; für stationäre Pflegeeinrichtungen insbesondere die Festlegung der personellen und sächlichen Ausstattung,“*

Bei der Stellungnahme zum vorliegenden Referentenentwurf haben sich die in der BAGFW kooperierenden Verbände entschlossen, zu den wesentlichen Teilbereichen:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (§§ 2, 4, 14, 15, 18, 18c, 28, 28a, 36-39, 41-43, 43b, 44, 45, 53c und Artikel 2)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Entlastungsbetrag, Versorgungsstrukturen des Ehrenamts und Selbsthilfe (§§ 45a-d)
- Überleitung Pflegesätze (§§ 75, 82, 84, 87a, 89, 90 und Artikel 3)
- Qualitätssicherung (§§ 113 – 115)

eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben. Diese Stellungnahme ist als Anlage beigefügt.

Der Paritätische nimmt zu den nachfolgenden Teilbereichen des Referentenentwurfs:

1. Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen
2. Pflegeberatung / Einbindung Kommune
3. Redaktionelle Klarstellung und weitere Regelungen zu Leistungsberechtigter Personenkreis / Versicherungspflichtiger Personenkreis / Leistungen für Pflegepersonen / Träger der Pflegeversicherung / Grundsätzen der Datenverwendung / Datenlöschung, Auskunftspflicht / Statistik
4. Zusammenarbeit Heimrecht/Pflegeversorgungszulagen
5. Eingliederungshilfe
6. Artikel 5 - Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu 1.: Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen

§ 30 Abs. 1 Satz 1 Dynamisierung

Referentenentwurf

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Bewertung

Die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung begrüßt der Paritätische ausdrücklich, weil so die tatsächliche Kostenentwicklung berücksichtigt und dem Kaufkraftverlust entgegengetreten werden kann.

Aus Sicht des Paritätischen sollte die Dynamisierung mindestens die amtliche Verbraucherpreisentwicklung berücksichtigen. Das zieht nach sich, dass jedes Jahr dynamisiert wird. Die vorliegende Regelung führt dazu, dass die nächste Anpassung nicht vor dem Jahre 2020 geprüft wird. Eine tatsächliche Anpassung könnte demnach sogar noch wesentlich später eintreten. Der Paritätische hält es für unzumutbar, die Entwicklungen der Pflegeversicherungsleistungen bis 2020 von der

Preis- und Lohnentwicklung abzukoppeln. Aus unserer Sicht muss ab 2018 jedes Jahr geprüft und eine Anpassung vorgenommen werden.

Nicht zu vergessen ist in diesem Zusammenhang, dass weiterhin ein Defizit in der Refinanzierung von Pflegeleistungen vorhanden ist, welches sich aufgrund der annähernd stagnierenden Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung stetig erhöht hat. Dies gilt für stationäre, teilstationäre wie auch für ambulante Versorgungsformen von Pflegebedürftigen.

Zu 2.: Pflegeberatung / Einbindung Kommune

§§ 7, 7a, 7b, § 17 Abs. 1a

Aufklärung / Auskunft, Pflegeberatung & Beratungsgutscheine, Pflegeberatungs-Richtlinien

Referentenentwurf

Der § 7 wird von „Aufklärung und Beratung“ auf „Aufklärung und Auskunft“ reduziert. Mit Antragsingang auf Pflegeversicherungsleistungen informiert die Pflegekasse unverzüglich über den Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie über die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz; Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Das Internetangebot in Verbindung mit der Einführung des DTA für niedrigschwellige Angebote (§ 7 Abs. 4) wird unter Einbezug der Angebote zur Unterstützung im Alltag gem. § 45a (Neu) ausgebaut. Die Ausgestaltung des Versorgungsplans wird auf neue Grundlagen gestellt, für die, genau wie für die Ausgestaltung der Beratung insgesamt, Richtlinien gem. § 17 Abs. 1a erstellt werden sollen. Beratungsgutscheine werden künftig bei allen wesentlichen Antragsarten ausgereicht. Eine stärkere kommunale Einbindung soll gem. § 7a Abs. 7 durch Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden erfolgen.

Bewertung

Die Beratungsstruktur wird mit den geplanten Änderungen zusammengefasst und im Umfang graduell abgestuft.

