



Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG)

A. Zusammenfassung

- Der Deutsche Caritasverband erkennt in dem vorliegenden Referentenentwurf zwar Elemente einer Fortentwicklung des Leistungsangebotes der Pflegeversicherung für demenziell erkrankte Menschen. Er mahnt jedoch an, zügig den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einzusetzen und noch in dieser Legislaturperiode mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Recht des SGB XI zu beginnen. Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) ist unverzüglich einzuführen. Der Referentenentwurf sieht eine Erhöhung des Beitragssatzes um 0,1 Prozent ab dem 1. Januar 2013 vor. Bei einer leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird es jedoch erforderlich sein, die Pflegeversicherung auf eine finanziell nachhaltige Basis zu stellen.
- Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird der Sachleistungskatalog nach § 36 SGB XI um die neue Leistung der „häuslichen Betreuung“ erweitert. Zudem werden die Leistungen für demenziell erkrankte Menschen in den Pflegestufen 0, 1 und 2 verbessert. Dies ist als Übergangsregelung durchaus zu begrüßen. Gleichzeitig verursacht der Vorgriff

Deutscher Caritasverband e. V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße: 40, 79104 Freiburg i. Br.

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik
Telefon-Durchwahl: 030 284447-46
elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski
Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht
Telefon-Durchwahl: 0761 200-576
tatjana.loczenski@caritas.de

Haus der Deutschen Caritas
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch Probleme. So entstehen durch das neue Leistungssegment der Betreuung Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme zu anderen Sozialleistungssystemen, vor allem zur Eingliederungshilfe. Diese Probleme schlagen sich auch bei der Definition der Fachkraft nach § 71 SGB XI sowie bei der Verankerung der Betreuungsleistung in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI nieder. Der Deutsche Caritasverband unterbreitet in dieser Stellungnahme Lösungsvorschläge für die Übergangphase bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, mahnt jedoch an, dass diese Abgrenzungsfragen mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einer klaren Lösung zugeführt werden müssen.

- Positiv zu bewerten ist die Förderung der ambulant betreuten Wohngruppen. Durch die Förderung neuer Wohnformen kann der Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch stärker in die Praxis umgesetzt werden. Im Referentenentwurf ist klarzustellen, dass die Leistungen zur Anschubfinanzierung der ambulanten Wohngruppen und zur Refinanzierung der Präsenzkräfte auch von demenziell erkrankten Menschen der Pflegestufe 0 (§ 45 Abs. 1 Ziffer 2 SGB XI) in Anspruch genommen werden können.
- Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Referentenentwurf bessere Rahmenbedingungen zur Entlastung pflegender Angehöriger schafft, wie z.B. durch die hälftige Fortgewährung des Pflegegeldes während der Kurzzeit- und Ersatzpflege oder durch die Stärkung der Rehabilitation für pflegende Angehörige. Darüber hinaus regt der Deutsche Caritasverband an, Kurzzeit- und Ersatzpflege stärker zu flexibilisieren, Kurzzeitpflege auch ambulant zu gewähren sowie bestehende Hürden für die Inanspruchnahme dieser Pflegepersonen entlastenden Leistungen wirksam abzusenken.
- Der Referentenentwurf stärkt die Rechte der Pflegebedürftigen. Hervorzuheben sind hier insbesondere der Rechtsanspruch auf Übersendung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung, die Informationspflichten betreffend den Ablauf der Begutachtung einschließlich Beschwerdemöglichkeiten sowie der Anspruch auf Beratung bereits ab Antragstellung. Das Sanktionsinstrument der Zahlung eines Malus an den Versicherten bei Überschreitung der Begutachtungsfristen lehnen wir jedoch ab.
- Der Referentenentwurf versucht, die Rahmenbedingungen für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Der Ansatz, die medizinische Versorgung von Heimbewohnern als förderungswürdige Leistung zu bewerten und entsprechend Zuschläge auf den Orientierungswert zu gewähren, kann einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Heimbewohnern leisten. Wenig hilfreich

hingegen ist die Schaffung eines neuen Vergütungszuschlags für die zahnärztliche Versorgung, wenn die Leistung im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V erbracht wird. Dieser Zuschlag kommt im Übrigen nur Heimbewohnern und nicht pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit einer Behinderung im häuslichen Bereich zugute. Der Deutsche Caritasverband setzt sich erneut, wie schon im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dafür ein, vor allem die Prävention in der zahngesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder einer Behinderung zu stärken. Daher sollen Patienten mit dauerhaften motorischen oder kognitiven Störungen künftig altersunabhängig Anspruch auf Individual- und Gruppenprophylaxeleistungen erhalten.

B. Zum Referentenentwurf im Einzelnen

Zu Artikel 1

Änderungen des Elften Sozialgesetzbuch

Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung an den Versicherten (§ 7 SGB XI)

Referentenentwurf

Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 Abs. 1 und 6 SGB XI haben.

Bewertung

Ein Rechtsanspruch auf Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung ist uneingeschränkt zu begrüßen. Dies entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbands.

Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI)

Referentenentwurf

Versicherte haben durch die Neuregelung nun bereits ab Antragstellung ein Recht auf Aufklärung und Beratung nach § 7 SGB XI neu sowie auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die Pflegekassen können zu diesem Zweck innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang entweder einen Beratungstermin anbieten oder einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind. Die Beratungsstellen müssen unabhängig und neutral sein. Die Beratung kann auf Wunsch des Versicherten auch in der häuslichen Umgebung stattfinden. Die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen, haftungsrechtliche Fragen und die Vergütung sollen in vertraglichen Vereinbarungen zwischen der Pflegekasse und/oder zwischen den Pflegekassen und den Beratungsstellen geregelt werden.

Bewertung

Die Möglichkeit, Beratungsleistungen der Pflegekassen nach § 7 und § 7a SGB XI neu bereits ab Antragstellung in Anspruch nehmen zu können, entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbands. In der Regel wird ein Antrag gestellt, wenn der Versicherte zumindest hilfebedürftig und nach seiner subjektiven Wahrnehmung voraussichtlich pflegebedürftig i.S. des SGB XI ist. Frühzeitige Information und Beratung können sowohl den Zeitpunkt des Eintritts als auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit beeinflussen; sie stärken auch die Sicherheit ggf. pflegender Angehöriger. Häufig wird Beratung bei Hilfebedürftigkeit jedoch gar nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen. Daher ist die Möglichkeit, bereits ab Antragstellung Beratungsleistungen der Pflegekasse oder anderer unabhängiger und neutraler Beratungsstellen in Anspruch nehmen zu können, sehr zu begrüßen. Der Referentenentwurf definiert jedoch nicht näher, anhand welcher Kriterien die geforderte Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstelle festzulegen ist. Neutralität und Unabhängigkeit sind aus Sicht des Deutschen Caritasverbands dann gewährleistet, wenn ein Berater nicht an die Weisungen eines Leistungsträgers oder Leistungserbringers gebunden ist. Dieses Kriterium ist auch bei den Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI faktisch nicht erfüllt. Beratungsstellen sind am ehesten als unabhängig und neutral zu bezeichnen, wenn ihre Träger miteinander vernetzt sind. Im Referentenentwurf ist zu ergänzen, dass auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen ist.

Es entspricht dem Wunsch- und Wahlrecht, dass der Versicherte die Beratung entweder durch die Pflegekasse oder durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins in Anspruch nehmen kann. Dieses Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten ist jedoch faktisch eingeschränkt, da laut Gesetzestext die Pflegekasse bestimmen kann, ob sie die Beratung selbst anbietet oder einen Beratungsgutschein ausstellt. Die im Referentenentwurf vorgesehene Frist für die Beratung von zwei Wochen nach Antragseingang ist grundsätzlich zu begrüßen. Während der Beratungsgutschein innerhalb dieser Frist jedoch eingelöst sein muss, was bedeutet, dass die Beratung in diesem Zeitraum stattgefunden haben muss, müssen die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung lediglich ein Terminangebot unterbreiten. Nach dem Wortlaut des Gesetzes kann die Beratung somit auch zu einem späteren Zeitpunkt als innerhalb der Zwei-Wochen-Frist stattfinden. In der Begründung zu § 7b SGB XI neu wird allerdings darauf verwiesen, dass die Beratung der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Daher ist der Gesetzestext entsprechend klarzustellen. Auch die Pflegekasse soll verpflichtet sein, den Antragsteller innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu beraten. Positiv zu bewerten ist, dass die Beratung in beiden Fällen sowohl in der Beratungsstelle selbst als auch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen stattfinden kann.

Der Deutsche Caritasverband regt darüber hinaus an, die Schulungskurse nach § 45 SGB XI analog zur Pflegeberatung nach § 7 und 7a SGB XI als Rechtsanspruch des Versicherten auszugestalten.

Lösungsvorschlag

§ 7b Satz 1 Ziffer 1 SGB XI neu ist, wie folgt, zu fassen:

„1. Einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang die Beratung durchzuführen.“

In § 7b Abs. 1 SGB XI neu ist nach Satz 1 folgender Satz zu ergänzen:

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Beratungsgutschein wählen.“

Nach § 7b Abs. 2 Satz 1 SGB XI neu ist folgender Satz 2 neu einzufügen:

„Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen.“

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

Referentenentwurf

In § 18 SGB XI neu wird das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geändert. Dadurch ergeben sich folgende Neuregelungen: Die Pflegekassen können neben dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) in Zukunft auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragen. Pflegekassen, die den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht schriftlich innerhalb von fünf Wochen nach Eingang bescheiden oder eine verkürzte Begutachtungsfrist nach § 18 Abs. 3 SGB XI nicht einhalten, haben für jeden Tag der Verzögerung zehn Euro an den Antragsteller zu zahlen. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Verzögerung durch ein Verhalten des Antragstellers oder ihm zurechenbarer Personen entstanden ist. Die Person, die die Feststellung der Pflegebedürftigkeit begehrt, hat den Anspruch neben der Empfehlung des MDKs zeitgleich das Gutachten der Begutachtung zu erhalten. Sie wird darüber bereits bei der Begutachtung aufgeklärt.