Der Ausbau des Internetangebotes soll Wettbewerb zwischen den verschiedenen Angeboten initiieren. Der Paritätische verweist darauf, dass diese Form von Wettbewerb fast immer ausschließlich einen Preiswettbewerb nach sich zieht und die Versorgungsqualität in den Hintergrund rückt. Dies wird besonders deutlich an der Verbindung mit der Einführung des DTA für niedrigschwellige Angebote (§ 7 Abs. 4). Wir fordern den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, die den Wettbewerb über die Qualität und nicht über den Preis stimuliert.

Mit diesem Absatz tut sich auch eine neue Schnittstelle zur Eingliederungshilfe auf, indem dieser Bereich (Angebote zur Unterstützung im Alltag gem. § 45a (Neu)) in den DTA gem. § 7 Abs. 4 Satz 2 eingebunden werden kann: *„Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur*

Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereit stellen.“ Bemerkenswert ist die Vorstellung, dass die technische Umsetzung des DTA quasi kostenfrei zu haben sei.

Die Versorgungsplanung nach § 7a ist vollkommen sachgerecht und Richtlinien gem. § 17 Abs. 1a werden begrüßt. Aus Sicht des Paritätischen ist die Versorgungsplanung der Pflegekassen zum Nachteil der Versicherten bis heute nicht in der Praxis angekommen. Dabei stecken in Bezug auf die leistungsrechtliche Ausgestaltung der Versorgung und die Vereinbarung notwendiger Leistungen über die Schnittstellen hinweg (SGB XI / SGB XII und SGB V) enorme Potentiale.

Die Erweiterung der Antragsbereiche für die Beratungsgutscheine gem. § 7b ist ebenfalls vollkommen sachgerecht. Zu kritisieren ist weiter, dass ein Beratungsgutschein nur dann auszustellen ist, wenn die Beratung innerhalb der zweiwöchigen Frist durch die Pflegekassen nicht selbst durchgeführt wurde.

Im Allgemeinen weist der Paritätische auf folgende Punkte hin: Gerade Angehörige tragen einen wesentlichen Anteil bei der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Nur durch den tagtäglichen Einsatz pflegender Angehöriger ist es möglich, dass der Wunsch der meisten pflegebedürftigen Menschen, trotz der persönlichen Einschränkungen weiter zu Hause leben zu können, erfüllbar ist. Pflegende Angehörige bedürfen fördernder und unterstützender Rahmenbedingungen, um den sich aus der Pflegesituation ergebenden Belastungen gewachsen zu sein. Hierzu gehören insbesondere auch Beratungsleistungen über mögliche formelle und informelle Hilfen.

Kontaktpersonen der Pflegekassen sind nach unseren Erfahrungen mit den Pflegeberatern der Pflegekassen nach § 7a keine unabhängigen Berater – bei den Beratungen stehen die eigenwirtschaftlichen Interessen der Pflegekassen im Vordergrund und gerade nicht das Interesse, für den Versicherten eine angemessene Lösung im Pflegesetting bzw. Leistungsmix zu finden. Beratungsangebote müssen immer die Möglichkeit einer Wahl für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen belassen, insofern sind Beratungsangebote unterschiedlicher Ansprechpartner parallel nebeneinander aufzubauen. Damit besteht für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Beratungsangebote.

Jeder, der die Voraussetzungen erfüllt, muss für die Beratung zugelassen werden. Prädestiniert sind hier zugelassene ambulante Pflegedienste, aber auch freigemeinnützige Organisationen und Vereine, die eine entsprechende Beratungsstruktur anbieten und die seinerzeit im Zuge des Aufbaus von Pflegestützpunkten nicht berücksichtigt wurden. Das Wahlrecht des Versicherten, eine Beratungsperson bzw. Beratungsstelle seines Vertrauens auszuwählen, ist sowohl im jetzigen § 7a SGB XI als auch im nunmehr vorgesehenen § 7b SGB XI gesetzlich zu verankern.

Die stärkere kommunale Einbindung über Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden soll zu einer strukturierten Abstimmung über die örtlich und regional bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangebote führen, was der Paritätische ausdrücklich begrüßt.

§§ 7c u. 8a

Pflegestützpunkte, gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

Referentenentwurf

Die Regelungen zu Pflegestützpunkten, ehemals § 92c, werden in § 7c überführt. Aus § 92 (Landespflegeausschuss) wird „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.