Der MDK bzw. der unabhängige Gutachter geben eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung ab. Diese wird dem Antragsteller spätestens mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zugeleitet.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet die Hinzuziehung von anderen unabhängigen Gutachtern positiv. Durch die Regelung wird der Pflegekasse die Möglichkeit eröffnet, das Begutachtungsgeschehen flexibel auszugestalten und dadurch eine schnelle Bearbeitung bei Antragstellung zu gewährleisten.

Kritisch ist jedoch, dass nach Ablauf der Begutachtungsfrist an jedem Tag der Verzögerung zehn Euro an den Patienten gezahlt werden sollen. Abgesehen davon, dass solche „Sanktionen“ dem Sozialrecht fremd sind, werden sie auch dem Sinn und Zweck der sozialen Pflegeversicherung nicht gerecht. Diese hat das Ziel, den Versicherten gegen das finanzielle Risiko, welches sich aus einer Pflegebedürftigkeit ergibt, zumindest teilweise abzusichern. Dies geschieht bei verspäteter Bescheidung eines Antrags dadurch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 2 SGB XI ab Antragstellung gewährt werden. Die Beitragsgelder der Pflegeversicherung sollten daher anderweitig eingesetzt werden. Sinnvoll wäre, beispielsweise dass der Antragsteller bei Ab-

lauf der Begutachtungsfrist einen unabhängigen Gutachter auf Kosten der Pflegekasse beauftragen kann. So könnte eine schnelle Begutachtung ohne Zusatzkosten sichergestellt werden. Zudem müssen die Pflegekassen ohne Sanktionen darin bestärkt werden, unabhängige Gutachter hinzuzuziehen, um dadurch längere Bearbeitungszeiten bei der Antragsbewilligung zu vermeiden.

Für die Ungleichbehandlung von Antragstellern in stationären Einrichtungen nach § 18 Abs. 3a Satz 2 SGB XI neu besteht kein sachlicher Grund. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung in § 18 Abs. 3a SGB XI neu festhalten, muss auch der Antragsteller, der sich in einer stationären Einrichtung befindet zehn Euro erhalten. Weitgehend gelungen ist dagegen die Regelung, dass der Antragsteller das Gutachten der Begutachtung bekommt. Dies entspricht einer Forderung des Deutschen Caritasverbandes. Durch die Kenntnis des Gutachtens werden Begutachtung und Feststellung der Pflegestufe für den Antragsteller nachvollziehbarer. Wünschenswert wäre dabei, dass die Gutachten in einer für den Betroffenen und Angehörigen verständlichen Sprache verfasst werden.

Kommt der MDK bzw. der unabhängige Gutachter zu einer von der Einschätzung des Antragstellers abweichenden Feststellung der Pflegestufe, kann der Antragsteller ohne zusätzliches Anfordern des Gutachtens rechtliche Schritte gegen die Pflegekasse prüfen. Um unnötige Bürokratisierung zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, das Gutachten grundsätzlich dem Antragsteller zu übersenden, unabhängig davon ob der Anspruchsteller von seinem Recht Gebrauch macht. Die Regelung, dass dem Antragsteller eine Rehabilitationsempfehlung übermittelt wird, ist für die Durchsetzbarkeit des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ erfolgsversprechend. Hier kommt der Gesetzgeber einer Forderung des Deutschen Caritasverbandes nach. Durch die Rehabilitationsempfehlung erlangt der Antragsteller Kenntnis, welche medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll und erfolgsversprechend sind, um eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu verhindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dadurch kann er seine bestehenden Ansprüche leichter durchsetzen. Die Übermittlung der Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller sollte gesetzlich normiert werden. Momentan ergibt sie sich das nicht aus dem Gesetzeswortlaut.

Wichtig ist, dass eine negative Rehaempfehlung begründet wird. So wird die Entscheidung für den Antragsteller transparent gemacht. Gleichzeitig wird das Bewusstsein der Gutachter für den Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt.

In § 18 Abs. 8 SGB XI neu wird das Verfahren der Pflegekasse bei Rehabilitationsbedarf des Pflegebedürftigen geregelt. Die Bestimmungen entsprechen § 31 SGB XI, sodass eine gesonderte Regelung im § 18 Abs. 8 SGB XI neu überflüssig ist.

Sinnvoll wäre es stattdessen in § 18 Abs. 8 SGB XI neu die Begutachtung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in einem Widerspruchsverfahren sowie bei Ablauf der Begutachtungsfrist zu regeln. Im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens würde der Deutsche Caritasverband die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen unabhängigen Gutachter im Sinne des § 18 Abs. 1 SGB XI neu begrüßen. Durch die Begutachtung eines Gutachters, der nicht dem MDK unterstellt ist, würde eine unabhängige Zweitbegutachtung gewährleistet werden.

Der Deutsche Caritasverband verweist in diesem Zusammenhang auf ein Problem, das durch die verkürzten Begutachtungsfristen im Falle eines Aufenthalts im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung nicht gelöst ist. § 18 Abs. 3 Satz 3 SGB XI sieht zwar vor, dass die Gutachter in diesen Fällen ihre Begutachtung spätestens binnen einer Woche durchzuführen haben. Das Gutachten muss nach § 18 Abs. 3 Satz 6 SGB XI jedoch nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 vorliegt. In § 18 Abs. 3 Satz 6 SGB XI soll eine vorläufige Pflegestufe zuerkannt werden, die nach § 33 Abs. 1 SGB XI beispielsweise für die Dauer einer anschließenden Kurzzeitpflege befristet werden kann. Nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege soll dann die endgültige Begutachtung erfolgen.

Lösungsvorschlag

§ 18 Abs. 3 Satz 6 SGB XI neu soll, wie folgt, gefasst werden:

„In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 vorliegt und eine vorläufige Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 erfolgen.“

§ 18 Abs. 3 Satz 8 SGB XI neu soll lauten:

„Der Antragsteller hat ein Recht auf die gleichzeitige Übermittlung des Gutachtens. Das Gutachten muss in allgemein verständlicher Sprache verfasst werden.“

§ 18 Abs. 3a SGB XI neu soll lauten:

„Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird die in Absatz 3 genannte Begutachtungsfrist nicht ein-

gehalten, kann der Antragsteller einen unabhängigen Gutachter auf Kosten der Pflegekasse mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragen. Dies gilt nicht, wenn und soweit die Verzögerung von dem Antragsteller, seinen Angehörigen, Ärzten oder sonstigen Personen, die ihm zuzurechnen sind, zu vertreten ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.“

§ 18 Abs. 6 SGB XI neu. Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Feststellung zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Kommt der Medizinische Dienst oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter zu dem Ergebnis, dass kein Rehabilitationsbedarf besteht, ist dieses Ergebnis zu begründen. Die Rehabilitationsempfehlung ist dem Pflegebedürftigen zu übermitteln.“

§ 18 Abs. 8 SGB XI neu soll lauten:

„Hat der Antragsteller gegen die festgestellte Pflegestufe Widerspruch eingelegt, erfolgt die Begutachtung im Widerspruchverfahren durch einen unabhängigen Gutachter im Sinne des § 18 Abs.1 SGB XI neu.“

Dienstleistungsorientierung und Begutachtungsverfahren (§ 18a SGB XI)

Referentenentwurf

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 31. März 2013 eine Richtlinie erlassen, die zum Ziel hat, die Dienstleistungsorientierung gegenüber dem Versicherten zu stärken. Die Richtlinie soll allgemeine Verhaltensgrundsätze für die Gutachter und Mitarbeiter des MDK, Informationspflichten gegenüber dem Versicherten bezüglich des Ablaufs der Begutachtung und Beschwerdemöglichkeiten und ein einheitliches Verfahren des Beschwerdemanagements regeln. Darüber hinaus soll sie eine Grundlage für die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen schaffen.

Bewertung

Der Ansatz, Kundenorientierung und Kundensouveränität zu stärken ist grundsätzlich zu begrüßen. Es ist zwar davon auszugehen, dass der MDS hausintern einen Verhaltenskodex erstellt hat,

der für seine Gutachter verbindlich ist. Der Referentenentwurf sieht jedoch vor, dass neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter von der Pflegekasse beauftragt werden können. Zudem sind auch Gutachter der privaten Pflegekassen in dem Feld tätig. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, eine Richtlinie zu erlassen, die zumindest für alle von Pflegekassen beauftragten Gutachter verbindlich allgemeine Verhaltensgrundsätze normiert. Die Richtlinie soll die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen durchführen, wie im Referentenentwurf in § 18a Abs. 1 Satz 2 Ziffer 3 SGB XI neu vorgesehen.

Die Informationspflichten zum Ablauf, den Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten nach § 18a Satz 2 Ziffer 2 SGB XI neu sollten jedoch nicht in der Richtlinie, sondern in § 18 SGB XI normiert werden. Sinnvollerweise sollen die Informationen Angaben über den Ablauf, die voraussichtliche Zeitdauer der Begutachtung, den Namen des Gutachters und ggf. bereit zu haltende Informationen zur Verfügung sowie über Anlaufstellen und Möglichkeiten bei eventuellen Beschwerden beinhalten.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 19 SGB XI)

Referentenentwurf

Bisher wird für die Zahlung von Rentenbeiträgen für Pflegepersonen zulasten der Pflegeversicherung vorausgesetzt, dass sich die Pfl egetätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich beläuft. Die vorgesehene Änderung erlaubt eine Addition des zeitlichen Umfangs der Pfl egetätigkeiten, wenn eine Pflegeperson zwei oder mehrere Pflegebedürftige versorgt.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Neuregelung nachdrücklich. Sie ermöglicht eine rentenrechtliche Absicherung, wenn eine Pflegeperson beispielsweise beide Elternteile oder zwei Kinder zu pflegen hat, der wöchentliche Umfang der pflegerischen Tätigkeit jedoch jeweils unter 14 Stunden lag. Mit der Regelung leistet der Gesetzgeber einen Beitrag zur stärkeren gesellschaftlichen Anerkennung des hohen Wertes der pflegerischen Fürsorge durch Angehörige und andere Pflegepersonen.