Bewertung

Die Verschiebung der Regelung zu Pflegestützpunkten ist sachgerecht. Bei der Umwidmung des „Landespflegeausschusses“ in „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“ bleibt die erwartete Einbindung der Kommunen über diese Empfehlungen auf die Versorgungsstruktur ungewiss. Der Paritätische wünscht sich hier eine Konkretisierung, die zur Umsetzung der wesentlichen Empfehlungen der Bund-Länder AG zur Rolle der Kommunen führt.

Zu 3.: Redaktionelle Klarstellung und weitere Regelungen zu Leistungsberechtigter Personenkreis / Versicherungspflichtiger Personenkreis / Leistungen für Pflegepersonen / Träger der Pflegeversicherung / Grundsätzen der Datenverwendung / Datenlöschung, Auskunftspflicht / Statistik

§ 18a Absatz 2

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

Referentenentwurf

Die jährliche Berichterstattung der Pflegekassen wird um die Darstellungen zum bundeseinheitlichen Verfahren zur Feststellung von Rehabilitationsbedarfen in der Begutachtungspraxis erweitert und bis zum Jahr 2018 ausgedehnt. Durch diese Änderung soll *„die bestehende Berichtspflicht vor dem Hintergrund der Veränderungen im Begutachtungsverfahren, die sich auch auf das verbesserte Erkennen von Rehabilitationsbedarfen erstrecken und des durch Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die MDK eingeführten veränderten Verfahrens um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert“* werden, so die Begründung zum § 18a. Darüber hinaus, so der Gesetzgeber *„[...] wird die Anwendung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zum verpflichtenden Gegenstand der Berichterstattung gemacht.“*

Bewertung

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird bereits seit Langem gefordert. Nun wird diesem Sachverhalt auch in der Berichterstattung zum Begutachtungsverfahren und mit einem bundeseinheitlichen strukturierten Verfahren in der Begutachtung gesetzlich breitere Beachtung geschenkt. Die Regelungen werden vom Paritätischen begrüßt.

§ 23 Absatz 6 Nummer 1 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Referentenentwurf

In § 23 wird das Wort „Pflegestufe“ gegen das Wort „Pflegegrad“ ausgetauscht. Das heißt, dass private Krankenversicherungsunternehmen oder andere, die Pflegeversicherung durchführende Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, die Maßstäbe der sozialen Pflegeversicherung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Zuordnung der Pflegegrade und nicht mehr der Pflegestufen anzulegen, was mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergeht.

Bewertung

Die redaktionelle Anpassung ist in Anbetracht der Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sachgerecht.

§ 44a Absatz 3 Satz 4 Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Referentenentwurf

Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist weiterhin nach § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 SGB V gültig, der Gesetzgeber sieht dabei vor, dass sich dieser Auszahlungsbetrag um die Sozialversicherungsbeiträge vermindert (§ 44a Absatz 3 Satz 4).

Mit der Neuregelung soll laut der Begründung des Gesetzgebers zum § 44a klargestellt werden, „[...] dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder der Dienstherr den jeweiligen Anteil des Beschäftigten an den Sozialversicherungsbeiträgen mit der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes verrechnen können.“

Bewertung

Die Anpassung ist aus Sicht des Paritätischen sachgerecht.

§ 46 Absatz 3 Träger der Pflegeversicherung

Referentenentwurf

Träger der Pflegeversicherung sind nach § 46 weiterhin die Pflegekassen, welche den Krankenkassen in Zukunft 3,2% des Mittelwertes von Leistungs- und Beitragseinnahmen erstatten, um die angefallenen Verwaltungs- und Personalkosten der Krankenkassen zu mindern. Dies begründet der Gesetzgeber damit, dass den Krankenkassen, die für die Pflegeversicherung zuständig sind, **einmalig** erhöhte Verwaltungsaufwendungen im Jahr 2017 entstehen, die mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehen. „Die pauschale Erstattung der Verwaltungskosten in Zeiten deutlicher Leistungsausweitungen führt danach zu Zuwächsen, die über die tatsächliche Verwaltungstätigkeit hinausgehen. Vor diesem Hintergrund ist der bei unveränderter Berechnungsformel sich ergebende Mehrerstattungsbetrag dauerhaft zu hoch [...]“, so die Begründung zum § 46.

Bewertung

Die Anpassung ist aus Sicht des Paritätischen sachgerecht.