Der Deutsche Caritasverband regt zudem an, alle Pflegepersonen gleichzustellen. § 44 Abs. 1 Satz 1 sieht vor, dass die Pflegeversicherung Rentenbeiträge zu leisten hat, wenn die Pflegeper-

son regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. In der Rentenversicherung bemisst sich die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen jedoch nach der Pflegestufe und dem zeitlichen Umfang der aufgewendeten Pflege (§ 166 Abs. 2 SGB VI). Das ist nicht sachgerecht, da für die Beitragszahlung für Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung maßgebend in erster Linie die Reduzierung des Umfangs der Erwerbstätigkeit aufgrund eben dieser Pfllegetätigkeit sein muss. Man kann nun zunächst annehmen, dass der Aufwand für die Pflege umso höher ist, je höher die Pflegestufe der zu pflegenden Person ist. Da die Einstufung in eine Pflegestufe jedoch nur anhand der verrichtungsbezogenen somatischen Bedarfe erfolgt, während die zeitlich ebenso ins Gewicht fallenden Bedarfe an Betreuung und Begleitung weitgehend unberücksichtigt bleiben, ist die Koppelung der Beitragshöhe an die Pflegestufe nicht sachgerecht. Die Beitragshöhe nach § 166 Abs. 2 SGB VI soll daher pflegestufenunabhängig und einheitlich anteilig an der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bemessen werden.

Erweiterung der Sachleistungen um häusliche Betreuungsleistungen (§ 36 SGB XI)

Referentenentwurf

Das Spektrum der Sachleistung der häuslichen Pflegehilfe wird um die „häusliche Betreuung“ erweitert. Die Definition von „häuslicher Betreuung“ erfolgt in § 36 Abs. 2 SGB XI neu. Mit dieser Erweiterung des Sachleistungsanspruchs wird die Begrenzung des Anspruchs auf Betreuungsleistungen durch die gemeinsame Leistungsanspruchnahme mehrerer Pflegebedürftigen (sog. „Pooling“) aufgehoben. Mit dieser Erweiterung des Leistungsspektrums einher geht eine Veränderung der Fachkraft-Definition. Die Sachleistung der häuslichen Hilfe kann künftig nicht mehr nur durch Pflegekräfte, sondern allgemein durch „Kräfte“, die sich auch aus anderen Berufsfeldern rekrutieren können, erbracht werden. In der Begründung zu § 71 Abs. 3a SGB XI neu werden beispielhaft Berufsgruppen benannt. Auch Einzelpflegekräfte nach § 77 SGB XI müssen künftig grundsätzlich häusliche Betreuung als Sachleistung erbringen. Sofern die Pflegekasse eines Versicherten, der eine Einzelpflegekraft wünscht, keinen Vertrag mit einer Einzelpflegekraft abgeschlossen hat, haben Versicherte künftig die Möglichkeit, die Einzelpflegekraft einer anderen Pflegekasse in Anspruch zu nehmen und sich die Kosten dafür von der eigenen Pflegekasse erstatten zu lassen.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass Versicherte aus Mitteln der Pflegeversicherung auch Betreuungsleistungen erhalten können. Diese Leistungserweiterung durchbricht den engen Verrichtungsbezug der nach dem SGB XI gewährten pflegerischen Leistungen und ist ein Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, den der Beirat zum Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgeschlagen hat. Der Deutsche Caritasverband hat sich vehement seit Jahren für eine solche Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt und fordert in diesem Zusammenhang den Gesetzgeber auf, noch in dieser Legislaturperiode den Vorarbeiten des Beirats gesetzgeberisches Handeln folgen zu lassen. Der enge Verrichtungsbezug auf somatische Bedarfe wird insbesondere den Anforderungen der vielen gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen nicht gerecht. Aber auch körperlich gebrechliche Menschen bedürfen der sozialen Betreuung und Begleitung. Daher ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dringend umzusetzen und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) als Begutachtungsverfahren umgehend einzuführen.

Die Einführung von betreuenden Leistungen in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung entspricht einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege, das jenseits des reinen Verrichtungsbezugs aufgrund körperlicher Bedürfnisse auch die Bedarfe an Unterstützung, Sorge und Begleitung im Sinne von „caring“ in den Blick nimmt. Dieser Hilfe bedürfen auch Pflegebedürftige, die nicht demenzkrank oder psychisch erkrankt sind. Insofern ist es sachgerecht, dass die Sachleistung nach § 36 SGB XI neu insgesamt um die Leistung „häusliche Betreuung“ erweitert wird.

Zu begrüßen ist, dass Pflegebedürftige flexibel zwischen den Leistungspaketen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung wählen können, sofern die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist. Weiterhin gilt, dass mehrere Pflegebedürftige die Pflege- und Betreuungsleistungen „poolen“ und dadurch einen Mehrwert erzielen können. Unklar ist, warum der Begriff der „häuslichen Betreuung“ in § 36 SGB XI neu nicht durchgängig verwendet wird. So ist der Begriff „Betreuungsleistungen“ in Satz 5 und Satz 7 nicht entsprechend ersetzt und angepasst worden. Da „Betreuungsleistungen“ im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nur bei „Pooling“ in Anspruch genommen werden konnten und die Sätze 5 und 7 sich auf eben dieses „Pooling“ beziehen, stellt sich die Frage, ob sich diese „Betreuungsleistungen“ von der neu eingeführten Leistung der „häuslichen Betreuung“ unterscheiden.

Problematisch ist hingegen die weite Definition von „häuslicher Betreuung“, die eine klare Abgrenzung zu den Teilhabeleistungen nach dem SGB XII bzw. SGB VIII vermissen lässt. Während der

Vorrang der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, VIII und dem Bundesversorgungsgesetz in § 36 Abs. 1 SGB XI neu ausdrücklich statuiert ist, wird in der Definition von „häuslicher Betreuung“ nach § 36 Abs. 2 SGB XI neu lediglich darauf abgestellt, dass die genannten Leistungen nicht in die Zuständigkeit eines „anderen Sozialleistungsträgers“ fallen. Das wirft Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme auf, die entsprechende Auseinandersetzungen zwischen den Sozialleistungsträgern der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung zulasten der Versicherten nach sich ziehen werden. So werden Teilhabeleistungen für Menschen mit einer Behinderung nach dem SGB XII regelhaft die Definitionsmerkmale der „häuslichen Betreuung“ nach § 36 Abs. 2 SGB XI umfassen, nämlich Unterstützung, Beaufsichtigung, Hilfen zur Orientierung sowie Hilfen zur Gestaltung des Alltags und der sozialen Kontakte. Unklar ist auch, ob sich das Wort „sonstige“ nur auf die Hilfen oder auch auf die Leistungen der Unterstützung und Beaufsichtigung bezieht. Eine Definition von „häuslicher Betreuung“ sollte in jedem Fall nicht mit einer Residualkategorie wie „sonstige Hilfen“ beginnen.

Der Ersatz des Wortes „Pflegerkraft“ durch „Kraft“ ist aus fachlicher Sicht schwierig. Hier wäre es empfehlenswert von geeigneten Pflege- und Betreuungskräften zu sprechen.

Als problematisch bewertet wird die Regelung, dass Einzelkräfte nach § 77 Abs. 1a SGB XI neu die von ihnen erbrachten Sachleistungen im Wege der Kostenerstattung an den Pflegebedürftigen refinanziert bekommen, wenn sie gar keinen Versorgungsvertrag mit der jeweiligen Pflegekasse des von ihnen versorgten pflegebedürftigen Versicherten abgeschlossen haben. Voraussetzung für die Versorgung mit häuslicher Pflegehilfe muss aus Sicht des Deutschen Caritasverbands in jedem Fall ein Versorgungsvertrag sein. Andernfalls ist die Qualitätssicherung der erbrachten Leistung nicht gewährleistet.

Lösungsvorschlag

§ 36 Abs. 1 Satz 3 SGB XI neu soll lauten:

Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflege- und Betreuungskräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.“

§ 36 Abs 1a Satz 1 SGB XI neu soll lauten:

Geeignete Pflege- und Betreuungskräfte, mit denen Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1a abgeschlossen haben, erbringen ebenfalls häusliche Pflegehilfe als Sachleistung. Soweit die je-

weilige Pflegekasse, bei der der Pflegebedürftige versichert ist, selbst keine gesonderte vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kraft, die die häusliche Pflege, häusliche Betreuung oder hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen vornimmt, geschlossen hat, hat der Pflegebedürftige, sobald er dies angezeigt hat, im Rahmen der Leistungsbeträge nach Absatz 3 und 4 einen Anspruch auf Kostenerstattung bis zur Höhe der von einer anderen Pflegekasse vereinbarten Vergütung.“

In § 36 Abs. 1a neu SGB XI wird Satz 2 gestrichen.

§ 36 Abs. 2 SGB XI neu wird, wie folgt, formuliert:

„Häusliche Betreuung umfasst Unterstützung, Beaufsichtigung, **Begleitung**, Hilfen zur Gestaltung des Alltags **und sonstige Hilfen, soweit sie nicht in die Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII, des Trägers der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII oder dem BVG fallen**“.

Weiterzahlung von Pflegegeld bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Kombinationspflege (§ 37 i.V. § 38 SGB XI)

Referentenentwurf

Während der Dauer von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und bei Inanspruchnahme von Ersatzpflege nach § 39 SGB XI soll künftig das Pflegegeld in hälftiger Höhe bzw. bei Kombinationspflege anteilig fortgewährt werden.

Bewertung

Bisher wird das Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI nur in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder während stationärer medizinischer Rehabilitation weitergezahlt. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass es mit der Neuregelung in § 37 Abs. 2 SGB XI einen eigenen Leistungsanspruch auf Gewährung des Pflegegeldes während der Dauer der Kurzzeitpflege und der Ersatzpflege gibt. Das ist sachgerecht und entspricht einer Forderung des Deutschen Caritasverbandes, denn durch die Zahlung von Pflegegeld soll die Pflegebereitschaft der Pflegeperson gefördert und aufrechterhalten werden. Durch Kurzzeitpflege und Ersatzpflege wird die Pflege durch die Pflegeperson nur kurzfristig entweder ganz oder teilweise unterbrochen.

Dennoch bestehen finanzielle Belastungen weiter, wie z.B. Lohneinbußen durch Unterbrechung oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson oder Fahrtkosten.

Unklar ist, warum die Weiterzahlung des Pflegegeldes beispielsweise wegen vierwöchigen Krankenhausaufenthalts in der Sache nicht der Fortgewährung des Pflegegeldes während der bis zu vierwöchigen Kurzzeit- oder Ersatzpflege gleichgestellt wird. Das Pflegegeld soll auch bei Kurzzeit- und Ersatzpflege während der gesamten Dauer bis zu vier Wochen fortgewährt werden.

Sollte an der Regelung festgehalten werden, dass das hälftige Pflegegeld während der Kurzzeit- und Ersatzpflege fortgewährt wird, ist im Gesetzestext klarzustellen, dass diese Regelung nicht bei stundenweiser Inanspruchnahme von Ersatzpflege gilt, denn bei stundenweiser Inanspruchnahme von Ersatzpflege im Umfang von weniger als acht Stunden kürzen die Pflegekassen das Pflegegeld laut Gemeinsamem Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften vom 1. Juli 2008 nicht. Bei einer nur hälftigen Fortgewährung des Pflegegeldes würden Pflegepersonen, die durch stundenweise Ersatzpflege entlastet werden, ungerechtfertigterweise benachteiligt.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Weiterzahlung des (hälftigen) Pflegegeldes während der Kurzzeit- und Ersatzpflege einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Pflege durch Angehörige oder weitere Pflegepersonen darstellt. Der Deutsche Caritasverband regt jedoch ein weiteres Bündel von Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Pflege und Entlastung von Pflegepersonen vor: So soll es möglich sein, die bisher nur als vollstationäre Leistung gewährte Kurzzeitpflege auch ambulant in Anspruch zu nehmen. Zu diesem Zweck sollen die maximal in Anspruch zu nehmenden Zeiten für die Kurzzeit- und Ersatzpflege kombiniert und flexibel in Anspruch genommen werden können. Ist die Ersatzpflegezeit von maximal vier Wochen pro Kalenderjahr ausgeschöpft, soll Kurzzeitpflege auch ambulant in Anspruch genommen werden können. Kurzzeitpflege soll somit nicht mehr nur als vollstationäre Leistung in Anspruch genommen werden können.

Des Weiteren soll die Wartezeit von sechs Monaten für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI vollständig gestrichen werden. Zudem soll der Versicherte nicht jede einzelne Leistung der Ersatzpflege, wie z.B. bei stundenweiser Verhinderung jeweils einzeln beantragen und begründen müssen. Die Pflegekassen sollen im Sinne der Transparenz und leichteren Inanspruchnahme der Ersatzpflege verpflichtet werden, ein einheitliches, verständliches und unbürokratisches Formular für den Nachweis der notwendigen Aufwendungen entwickeln.

Der Deutsche Caritasverband regt darüber hinaus an, die Kurzzeitpflege auszubauen und auch als Krankenhausnachsorge verfügbar zu machen, wenn der Betroffene keine Pflegebedürftigkeit mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten nach § 14 SGB XI aufweist, aber ein aus Krankenhausaufenthalt resultierender vorübergehender medizinisch-pflegerischer Nachsorgebedarf besteht. Wenn der Versicherte hierfür die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, soll die Krankenkasse als der sozialrechtlich zuständige Leistungsträger der Pflegekasse hierfür einen Ausgleichsbetrag zahlen.

Zudem sollten die Leistungssätze der Kurzzeitpflege so gestaffelt werden, dass auch Pflegebedürftige der Pflegestufe III diese ausschöpfen können. Diese sind gegenüber Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I und II aufgrund des für alle Pflegestufen einheitlichen Leistungssatzes benachteiligt. Da der Pflegesatz nach Pflegestufe bemessen ist und mit höherer Pflegestufe steigt, bedeutet ein einheitlich bemessenes Budget, das um so weniger Tage in Anspruch genommen werden kann, je höher die Pflegestufe ist. Durch diese Regelung kann die Kurzzeitpflege in der Praxis gerade in Pflegestufe III ihre entlastende Wirkung nicht voll entfalten. Daher sollen die Leistungen nach Pflegestufen gestaffelt werden.

Des Weiteren sollte die Pflegekasse Kurzzeitpflege im Einzelfall über einen längeren Zeitraum als vier Wochen bewilligen können („Kann“-Bestimmung), wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Bezüglich der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, für die Versicherte Kostenerstattung in Höhe von 100 Euro bzw. 200 Euro monatlich erhalten, wäre eine Information an den Versicherten, in welcher Höhe das Budget bereits ausgeschöpft ist, hilfreich und sinnvoll. Eine entsprechende Information an den Versicherten könnte mit der jeweiligen Abrechnung über 45b-Leistungen erfolgen.

Lösungsvorschlag

§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI neu soll lauten:

„Das Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 oder einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

§ 38 Satz 4 SGB XI neu soll lauten:

„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 oder einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in der zuletzt vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

Sollte an der hälftigen Fortgewährung des Pflegegeldes festgehalten wird, soll in § 37 Abs. 2 Satz SGB XI der Punkt aufgehoben werden und folgender Halbsatz angefügt werden:

„; dies gilt nicht bei stundenweiser Inanspruchnahme von Verhinderungspflege im Umfang von weniger als 8 Stunden täglich.“

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Referentenentwurf

Pflegebedürftige, die Leistungen nach §§ 36, 37 oder 38 SGB XI erhalten, haben künftig Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro, um in der Wohngruppe eine Präsenzkraft zu beschäftigen. Voraussetzung für die Gewährung des Zuschlags ist, dass mindestens drei Pflegebedürftige zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus zusammenleben. Das Wohnen darf nicht unter heimrechtliche Vorschriften fallen. Um eine gemeinschaftlich organisierte Wohnform für die pflegerische Versorgung handelt es sich, wenn die Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich und tatsächlich frei gewählt werden können.

Bewertung

Die Finanzierung der Präsenzkraft in ambulant betreuten Wohngruppen war im bisherigen System der Pflegeversicherung problematisch. Daher wird es ausdrücklich begrüßt, wenn Versicherten künftig ein Zuschlag in Höhe von monatlich 200 Euro für die Anstellung einer Präsenzkraft zur Verfügung gestellt wird. Nach dem Wortlaut des Referentenentwurfs kommen nur Pflegebedürftige in den Genuss dieser Leistung. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, die jedoch keine Pflegestufe erreichen, wären vom Leistungsbezug ausgeschlossen. Das ist nicht sachgerecht. Gerade diese Personengruppe profitiert besonders vom Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe. Da für diese Personengruppe in den Übergangsvorschrif-

ten nach § 123 SGB XI neu auch Leistungen nach § 36, 37 und 38 SGB XI eröffnet werden, sollen sie ebenfalls in den leistungsberechtigten Personenkreis nach § 38a SGB XI einbezogen werden.

Problematisch in § 38a SGB XI sind die Verweise und Bezüge auf heimrechtliche Vorschriften. Da diese auf Länderebene geregelt sind, können sich hier recht unterschiedliche Konstellationen für ambulant betreute Wohngruppen ergeben. Der Gesetzestext sollte sich darauf beschränken, die Leistung zu gewähren, wenn sich Versicherte gemeinsam eine Wohnung oder ein Haus nehmen, um gemeinschaftlich ihre pflegerische Versorgung selbst zu organisieren.

Positiv zu bewerten ist die Abgrenzung von ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige von Wohngruppen, die in den Rechtskreis der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, dem SGB VIII oder dem Bundesversorgungsgesetz fallen.

Lösungsvorschlag

§ 38a Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird, wie folgt, formuliert:

„**Versicherte** in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, 37 oder 38 beziehen, haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Präsenzkraft tätig ist und wenn es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei **Versicherten, die Leistungen nach § 36, 37 oder 38 beziehen, handelt und diese gemeinsam in einer Wohnung oder einem Haus leben, um Pflege und Betreuung gemeinschaftlich zu organisieren.**“

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Referentenentwurf

§ 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI wird aufgehoben. Daher muss der Pflegebedürftige bei den Zuschüssen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Zukunft keinen angemessenen Eigenanteil mehr zahlen. Nach § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI dürfen die Zuschüsse den Betrag in Höhe von 2557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

Bewertung

Der Wegfall des § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI ist positiv zu bewerten. Er führte zu einem hohen Verwaltungsaufwand, da für die Bemessung der Höhe des Zuschusses die Höhe der Kosten der

Maßnahme und das Einkommen des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und danach ein angemessener Eigenanteil zu ermitteln war. Durch den Wegfall der Einkommensprüfung ist der Zugang zu wohnumfeldverbessernde Maßnahmen für den Antragsteller niedrighschwelliger.

Problematisch ist, dass der Gesetzgeber keine Änderung in § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI vorsieht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Urteil vom 17. Juli 2008, Az. B 3 P 12/07 R) bezieht sich der Höchstbetrag nur auf die jeweilige Maßnahme und nicht unbedingt auf die Person des Pflegebedürftigen. Kommt also eine Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen zugute, wie Türverbreiterung für zwei in einem Wohnumfeld lebende Rollstuhlfahrer oder Erstellung eines barrierefreien Zugangs für unter derselben Behinderung leidende Zwillinge, so ist die Höchstsummenbegrenzung nach § 40 Absatz Absatz 4 Satz 3 SGB XI nicht zu verdoppeln. Dies wäre aber gerade im Hinblick auf die Förderung von ambulanten Wohngruppen wünschenswert und systemkonform, vgl. § 45e SGB XI neu.

Lösungsvorschlag

§ 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI wird ergänzt:

Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2557 Euro **je Versichertem bezogen auf eine** Maßnahme nicht übersteigen, wenn diese mehreren Versicherten zugute kommt.

Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 42 SGB XI i.V. mit §§ 23 und § 40 SGB V)

Referentenentwurf

Die Gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, ausdrücklich die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei Antragstellungen zur Vorsorge und Rehabilitation zu berücksichtigen. In § 42 SGB XI wird ein neuer Rechtsanspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, geschaffen. Der Anspruch wird ausgelöst, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband hat sich im Vorfeld der Reform dafür eingesetzt, Pflegepersonen, die aufgrund der Pflege erschöpft und/oder erkrankt sind, einen besseren Zugang zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V zu ermöglichen. In § 23 Abs. 5 Satz 1 und analog in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V werden die Krankenkassen nun verpflichtet, bei ihren Entscheidungen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen ausdrücklich die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Das ist im Grundsatz begrüßenswert. An sich besteht schon heute ein Anspruch auf medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V bzw. medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V infolge von gesundheitlichen Belastungen durch die Pflege von Angehörigen. Es ist jedoch sinnvoll, diesen Anspruch im Gesetz zu statuieren. Ähnlich der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V sollte es auch für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen nicht erforderlich sein, dass zunächst die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vollständig ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Ziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Es wird eine entsprechende gesetzliche Klarstellung vorgeschlagen, um zu vermeiden, dass Anträge allein mit dem Verweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt werden können. Weiterhin wird vorgeschlagen, dass pflegende Angehörige die Maßnahme wahlweise in einer Einrichtung der indikationsspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V oder aber in einer zielgruppenspezifisch ausgerichteten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung der Müttergenesung nach § 111a SGB V in Anspruch nehmen können. Einrichtungen des Müttergenesungswerks verfügen über umfangreiche Erfahrungen zu den spezifisch erforderlichen Gesundheitsmaßnahmen für pflegende Frauen (und Männer).

Das Mitnehmen von Pflegebedürftigen in Rehabilitationseinrichtungen wird durch die Neuregelung in § 42 SGB V ermöglicht. Diese Option kann den Wünschen und Bedarfen in bestimmten Pflegesituationen entsprechen und wird vom Deutschen Caritasverband daher begrüßt. Mit der Neuregelung in § 42 SGB XI verbunden ist die künftige Verpflichtung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, grundsätzlich ein Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen vorzuhalten, denn es kann jederzeit das Erfordernis auftreten, dass ein vorsorge- oder rehabilitationsbedürftiger pflegender Angehöriger die zu pflegende Person in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung mitbringt. Obwohl der Referentenentwurf die Kurzzeitpflege in stationären Vorsorge- und Rehabilitati-

onseinrichtungen eröffnet, sieht er nicht den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI vor. Insbesondere Vorsorgeeinrichtungen werden nicht in jedem Fall die Qualitätsanforderungen, die nach dem SGB XI an die Kurzzeitpflege gerichtet sind, erfüllen. § 71 Abs. 4 SGB XI besagt, dass stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, ausdrücklich keine Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI sind. Um die Qualität der Kurzzeitpflege während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sollten die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen daher verpflichtet werden, die Anforderungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI zu erfüllen. Der Abschluss eines gesonderten Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI hingegen mag entbehrlich sein.

Lösungsvorschlag

In § 42 Abs. 4 SGB XI neu soll folgender Satz 2 ergänzt werden:

„Ein gesonderter Versorgungsvertrag ist nicht abzuschließen. Für die Kurzzeitpflege gelten die Anforderungen des § 71 Abs. 2.“

§ 71 Abs. 4 SGB XI ist entsprechend anzupassen.

§ 23 Abs.5 Satz 1 SGB V neu soll lauten:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehörige. Bei Maßnahmen für pflegende Angehörige gilt § 23 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1 nicht. Die Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a in Anspruch genommen werden.“

§ 40 Abs 3 S. 1 SGB V neu soll lauten:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehörige. Bei Maßnahmen für pflegende Angehörige gilt § 40 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 nicht. Die Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem

Versorgungsvertrag nach § 111 oder in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a in Anspruch genommen werden.“

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Referentenentwurf

§ 45e SGB XI neu sieht einen Gründungszuschuss von max. 10.000 Euro pro ambulanter Wohngruppe vor. Dazu werden jedem Pflegebedürftigen, der Anspruch auf Leistungen nach § 38a SGB XI hat, bis zu 2.500 Euro zusätzlich zu den Zuschüssen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI gewährt, um die gemeinsame Wohnung binnen eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen altersgerecht umgestalten zu können. Umfasst die Wohngruppe mehr als vier Pflegebedürftige, wird der Zuschuss anteilig gewährt und in der maximalen Höhe entsprechend auf die Versicherungsträger aufgeteilt. Der Förderbetrag ist von den Pflegekassen bei Nachweis der Gründung einer Wohngruppe auszuführen. Förderbeträge können dabei solange ausbezahlt werden, bis ein Volumen in der Gesamthöhe von 30 Mio. Euro erreicht worden ist. Theoretisch könnten somit 3000 neue ambulante Wohngruppen gefördert werden. Ausweislich der Begründung ist dieses Volumen Bestandteil der insgesamt nicht verausgabten Summe von 45 Mio. Euro, die für die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI vorgesehen waren.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt den Ausbau ambulanter Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen uneingeschränkt. Wie schon zu § 38a SGB XI neu ausgeführt, bedarf es für die Gründung und Ausgestaltung solcher Wohngruppen einer spezifischen baulichen Infrastruktur und personellen Ausstattung in Form von Präsenzkräften. Unklar ist, weshalb die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulanter Wohngruppen in § 45e neu SGB XI und nicht in § 40 SGB XI geregelt wird, denn in der bisherigen Rechtssystematik des SGB XI bezogen sich die §§ 45a ff. SGB XI bisher ausschließlich auf Versicherte mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf und hier insbesondere auf demenzkranke Pflegebedürftige. Umgekehrt haben gerade Versicherte mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, die keinen Anspruch auf Leistungen nach § 36, 37 oder 38 SGB XI haben, – das sind die versicherten Nicht-Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 nach § 45a Abs. 1 Ziffer 2 SGB XI - nach dem bisherigen Wortlaut des Referentenentwurfs keinen An-

spruch auf Anschubfinanzierung als Gründungsmitglied einer ambulanten Wohngruppe. Gerade Demenzkranke der Pflegestufe 0 würden jedoch besonders von ambulanten Wohngruppen profitieren und auch diese Demenzkranken bedürften eines Förderbetrags zur Gestellung einer Präsenzkraft.

Dieses Dilemma lässt sich in der gegenwärtigen Gesetzessystematik nur auflösen, indem in § 38a Abs. 1 Satz 1 SGB XI neu das Wort „Pflegebedürftige“ durch das Wort „Versicherte“ ersetzt wird und der neue § 45e SGB XI in § 40 Abs. SGB XI integriert wird.

Lösungsvorschlag

§ 45 e SGB XI wird zu § 40 Abs. 4a neu SGB XI. Dabei wird das Wort „Pflegebedürftige“ in Satz 1 durch das Wort „Versicherte“ ersetzt.

Weiterentwicklung neuer Wohnformen (45f SGB XI)

Referentenentwurf

Das Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen sieht in § 45f SGB XI neu die Weiterentwicklung neuer Wohnformen vor. Danach sollen zur wissenschaftlich gestützten Förderung neuer Wohnformen 15 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung stehen.

Insbesondere sollen dabei Konzepte einbezogen werden, die bewohnerorientierte individuelle Versorgung außerhalb von stationären Einrichtungen anbieten. Diese Konzepte sollen u.a. von stationären Einrichtungen entwickelt werden. Die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Bewertung

Der Ausbau von neuen ambulanten Wohn- und Versorgungsformen ist zukunftsweisend und trägt den Wünschen vieler pflegebedürftiger Menschen Rechnung. Gleichzeitig gilt es jedoch, neben neuen ambulanten Wohnformen auch die bestehenden stationären Versorgungsformen wissenschaftlich gestützt weiterzuentwickeln. Die Fördermittel sollten somit auch für diesen Bereich zur Verfügung stehen. Die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen beschließen. Das Argument,

dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Voraussetzungen und das Verfahren zur Förderung alleine beschließt, um so Verwaltungsaufwand zu reduzieren greift zu kurz. Die Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen ist von so hoher Bedeutung, dass die Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen beteiligt werden müssen.

Lösungsvorschlag

§ 45f S. 2 SGB XI neu ist zu streichen.

Pflegekassen (§ 46 SGB XI)

Referentenentwurf

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen für die Pflegekasse werden grundsätzlich pauschal erstattet. Dieser Betrag wird um die Hälfte der Summe, die der Pflegekasse für die Pflegeberatung entstehen, gemindert. Nunmehr sollen nach § 46 Abs. 3 SGB XI neu auch eine Kürzung des Erstattungsbetrags erfolgen, wenn die Pflegekasse aufgrund von Verzögerungen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zehn Euro an den Versicherten zahlen muss. Zudem soll sich die Aufsicht und Prüfung der Pflegekassen auch auf die Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen erstrecken, § 46 Abs. 6 SGB XI neu.

Bewertung

Die Regelung in § 46 Abs. 3 SGB XI neu führt dazu, dass die Zusatzzahlungen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Frist zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit von den Krankenkassen getragen werden. Abgesehen davon, dass sich der Deutsche Caritasverband ausdrücklich gegen die Zusatzzahlung nach § 18 Abs. 3a SGB XI neu wendet, ist die Beteiligung der Krankenkassen an den Zusatzzahlungen unsachgemäß. Die Kosten sind alleine durch das nicht fristgemäße Handeln der Pflegekasse entstanden. Daher sollen die anfallenden Kosten alleine von der Pflegekasse übernommen werden.

Die Änderungen in § 46 Abs. 6 SGB XI neu sind mit Blick auf § 274 Abs.1 SGB V systemkonform.

Lösungsvorschlag

§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI lautet wie bisher:

Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen aufgrund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3,5 vom Hundert des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 zu vermindern.

Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekasse im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 53b SGB XI)

Referentenentwurf

§ 53b SGB XI neu sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2013 Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen und anderen unabhängigen Gutachtern zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erlässt. Dadurch soll eine einheitliche Begutachtung sichergestellt werden. Die Richtlinie trifft Bestimmungen über:

- Die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter
- Ein Verfahren, das die einheitliche Beurteilung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch MDK und unabhängigen Gutachter sicherstellt
- Die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung und die Einbeziehung des Gutachters in das Qualitätssicherungsverfahren des MDK

Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bewertung

Der Erlass von Richtlinien ist sinnvoll um eine einheitliche Praxis bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK und unabhängige Gutachter zu erreichen. Die Richtlinien sind verwaltungsinterne Gesetzeskonkretisierungen zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen. Um eine zeitnahe und wirkungsvolle Zusammenarbeit von unabhängigen Gutachtern und Pflegekassen zu ermöglichen, sollten die Richtlinien zur Zusammenarbeit bereits bis zum 31. Januar 2013 erlassen werden. So kann im Interesse des Versicherten die Feststellung der Pflegebedürftigkeit schneller und flexibler gewährleistet werden. Gleichzeitig wird der MDK entlastet.

Lösungsvorschlag

§ 53b Satz 1 SGB XI neu wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. Januar 2013 mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.“

Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)

Referentenentwurf

Nach § 55 SGB XI i.V. mit Artikel 4 Abs. 2 des PNG neu erhöht sich der Beitragssatz zum 1. Januar 2013 um 0,1 Prozent.

Bewertung

Ausweislich der Begründung zum PNG belaufen sich die Mehrausgaben aufgrund der Leistungsverbesserungen und der Gewährung zusätzlicher Leistungen im Jahr 2013 auf 1,09 Mrd. Euro; bis 2015 wird mit einer Steigerung der Mehrausgaben auf 1,45 Mrd. Euro gerechnet. Dies zeigt, dass die Beitragssatzerhöhung nur knapp ausreicht, um die zu erwartenden Mehrausgaben bis 2015 zu refinanzieren. Der Deutsche Caritasverband erwartet noch in dieser Legislaturperiode, spätestens jedoch zu Beginn der nächsten Legislaturperiode, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch leistungsrechtlich umgesetzt wird. Zu diesem Zweck wird es erforderlich sein, die Pflegeversicherung auf eine finanziell nachhaltige Basis zu setzen.

Begriff der Pflegeeinrichtung (§ 71 SGB XI)

Referentenentwurf

Die Erweiterung des Sachleistungsanspruchs in § 36 SGB XI neu um den Begriff der „häuslichen Betreuung“ macht eine Neudefinition der ambulanten Pflegeeinrichtung in § 71 Abs. 1 SGB XI erforderlich. Durch die Streichung des Wörtchens „nur“ in § 7 Abs. 2 Ziffer 2 wird klargestellt, dass Träger einer Tagespflegeeinrichtung diese auch gleichzeitig für Angebote der Nachtpflege nutzen können. Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft wird automatisch auf acht Jahre statt der bisher geltenden fünf Jahre mit Verlängerungsmöglichkeit auf acht Jahre festgelegt.

Eine substantielle Änderung ergibt sich durch die Neueinfügung eines Abs. 3a, wonach i.V. mit § 72 Abs. 2 Satz 3 neu SGB XI ab dem 1. Januar 2013 auch ambulante Dienste per Versorgungsvertrag zugelassen werden können, die sich schwerpunktmäßig auf die häusliche Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen konzentrieren. An die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft als Leitungsperson kann in einem solchen Dienst dann eine qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf während der letzten acht Jahre treten, welche als verantwortliche (Fach-)Kraft anzuerkennen ist. Die Dienste haben sich in ihrer Bezeichnung entsprechend kenntlich zu machen.

Bewertung

Es ist positiv zu bewerten, dass die Träger der Einrichtungen von Tagespflege diese nun auch für die Nachtpflege nutzen können und umgekehrt.

Ebenso positiv zu bewerten ist Verlängerung der Rahmenfrist für die Zulassung als verantwortliche Pflegefachkraft von fünf auf acht Jahre. Zwar war auch bisher schon eine Verlängerung der Rahmenfrist auf acht Jahre möglich; diese war jedoch im Einzelfall von den Landesverbänden der Pflegekassen zu prüfen. Zudem war die Verlängerung der Rahmenfrist an die spezifischen in § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB XI genannten Gründe gebunden. Nunmehr zählen auch Berufsunterbrechungen aus anderen als in Ziffern 1 bis 3 genannten Gründen. Dies dient der Entbürokratisierung und ist sachgerecht.

Nach dem Referentenentwurf können künftig auch ambulante Dienste zugelassen werden, die nur Leistungen der häuslichen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen. Das Sachleistungsspektrum nach § 36 SGB XI neu sieht ausdrücklich die Trias von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung vor. § 36 Abs. 1 Satz 6 SGB XI neu schreibt vor, dass der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung voraussetzt, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Diesen Grundsatz durchbricht die Neuregelung in § 71 Abs. 3a SGB XI neu. Als implizite Begründung wird angeführt, dass sich die entsprechenden ambulanten Dienste auf die Versorgung von „demenziell erkrankten Pflegebedürftigen“ konzentrieren sollen. Nach der gesetzlichen Definition sind „demenziell erkrankte Pflegebedürftige“ jedoch auch Pflegebedürftige i.S. von § 45a Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 SGB XI neu und somit ein Personenkreis, der in jedem Fall Anspruch auf Leistungen der Grundpflege hat. Anders verhält es sich bei den Versicherten nach § 45a Abs. 2 Satz 2 Ziffer 2, die aber

wiederum in der Definition des Adressatenkreises der ambulanten Dienste nach § 71 Abs. 3a nicht genannt sind, denn dort ist von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen die Rede. Wenn Pflegebedürftige nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 SGB XI Leistungen solcher ambulanter Dienste in Anspruch nehmen, müsste analog geregelt werden, dass sie eine Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI abrufen müssen. Eine solche Regelung fehlt jedoch im vorliegenden Gesetzesentwurf. Ebenfalls nicht geregelt ist, welche Berufsgruppen für die Funktion einer verantwortlichen Fachkraft in Betracht kommen. In der Begründung finden sich Hinweise. Danach sind Altentherapeut/innen, Heilerzieher/innen, Heimpädagoge/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoge/innen sowie Sozialtherapeut/innen entsprechend für die ambulanten Dienste fachlich geeignete, qualifizierte Berufsgruppen. Eine weitere Gefahr birgt das im Gesetzestext genannte Kriterium der „Zuverlässigkeit“. Da auf die Auflistung von Berufsgruppen verzichtet wird und stattdessen nur auf fachliche Eignung und Qualifizierung sowie allgemein auf Berufserfahrung abgestellt wird, wird das Tätigkeitsfeld breiten Berufsgruppen eröffnet, solange sie eine fachliche Eignung haben, eine wie auch immer geartete Qualifizierung aufweisen und dabei „zuverlässig“ sind.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist es für den pflegebedürftigen Menschen sinnvoller, wenn Pflege und Betreuung aus einer Hand erbracht werden statt separat durch einen Pflegedienst und einen Betreuungsdienst. Pflegedienste müssen Betreuung regelhaft anbieten; daher werden sie nicht nur ihr Leistungsspektrum, sondern auch ihre Personalstruktur entsprechend anpassen. Für den Versicherten ist es unerheblich, ob er Betreuungsleistungen von Pflegediensten oder Betreuungsdiensten abrufen kann. Sinnvoll für den Versicherten ist es jedoch, wenn sich Pflege- und Betreuungskräfte über sein Versorgungssetting abstimmen können. Dies ist nur gewährleistet, wenn beide Leistungen aus einer Hand erfolgen und nicht durch unterschiedliche Dienste, die nicht miteinander kooperieren.

Sollte der Gesetzgeber jedoch bei der Zulassung gesonderter „ambulanter Dienste“ bleiben, sind an die Leistungserbringung jedoch enge Voraussetzungen zu knüpfen: Erstens, müssen für die Zulassung der verantwortlichen Fachkraft – die auch als „Fachkraft“ und nicht nur als „Kraft“ im Gesetzestext zu bezeichnen ist – Ausbildungsabschlüsse analog zu § 71 Abs. 3 Satz 1 Ziffern 1 bis 3 SGB XI genannt werden. Dies können durchaus die in der Begründung genannten Ausbildungsabschlüsse sein. Allerdings ist es auch unbeschadet einer gesonderten Zulassung von „ambulanten Diensten“ aus Sicht des Deutschen Caritasverbands zwingend, analog zu der Regelung für Pflegefachkräfte nach § 71 Abs. 2 SGB XI die Ausbildungsabschlüsse für die Betreuungsberufe konkret zu benennen, beispielsweise in einem neuen § 71 Abs. 2a SGB XI. Zweitens soll das Ge-

setz im Falle einer gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten eine Informationspflicht gegenüber den Versicherten beinhalten, dass die Angebote der ambulanten Dienste nach § 71 Abs. 3a SGB XI neu nur die häusliche Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen und nicht das gesamte Spektrum an Leistungen, das im Übrigen die zugelassenen Pflegedienste erbringen. Drittens muss im Fall der solitären Inanspruchnahme dieser Dienste für alle in einer Pflegestufe eingestuft den demenziell erkrankten Versicherten in § 37 Abs. 3 SGB XI ein Pflegepflichtbesuch statuiert werden.

Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

Referentenentwurf

Im Referentenentwurf werden zudem Anpassungen vorgenommen, die sowohl aus den Änderungen zu Art und Umfang der Leistung im Allgemeinen als auch aus den Ergänzungen des Sachleistungskatalogs nach § 36 SGB XI neu um die „häusliche Betreuung“ im Spezifischen resultieren. Anstelle des Begriffs der „allgemeinen Pflegeleistungen“ (gemäß § 84 Abs. 4 SGB XI) tritt der Begriff der „Pflege- und Betreuungsleistungen“ (gemäß § 4 Abs. 1 SGB XI neu).

Um Anreize und Möglichkeiten für den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen zu erhöhen, wird in § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI neu der Begriff „örtlich“ durch „vor Ort“ ersetzt.

Des Weiteren wird in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI neu die Zahlung der „ortsüblichen Vergütung“ auf die Personengruppen beschränkt, für die das Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer nicht gilt, weil für diese Personengruppen der Mindestlohn nicht greift. Das gilt für alle Beschäftigten, die nicht in der Grundpflege tätig sind, z. B. für Betreuungskräfte oder für Kräfte, die in der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig sind.