§ 94 Absatz 1 Nummer 3, 7 und 8 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

Referentenentwurf

Die Pflegekassen sind dem Gesetzgeber zufolge dazu berechtigt, „*personenbezogene Daten auch zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Gewährung von Leistungen an Versicherte im Hinblick auf die in § 28a aufgeführten Ansprüche zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.*“; so die Begründung zum § 94, jedoch nur insoweit, als es neben den bisher zu beachtenden §§ nunmehr auch für die innenwohnende Aufgabe der Aufklärung und Auskunft zu § 7 (Erbringer) sowie für die Wahrung der Pflegestützpunkte (§ 7c) notwendig ist.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 28a, der die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 integriert und ist demnach sachgemäß.

§ 95 Absatz 1 Nummer 1a Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

Referentenentwurf

Auch die Verbände der Pflegekassen können mit dem Gesetzesentwurf personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, soweit sie neben den bisherigen Regelungen auch „*[...] für die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7) [...]*“ (§ 95), erforderlich sind. Das heißt im Besonderen: „*§ 95 wird um die Ermächtigung der Verbände der Pflegekassen erweitert, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege erheben, verarbeiten und nutzen zu können, um die Leistungs- und Preisvergleichslisten über das Angebot der Leistungserbringer erstellen, fortschreiben und auf einer Internetpräsenz veröffentlichen zu können (vgl. die Begründung zur Änderung von § 94 Absatz 1 Nummer 7) [...]*“ (Begründung zum § 95).

Bewertung

Die Regelung ist u.a. für die in § 7 genannten Aufgaben der Pflegekasse zur Veröffentlichung dieser Angaben auf der jeweils eigenen Internetpräsenz erforderlich und demnach sachgerecht.

§ 97 Absatz 1 Satz 1 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

Referentenentwurf

Der Medizinische Dienst darf nach dem Gesetzesentwurf nunmehr auch für die Prüfungen, Beratungsleistungen sowie gutachterlichen Stellungnahmen nach § 38a in Bezug auf die Prüfung, ob der WG-Zuschlag bei gleichzeitiger Inanspruchnahme

von Leistungen der Tages- und Nachtpflege gezahlt werden soll, personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Bewertung

Diese Regelung wird vom Paritätischen abgelehnt. Wir verweisen an dieser Stelle auf die ausführliche Begründung zu § 38a in der BAGFW Stellungnahme (Teil 1).

§ 108 Satz 1

Auskünfte an Versicherte

Referentenentwurf

Versicherte sind über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden.

Bewertung

Die bislang bekannte Formulierung im SGB XI sieht vor, dass die Pflegekassen den Versicherten auf Antrag einen Überblick über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten gewähren. Die Bereitstellung der Informationen aus dem laufenden Jahr war bis dato nicht vorgesehen, da das Geschäftsjahr in aller Regel dem Kalenderjahr gleich kommt und es demzufolge an einer rechtlichen Grundlage zur Übermittlung der Informationen aus dem laufenden Jahr fehlte. *„Diese rechtliche Grundlage wird mit der Änderung geschaffen: Nunmehr sind Versicherte auch über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden [...]“*, so die Begründung zum § 108.

Des Weiteren wird mit dieser Neuformulierung *„[...] der Auskunftsanspruch gegenüber den Pflegekassen mit dem Anspruch auf Auskunft gegenüber den Krankenkassen nach § 305 Absatz 1 SGB V harmonisiert [...]“* und solle zu einer Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens für die Versicherten führen, so der Gesetzgeber. Die Verlängerung der Auskunftspflicht auf 18 Monate solle zudem den Verwaltungsaufwand der Pflegekassen schüren.

§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 Pflegerstatistiken

Referentenentwurf

Das Merkmal „eingeschränkte Alltagskompetenz“ wird in der Statistik gestrichen, da diese im Rahmen des Neuen Begutachtungsassessments nicht mehr festgestellt wird. Des Weiteren werden die Erhebungen zur Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden um „die Angebote zur Unterstützung im Alltag“ erweitert.