Bewertung

Über das Kriterium „örtlich“ sind in der Vergangenheit in der Praxis Auslegungsschwierigkeiten entstanden. Beispielsweise konnte „örtlich“ so verstanden werden, dass die per Gesamtversorgungsvertrag verbundenen Einrichtungen in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander liegen mussten, wobei wiederum strittig war, wie räumliche Nähe zu definieren sei. Durch die Ersetzung des Wörtchens „örtlich“ durch „vor Ort“ wird klargestellt, dass sich die Einrichtungen, die durch Ge-

samtversorgungsvertrag verbunden werden sollen, in derselben Kommune befinden müssen. Diese Klarstellung führt dazu, dass sich Einrichtungen nicht über die Kommunengrenze hinaus miteinander verbinden können. Diese Regelung erweist sich insbesondere in Regionen, in denen Stadt und Landkreis oder auch zwei Ortschaften eng aneinander angrenzen, als nicht sinnvoll. Das Wörtchen „örtlich“ ermöglicht einen weiteren Ermessensspielraum für den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages. Es sollte daher nicht durch die Worte „vor Ort“ ersetzt werden.

Die Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI neu setzt die „ortsübliche Vergütung“ in eine direkte Beziehung zum Mindestlohn, indem die ortsübliche Vergütung Ersatzfunktion für die Nicht-Existenz eines Mindestlohns für bestimmte Berufsgruppen und Funktionsträger in den Pflegeeinrichtungen entfaltet. Damit erhält der Mindestlohn implizit die Funktion eines Normlohns i.S. einer Untergrenze für wirtschaftliche Leistungserbringung. Der Deutsche Caritasverband hatte schon anlässlich des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gefordert, dass tarifliche Regelungen oder die arbeitsvertraglichen Regelungen der Kirchen als ortsübliche Vergütung anzuerkennen sind, wenn die Regelung die in der Begründung ausgewiesene Absicht des Gesetzgebers entfalten soll, nämlich durch dieses Instrument Lohndumping zu vermeiden. Soweit in der Begründung zu § 72 SGB XI nämlich allein auf Tarifverträge Bezug genommen wird, entsteht der unzutreffende Eindruck, dass sich die Norm allein auf dieses eine Gestaltungsmittel zur Regelung tariflicher Vergütungen bezieht. Dadurch werden die kirchlichen Arbeitsvertragsregelungen als andere ortsübliche Vergütung, aber nicht als Tariflöhne bewertet, was für Leistungserbringer, die Mitglieder von Diözesan-Caritasverbänden und diakonischen Werken sind, schwerwiegende Auswirkungen hätte. Denn in vielen Regionen gibt es keine tarifvertraglich gebundenen Leistungserbringer, wohl aber die an kirchliche Tarifregelungen gebundenen Einrichtungen der Caritas und der Diakonie. Wegen der mit Tarifverträgen durchaus vergleichbaren Bindungswirkung kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen bittet der Deutsche Caritasverband um eine entsprechende Darstellung sowohl im Wortlaut des § 72 SGB XI als auch entsprechend in der Begründung, die nicht auf Tarifverträge, sondern tarifliche Regelungen abstellt.

Lösungsvorschlag

In § 72 Abs. 2 Satz 1 sind die Wörter „vor Ort“ zu streichen.

§ 72 Abs. 3 Satz 1, Halbsatz 1 Nr. 2 SGB XI soll ergänzt werden und lauten:

„die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen **tarifliche oder** ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen“.

Rahmenverträge und –vereinbarungen (§ 75 SGB XI)

Referentenentwurf

Im Wesentlichen werden Folgeanpassungen zu § 4 Abs. 1 SGB XI neu vorgenommen, indem der Begriff „Betreuung“ systematisch ergänzt wird. In den Verträgen neu zu regeln ist gemäß § 75 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI neu die Abgrenzung der häuslichen Betreuung zu anderen Leistungen nach dem SGB XI. Zudem sind gemeinsame Rahmenvereinbarungen zu Art, Inhalt und Umfang der häuslichen Betreuung zu schließen. Vereinbarungspartner sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die BAGüS. Beteiligt werden der MDS, der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Vereinigungen der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

Bewertung

Gemäß § 75 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI neu umfassen die Pflegeleistungen auch die häusliche Betreuung. Diese Definition erfolgt im Referentenentwurf nicht einheitlich und durchgängig. So wird beispielsweise der Begriff „allgemeine Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) in § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI neu durch „Pflege- und Betreuungsleistungen“ und nicht durch „allgemeine Pflegeleistungen“ ersetzt. Die ab 1. Januar 2013 neu zuzulassenden „ambulanten Dienste“ nach § 71 Abs. 3a SGB XI neu können auch nur Leistungen der Betreuung ohne pflegerische Leistungen anbieten. Laut Begründung entstehen durch Einführung der neuen Leistung der häuslichen Betreuung in § 36 SGB XI neu Abgrenzungsfragen und ggf. Abgrenzungsprobleme zur häuslichen Krankenpflege (HKP) sowie zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege. Daher wird den Vereinbarungspartner der Rahmenverträge und –vereinbarungen aufgegeben, die Abgrenzungsfragen durch gemeinsame Rahmenvereinbarungen nach § 75 Abs. 8 neu SGB XI zu lösen. Diese Konstruktion hält der Deutsche Caritasverband in keiner Weise für sachgerecht. Da die häusliche Betreuung vollumfänglich zum Leistungsspektrum der häuslichen Pflegehilfe und damit der Sachleistungen nach § 36 SGB XI zählt, sind die Leistungen der häuslichen Betreuung einschließlich notwendiger Abgrenzungen dem Inhalt nach direkt in den Verträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI zu regeln. Zusätzlich ist es sinnvoll, analog zu § 75 Abs. 6 SGB XI Empfehlungen zu den Leistungen der häuslichen Betreuung abzugeben.

Sollte der Gesetzgeber beim Konstrukt der Vereinbarung nach § 75 Abs. 8 SGB XI neu bleiben, müssten die Verbände der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen Vereinbarungspartner werden.

Eine bloße Beteiligung reicht nicht aus, wenn es um die Grundlage von Vergütungsvereinbarungen geht.

Die Begründung zu den Abgrenzungsfragen von häuslicher Betreuung zu Leistungen anderer Sozialleistungsträger benennt zentrale Abgrenzungsprobleme, die auch der Deutsche Caritasverband sieht: Es handelt sich zum einen um Abgrenzungsfragen innerhalb des Sachleistungskatalogs nach § 36 SGB XI. So können während des Betreuens auch Hilfeleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich werden und während grundpflegerischer Leistungen können betreuerische Leistungen erforderlich werden. Ist beispielsweise das gemeinsame Kaffeetrinken von Pflegebedürftigen eine Form der häuslichen Betreuung, indem soziale Kontakte zu anderen aufrechterhalten werden oder eine hauswirtschaftliche Versorgungsleistung, wenn der Kaffee zubereitet wird oder gar eine grundpflegerische Leistung, wenn der Pflegebedürftige Unterstützungsbedarf beim Trinken hat? Es ist möglich, dass das Vorlesen aus der Zeitung als Aktivität der häuslichen Betreuung unterbrochen wird durch einen Toilettengang, bei dem der Pflegebedürftige grundpflegerische Unterstützung benötigt.

Zum anderen entstehen Abgrenzungsprobleme zur Eingliederungshilfe. So kann die Gestaltung des Alltags, die Tagesstrukturierung, die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen eine Teilhabeleistung nach dem SGB XII oder eine Leistung der häuslichen Betreuung nach § 36 SGB XI neu sein.

Diese Abgrenzungsfragen können jedoch nicht durch untergesetzliche Vereinbarungen von Partnern der Selbstverwaltung geklärt und einer Regelung zugeführt werden. Da es sich bei der häuslichen Betreuung um einen Rechtsanspruch der Versicherten auf eine bestimmte Leistung handelt, ist diese vom Gesetzgeber klar zu definieren und ggf. von Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern abzugrenzen.

Lösungsvorschlag

In § 75 Abs. 2 Ziffer 1 werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Abgrenzung von häuslicher Betreuung zu anderen Leistungen nach diesem Buch“ ergänzt.

§ 75 Abs. 8 neu SGB XI wird gestrichen.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

Referentenentwurf

§ 77 Abs. 1 Satz 1 1.HS SGB XI neu bestimmt, dass die Pflegekasse mit einzelnen geeigneten Pflegekräften Verträge schließen soll, um die häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Die bisherige „Kann“-Bestimmung wird in eine stärker verpflichtende „Soll“-Bestimmung umgewandelt. Nach § 77 Abs.1a SGB XI neu sollen die Pflegekassen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und ab Januar 2013 der häuslichen Betreuung Verträge mit einzelnen geeigneten Kräften schließen, wenn dadurch das Wohnen in ambulant betreuten Wohngruppen erleichtert oder ermöglicht wird. Der bisherige Absatz 1 versucht die Ziffern 1-4 in Satz 1 durch eine entsprechende Neuformulierung zusammenzufassen.

Bewertung

Die Ersetzung der „Kann“-Regelung durch eine „Soll“-Regelung ist im Grundsatz zu begrüßen; ob die „Soll“-Regelung jedoch eine stärkere Wirkkraft zum Abschluss von Verträgen mit einzelnen geeigneten Pflegekräften entfaltet als die bisherige „Kann“-Regelung sei dahingestellt. Kontrahieren können die Pflegekassen nur, wenn der Markt ein entsprechendes Angebot an geeigneten Kräften zur Verfügung stellt. Nach wie vor fehlt es jedoch an einer Regelung zur Qualitätssicherung. Da die Einzelpflegekräfte die gleichen Leistungen wie die ambulanten Pflegedienste erbringen und erbringen müssen, müssen auch für sie die gleichen Qualitätsanforderungen wie für die ambulanten Pflegedienste gelten. In den §§ 112ff. SGB XI fehlen solche Regelungen jedoch weiterhin. Zudem muss das Gebot des § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, eine ortsübliche (bzw. tarifliche) Vergütung auch für Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften vorzusehen, gesetzlich verankert werden.