Bewertung

Die Bundesregierung ist berechtigt, jährliche Erhebungen über ambulante sowie stationäre Pflegeeinrichtungen als auch häusliche Pflegearrangements anzuordnen. Diese Bundesstatistik umfasst bislang u.a. den Sachverhalt der betreuten Pflegebedürftigen sowie der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Personengruppe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist im Gesetzesentwurf gestrichen, da mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessment die Erhebung der erheblich eingeschränkten

Alltagskompetenz entfällt (§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5). Des Weiteren werden die Erhebungen zur Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden um „die Angebote zur Unterstützung im Alltag“ erweitert. Mit dieser Änderung werden „[...] nun auch die unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefassten Hilfen explizit benannt [...]“, so die Begründung zum § 109 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

Zu 4.: Zusammenarbeit Heimrecht / Pflegeversorgungszulagen

§ 117 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Referentenentwurf

Für die Zulassung und Überprüfung von Pflegeeinrichtungen sieht der Gesetzgeber eine Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. mit den nach Heimrecht zuständigen Aufsichtsbehörden vor. Diese Instanzen haben die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen auf den Weg zu bringen. In diesem Falle muss nicht an die in § 114a Absatz 7 und § 115 Absatz 1a festgelegten Richtlinien und Bundesvereinbarungen festgehalten werden. Der Bezug zum ehemaligen § 115 Absatz 1a Satz 6 wird aufgrund der Änderung des § 115 Absatz 1a (Neuformulierung) aufgehoben.

Die Prüfergebnisse sind laut § 117 Absatz 4 Satz 2 von den durchführenden Prüfungsinstanzen der der heimrechtlichen Vorschrift nach zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Davon unberührt bleibt weiterhin § 115 Absatz 1 Satz 1. Infolge der Aufhebung des § 115 Absatz 1 Satz 2 wird der Passus bezüglich § 115 Absatz 1 Satz 2 gestrichen.

Bewertung

§ 117 Absatz 2 Satz 2 ist eine Folgeänderung basierend auf den Änderungen zum § 115 Absatz 1a. Die Streichung des Passus „§ 115 Absatz 1 Satz 2“ im § 117 Absatz 4 Satz 2 ist folgerichtig mit Blick auf die Veränderungen des zugrundeliegenden § 115 Absatz 1. Grundsätzlich ist die weiterhin bestehende Möglichkeit zur Abweichung in Bezug auf die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und § 115 Absatz 1a zu begrüßen, da dies ein Hinweis darauf ist, dass es sich um neue Erkenntnisse handeln kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen, so bereits die Forderung des Paritätischen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, sind deshalb in die Modellvorhaben einzubeziehen.

§ 127 Absatz 2 Nummer 4 und 5

Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

Referentenentwurf

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf Pflegegrade. Die bisherigen Verweise auf

die Pflegestufen unter den Nummern 4. und 5. sind durch entsprechende Verweise auf die in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade zu ersetzen. Mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs streicht der Gesetzgeber die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und den Verweis auf § 45a in § 127 Absatz 2 Nummer 5.

Bewertung

Weiterhin hält der Gesetzgeber an der Pflegevorsorgezulage fest. Demnach haben zulageberechtigte Personen, leisten sie einen monatlichen Mindestbeitrag von 10 Euro im Kalenderjahr für eine förderfähige Pflege-Zusatzversicherung, Anspruch auf eine monatliche Zulagenhöhe von 5 Euro. Dabei sind nach § 127 Absatz 2 Nummer 4 *„[...] die Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen hinsichtlich einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung zu erfüllen hat, [...] an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen rechtliche Umsetzung anzupassen. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen unter den Nummern 4. und 5. sind durch entsprechende Verweise auf die in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade zu ersetzen.“* (Begründung zum § 127).

Der Paritätische hat bereits in seiner „Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)“ sowie im allgemeinen Teil dieser Stellungnahme auf die Fragwürdigkeit der zusätzlichen privaten kapitalgedeckten Pflegeabsicherung hingewiesen. Der Paritätische wird nicht müde zu betonen, dass eine solche Klausel gegen ein solidarisches Prinzip der Finanzierung der Pflege kämpft und die Schere zwischen Verlieren und Gewinnern der Reform nochmals verbreitert. Seit Einführung der privaten Pflegeabsicherung sind geringe Versicherungsabschlüsse zu verzeichnen, was doch deutlich machen sollte, dass ein solches Konzept seitens der Versicherten auf Ablehnung stößt. Ein Festhalten des Gesetzgebers an ein solches Konstrukt stößt den Versicherten vor den Kopf. *„Während die soziale Pflegeversicherung sich ständig am Rande der Finanzierbarkeit bewegt, konnte die private Pflegeversicherung angesichts der günstigeren Risiken und der höheren finanziellen Leistungsfähigkeit der dort Versicherten enorme Rücklagen anhäufen.“* (Stellungnahme des Paritätischen zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)).

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert, eine solche private zusätzliche Pflegeabsicherung abzuschaffen und stattdessen den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung durch Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung voranzutreiben und die Gelder für die Verhinderung der Schlechterstellung Pflegebedürftiger, vor allem in den Pflegegraden 2 und 3, zu verwenden. An dieser Stelle verweist der Paritätische auf die Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zum Punkt 3. „Überleitung Pflegesätze“ und damit auf die grundsätzliche Forderung, die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz anzuheben.

Zu 5.: Eingliederungshilfe

§ 35a

Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches

Referentenentwurf

Bedauerlicherweise sind auch in diesem Referentenentwurf keine Änderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorgesehen.

Bewertung

Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest für Menschen mit Behinderung, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert werden können. Dies ist eine langjährige Forderung des Paritätischen.

Lösungsvorschlag

Die bestehende Gutscheinregelung beim Persönlichen Budget ist für Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

§ 36 Absatz 2 Satz 2 und 3

Pflegesachleistung

Referentenentwurf

Von den häuslichen Pflegehilfen sind dem Gesetzesentwurf zufolge Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation ausgeschlossen. Damit, so die Begründung zum § 36 Absatz 2 Satz 2, „[...] soll sichergestellt werden, dass Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers, beispielsweise die Eingliederungshilfe (vgl. § 54 des Zwölften Buches) oder die Krankenversicherung, fallen, auch von diesem erbracht werden. Beinhaltend die Hilfen in den genannten Bereichen auch pflegerische Maßnahmen, sind diese integraler Bestandteil der Hilfen und werden von den zuständigen Trägern mit erbracht (Beispiel: Krankenhausaufenthalt; neben den medizinischen Leistungen werden auch die pflegerischen Maßnahmen erbracht).“

Nach § 36 Absatz 2 Satz 3 „[...] dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden [...]“, so die Ausführungen im Referentenentwurf. „Diese Regelung entspricht der bisherigen Regelung in § 36 Absatz 1 Satz 7 a.F. Sie ist redaktionell angepasst worden an die Aufnahme von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als gleichwertige und regelhafte Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe. Auch sie dient dazu,

Leistungsverschiebungen zulasten der Pflegebedürftigen zu vermeiden [...]“, so im Begründungsteil zum § 36 Absatz 2 Satz 3.

Bewertung

Grundsätzlich wird die Neuregelung und das innewohnende Strukturierungsziel nach § 36 Absatz 2 Satz 2 vom Paritätischen begrüßt, ist die Abgrenzung zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung ohnehin schwierig.

§ 36 Absatz 2 Satz 3 akzentuiert die Vorrangregelung der Eingliederungshilfe hinsichtlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Dieser längst überfällige Paradigmenwechsel ist zu begrüßen, werden viele Menschen mit Behinderung doch trotz der bislang geltenden anderslautenden Bestimmung noch immer vom Sozialhilfeträger an die Pflegeversicherung verwiesen. Die Regelungen, gerade wenn sich Schnittstellen zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung auftun, müssen klar definieren, welche Kostenträger für welche Leistungen zuständig sind, um die Belastung auf Seiten der Betroffenen zu minimieren.

Der Referentenentwurf lässt die geplante Neuausrichtung der Eingliederungshilfe im Bundesteilhabegesetz unberührt, die „Nachwehen“ des neuen § 36 und das zukünftige Zusammenwirken der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung sind somit nicht einzuschätzen. Auch ist die Regelung dahingehend offen, ab wann sie zu greifen beginnt. Es ist ein Unterschied, ob die Vorschrift bereits dann zum Tragen kommt, wenn die Eingliederungshilfe in den bloßen Zuständigkeitsbereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahme fällt oder ob ein Antrag samt Kostenübernahme als Voraussetzung gilt. Hier sieht der Paritätische mit Blick auf das geplante Bundesteilhabegesetz die Gefahr späterer Streitigkeiten, die langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen forcieren.

Trotz Überarbeitung des § 36 bleiben Fragen unbeantwortet. Der Paritätische warnt davor, im SGB XI Neuerungen vorzunehmen, ohne die Sozialhilfe zu modifizieren, da dadurch Brüche und Kompatibilitätsprobleme entstehen können, die im Endeffekt zulasten der Betroffenen gehen anstatt sie zu unterstützen.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, die Pflegereform nicht losgelöst vom geplanten Bundesteilhabegesetz durchzuführen. Mit der Pflegereform muss eine Modifizierung in den heute bestehenden Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen der Sozialhilfe erfolgen. Gleiches gilt für die Leistungen nach § 45a Abs. 4.

§ 37

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Referentenentwurf

Anstelle einer häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 nach § 37 Absatz 1 Pflegegeld beantragen, um deren Umfang entsprechende körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsleistungen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung sicherzustellen. Für den Pflegegrad 2 sind 316 €, für den Pflegegrad 3 545 €, für den Pflegegrad 4 728 € und für den Pflegegrad 5 901 € vorgesehen. Der Referentenentwurf sieht im § 37 Absatz 2 Satz 2 eine Fortgewährung der Hälfte des bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege

nach § 42 für bis zu acht Wochen, während der Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen vor. Nach § 37 Absatz 3 wird die Vergütung für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit für die Pflegegrade 2 und 3 (halbjährlich) auf bis zu 23 € und für die Pflegegrade 4 und 5 (vierteljährlich) auf bis zu 33 € festgelegt. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 haben halbjährig Anspruch auf einen Beratungsbesuch, der mit dem Satz für die Pflegegrade 2 und 3 vergütet wird. Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen beziehen, haben ebenfalls einen halbjährlichen Anspruch auf einen Beratungsbesuch, der nach Satz 3 bis 5 vergütet wird.

Bewertung

Der Paritätische begrüßt die zeitliche Erweiterung der hälftigen Fortgewährung des Pflegegeldes im Falle einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege auf acht bzw. sechs Wochen. Wünschenswert wäre allerdings, dass das Pflegegeld nicht nur in hälftiger Höhe, sondern in voller Höhe fortgewährt und die Zeitspanne im Falle der Flexibilisierung der Verhinderungspflege ebenfalls auf bis zu acht Wochen ausgedehnt werden wird. Gleiches gilt im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38.

Dass Pflegesachleistungsbezieher künftig ebenfalls mit dem neuen Gesetzesentwurf Anspruch auf Beratung im häuslichen Umfeld haben, begrüßen wir. Wir möchten an dieser Stelle auf die grundlegenden Positionen der in der BAGFW kooperierenden Verbände bzgl. des § 37 verweisen.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert, das Pflegegeld nicht mehr nur allein zur Hälfte im einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zu gewähren, sondern im vollen Umfang den Betroffenen bereitzustellen. Ferner ist die Kombinationsleistung nach § 38 dahingehend anzupassen.

§ 39

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Referentenentwurf

Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 haben Anspruch auf Verhinderungspflege. Weitere Überarbeitungen sind redaktioneller, an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasster Natur.

Bewertung

Grundsätzlich möchten wir an dieser Stelle ebenfalls auf die maßgeblichen Hinweise und Positionen in der Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zum Pflegestärkungsgesetz 2 hinweisen.

Darüber hinaus möchte sich der Paritätische dafür aussprechen, die Flexibilisierung der Verhinderungspflege voranzutreiben, so wie es für die Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 durchgesetzt wurde. Hier wäre es ebenso ratsam, den Höchstbetrag von 3.224 € zu adaptieren und auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr zu setzen. Nur so kann es gelingen, den Betroffenen die volle Leistungsausschöpfung zu ermöglichen. Zudem gibt diese Flexibilisierung monetärer sowie zeitlicher Art den Betroffenen sowie deren Angehörigen mehr Spielraum, auch im Hinblick auf

eventuell entstehende Betreuungseingpässe. Zusätzlich hat der Paritätische bereits seinerzeit zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung wie folgt Stellung bezogen: „Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass die Karenz von sechs Monaten vor Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, d. h. § 39 Satz 2 SGB XI, ersatzlos zu streichen ist.“ Dieser Forderung ist der Gesetzgeber bislang bedauerlicherweise nicht nachgekommen.

Ferner ist festzustellen, dass in der Praxis bei Verhinderung der Pflegeperson zu wenig Angebote der Kurzzeitpflege in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung vorhanden sind, daher kommt es zu Engpässen, Wartezeiten und Aufnahmen in Altenpflegeheimen.

Lösungsvorschlag

Anpassung des § 39 an § 42 Absatz 2, um den Anspruchsbereich auf acht Wochen hochzusetzen und den Höchstbetrag auf 3.224 € pro Kalenderjahr festzuschreiben. § 39 Satz 2 SGB XI ist ersatzlos zu streichen.

§ 41

Tagespflege und Nachtpflege

Referentenentwurf

Die Regelungen zur Tagespflege und Nachtpflege sind notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben.

Bewertung

In Bezug auf die Regelungen im § 41 verweist der Paritätische auf die grundlegenden Positionen in der Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zum PSG II.

Darüber hinaus wollen vor allem berufstätige Eltern von Kindern mit Behinderung insbesondere das Angebot der Tages- und Nachtpflege während der Schulferien in Anspruch nehmen, da die Angebote der Ferienbetreuung Kindern mit schweren Behinderungen oftmals versagt werden. Der Paritätische sieht hier dringenden Handlungsbedarf.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische schlägt vor, Modellprojekte für Leistungen der Tagespflege zu initiieren, die sich insbesondere auf den Bedarf während der Schulferien fokussieren.

§ 43a

Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung

Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht in Bezug auf den Inhalt der Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Neuerungen, sondern redaktionelle Anpassungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor.

Bewertung

Nach § 43a übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nur 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, maximal bis 256 Euro im Monat. Aus Sicht des Paritätischen stellt dies eine außerordentliche Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in den oben aufgeführten Einrichtungen dar, führt zu Aufnahmen von jungen Menschen mit Behinderung in Altenpflegeheimen und ist so für den Verband nicht tragbar. Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Ferner ist festzustellen, dass die Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie zu § 37 SGB V in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in der Praxis häufig daran scheitert, dass die Krankenkassen die Übernahme der Kosten ablehnen und es in Folge zu Streitigkeiten zwischen Sozialhilfe und Krankenkasse kommt.

Lösungsvorschlag

Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist ersatzlos zu streichen. Solange jedoch der § 43a SGB XI gilt, ist mit der Reform ausdrücklich klarzustellen, dass für Menschen mit Behinderung die medizinische Behandlungspflege gem. § 37 SGB V in Einrichtungen der Behindertenhilfe von den Leistungen des § 43a SGB XI unberührt bleiben und somit neben diesen zu gewähren ist.

Zu 6.: Artikel 5 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 Abs. 2

Häusliche Krankenpflege

Referentenentwurf

Die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz und Abs. 6 Satz 2, 2. Halbsatz werden in „krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ umgewidmet und es wird klargestellt, dass auch dann Anspruch auf diese Leistungen der Häuslichen Krankenpflege besteht, wenn der Bedarf in den Bereichen „Modul 1 – Mobilität“ und „Modul 2 - Selbstversorgung“ bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 des Elften Buches berücksichtigt sind.

Leistungen nach § 37 Abs. 2 Satz 4 und 5, d. h. Behandlungspflege in Pflegeheimen und Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als häusliche Krankenpflege (Satzungsleistung) sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 nicht zulässig.

Bewertung

Zur Schnittstelle des SGB V führt die Stellungnahme der BAGFW in den §§ 15 und 36 SGB XI entsprechend aus. Grundsätzlich liegt ein Referentenentwurf vor, der in

diesem Punkt Fragen aufwirft. Dies setzt sich in Artikel 5 fort. Der Begriff der „Verrichtungen“ wird in Zukunft im Elften Buch mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr verwendet. Die Anpassung durch Streichung der „verrichtungsbezogenen“ erscheint daher mit Blick auf die Leistungszuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung sachgerecht. Auch die Aufhebung des Ausschlusses von Personen mit Pflegegrad 1 für Behandlungspflege in Pflegeheimen und Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als häusliche Krankenpflege ist sachgerecht.

Unerklärt bleibt, weshalb das Modul 5 – Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen nicht in dieser Aufzählung aufgenommen wurde, da gerade in diesem Modul die einschlägigen Behandlungspflegeleistungen abgebildet werden.

Um klarzustellen, dass für Pflegebedürftige weiterhin Anspruch auf Behandlungspflegeleistungen besteht, die nicht krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen entsprechen und um ebenfalls Modul 5 zu berücksichtigen, ist aus Sicht des Paritätischen eine Klarstellung im Gesetzestext erforderlich.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische schlägt daher vor § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz wie folgt zu ändern:

„der Anspruch umfasst auch krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1, 4 und 5 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“.

Berlin, den 07.07.2015

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.paritaet.org>

Ansprechpartner:

Ingke List, Anuschka Novakovic & Thorsten Mittag

Anlage:

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II)