Der Deutsche Caritasverband regt zudem an, in der amtlichen Pflegestatistik nach § 109 SGB XI auch die Anzahl der einzelnen geeigneten Pflegekräfte zu erfassen, damit gezielter Informationen über die Entwicklung der Nachfrage nach dieser Versorgungsform gewonnen werden können. § 109 Abs. 1 ist nach Ziffer 3 SGB XI neu um eine entsprechende Ziffer 3a zu erweitern.

Bemessungsgrundsätze (84 SGB XI)

Referentenentwurf

Nach § 84 Abs. 3 SGB XI neu können Pflegeeinrichtungen Ehrenamtlichen Aufwandsentschädigungen zahlen, soweit sie durch deren Tätigkeit von allgemeinen Pflegeleistungen entlastet werden.

Bewertung

Diese Neuregelung ist in dieser Form abzulehnen. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall zum Beispiel Hilfen bei der Körperpflege, Hilfen bei der Ernährung, Hilfen bei der Mobilität, Hilfen im Rahmen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Diese Aufgaben sollen auch in Zukunft in Pflegeeinrichtungen nicht von Ehrenamtlichen, sondern von Pflegekräften übernommen werden. Bei ehrenamtlicher Tätigkeit kann es in vielerlei Hinsicht zu Schadensfällen kommen. Insbesondere kann ein ehrenamtlich Tätiger den Pflegebedürftigen schädigen und dafür nach den gesetzlichen Vorschriften haften. Dieses Haftungsrisiko soll in Pflegeeinrichtungen nicht an ehrenamtliche Personen übertragen werden.

Grundsätzlich wäre eine Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Unterstützung wie Besuche oder Vorlesen durch ehrenamtliche Personen zu begrüßen. Eine solche Regelung schätzt Ehrenamt und persönliches Engagement wert. Insoweit kann auf die bestehende Regelung in § 82b SGB XI verwiesen werden.

Lösungsvorschlag

§ 84 Abs. 3 wird gestrichen.

Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI)

Referentenentwurf

Nach § 87 S.3 SGB XI neu dürfen Entgelte für die Verpflegung nur für Tage berechnet werden, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde.

Bewertung

Die Änderung knüpft an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 13. Dezember 2007, Az. III ZR 172/07 an. In dem entschiedenen Fall ging es um eine Heimbewohnerin, die von Beginn ihres Heimaufenthalts mit Sondernahrung versorgt wurde. Für solche Bewohner ist die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wonach ersparte Aufwendungen nicht berechnet werden, sachgerecht. Problematisch ist jedoch, dass der Gesetzgeber hier weiter geht als die Rechtsprechung. Es sollen nicht nur die ersparten Aufwendungen ersetzt werden, sondern es werden die Kosten für die Verpflegung nicht berechnet. Eine solche Regelung ist nicht sachgerecht, da das Heim bei einem kurzfristigen Ausfall trotzdem Aufwendungen für die Verpflegung hat und in diesen Fällen keine leistungsgerechte Vergütung erhält, da bei der Verpflegungsleistung keine Personaleinsparungen und nur begrenzte Sachmitteleinsparungen möglich sind. Abgesehen davon würde durch die Regelung ein hoher Verwaltungsaufwand entstehen, da dokumentiert werden müsste, wer an der Verpflegung nicht teilgenommen hat. Deshalb erscheint es sachgerecht die –meist sehr geringen- ersparten Aufwendungen erst ab einer Woche zu erstatten.

Lösungsvorschlag

§ 87 S. 3 SGB XI neu soll heißen:

„Ersparte Aufwendungen für die Verpflegung dürfen nicht berechnet werden, wenn die Verpflegung aus gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Gründen für längere Zeit als 7 Tage nicht in Anspruch genommen wird.“

Zusätzliche Betreuungskräfte in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (§ 87b SGB XI)

Referentenentwurf

Die Möglichkeit, Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbaren zu können, wird von vollstationären Einrichtungen auf teilstationäre Einrichtungen erweitert.

Bewertung

Es entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbands, zusätzliche Betreuungskräfte auch in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einsetzen zu können. Betreuung, Aktivierung sowie Tagesstrukturierung sind zentrale Elemente der Tagespflege, weswegen diese Leis-

tungsform vor allem für demenzerkrankte Menschen sinnvoll ist und nachgefragt wird. Der Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften trägt zur weiteren Stärkung des Betreuungsangebots bei. Daher begrüßt der Deutsche Caritasverband die Neuregelung ausdrücklich. Wir weisen darauf hin, dass die auf die vollstationäre Einrichtung bezogenen Formulierungen, in denen auf die „Heimbewohner“ und das „Pflegeheim“ abgestellt wird, entsprechend anzupassen sind.

Die Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte im Pflegeheim hat sich aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sehr bewährt. Aus der Praxiserfahrung heraus regen wir jedoch an, den in § 87b Abs. 1 Satz 2 Ziffer 3 SGB XI genannte Schlüssel von 1:25 auf 1:20 zu senken.

Zusätzliche Betreuungskräfte müssen zudem auch Menschen, die Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, zur Verfügung stehen. Aus unseren Einrichtungen wird immer berichtet, dass für Nichtversicherte, die Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII sind, keine Vergütungszuschläge gezahlt werden. Begründet wird dies mit § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB XI, dem zur Folge die Träger der Sozialhilfe weder ganz noch teilweise mit Vergütungszuschlägen belastet werden dürfen. Im Unterschied zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI im ambulanten Bereich (vgl. § 13 Abs. 3a SGB XI) fehlt es im stationären Bereich an einer klaren Regelung. Empfänger der Hilfe zur Pflege, die zum Personenkreis nach § 45a SGB XI gehören, müssen jedoch einen klaren Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen auch im vollstationären Bereich haben. Der Betreuungsschlüssel von 1:25 (bzw. 1:20) muss sich auch auf ihren Personenkreis erstrecken können. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen gehören zu den Leistungen der vollstationären Pflege nach § 28 Abs. 1 Ziffer 8 SGB XI, sofern die diese in Anspruch nehmenden Personen die Kriterien nach § 45a SGB XI erfüllen. Sofern die Person zum Kreis der Nichtversicherten gehört, ist der Sozialhilfeträger an sich verpflichtet, den Vergütungszuschlag anstelle der Pflegekasse zu zahlen. Er kann sich jedoch darauf berufen, dass er gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB XI weder teilweise noch ganz mit der Zahlung dieses Zuschlags belastet werden darf.

Lösungsvorschlag

In § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB XI sind die Wörter „und die Träger der Sozialhilfe“ zu streichen.

Begutachtung durch unabhängige Gutachter (§ 97d SGB XI)

Referentenentwurf

§ 97d SGB XI neu berechtigt den unabhängigen Gutachter personenbezogene Daten zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Diese Daten müssen spätestens nach fünf Jahren gelöscht werden.

Bewertung

Die Regelung entspricht den Bestimmungen, die für den MDK hinsichtlich von Sozialdaten gelten. Sie ist daher systemkonform.

Zu den Paragraphen §§113-118 SGB XI nimmt der Deutsche Caritasverband im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Es erfolgt an dieser Stelle daher keine gesonderte Bewertung.

Kündigung des Pflegevertrags und Ausgestaltung einer Zeitaufwand unabhängigen Vergütung (§ 120 SGB XI)

Referentenentwurf

§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB XI neu bestimmt, dass der Pflegevertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündbar ist. Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Darstellung der Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang sowie die Ausgestaltung der Vergütung. Künftig soll die Vergütung jeder einzelnen Leistung bzw. Komplexleistung sowohl nach Zeitaufwand als auch unabhängig vom Zeitaufwand beschrieben werden. Der Pflegedienst muss dem Pflegebedürftigen vor Abschluss des Vertrags und bei jeder wesentlichen Vertragsänderung darlegen, wie sich die zeitbezogene Vergütung einer Leistung im Vergleich zur zeitunabhängigen Vergütung darstellt. Diese Gegenüberstellung muss schriftlich erfolgen, um dem Pflegebedürftigen eine Entscheidungsgrundlage für die Wahl der Vergütungsform zu bieten. Die Entscheidung über die Vergütungsform ist im Pflegevertrag festzulegen.

Bewertung

Die Begründung verweist auf die Entscheidung des BGH vom 9. Juni 2011, Az. III ZR 203/10. Hier bewertet der Gesetzgeber das Urteil des BGH unzutreffend. Er geht fälschlicherweise davon aus, dass Pflegeverträge grundsätzlich jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündbar seien.

In dem verhandelten Rechtsstreit ging es um eine pflegebedürftige Frau, die einen bereits über einen Jahr bestehenden Formularpflegevertrag kündigte. In dem vorformulierten Pflegevertrag befand sich eine Klausel, wonach der Pflegebedürftige eine zweiwöchige Kündigungsfrist einhalten müsse. Diese Klausel hielt der BGH für unwirksam, da sie von den gesetzlichen Regelungen der §§ 621 Nr.5, 627 Abs.1 BGB unangemessen abweicht. Die Regelung des § 621 Nr. 5 BGB konnte daher durch die vertragliche Vereinbarung nicht wirksam abbedungen werden.

Der BGH schließt mit seiner Rechtsprechung aber nicht aus, dass mit einem Pflegebedürftigen einzelvertraglich eine vom Zivilrecht abweichende Kündigungsfrist vereinbart werden kann. Für diese Fälle hat das Kündigungsrecht in § 120 Abs. 2 SGB XI praktische Bedeutung.

Lösungsvorschlag

Die Neuregelung in § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB XI neu wird gestrichen.

Vergütungen nach Zeitaufwand (§ 120 i.V.m. § 89 SGB XI)

Referentenentwurf

Die „Kann“-Bestimmung in § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI wird in eine „Muss“-Bestimmung umgewandelt. Vergütungen müssen ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des Pflegeeinsatzes oder nach Komplexleistungen bemessen werden. Die Regelungen zum Pflegevertrag nach § 120 SGB XI werden entsprechend angepasst. Künftig muss der Pflegedienst vor Vertragsabschluss und bei jeder wesentlichen Änderung den Versicherten darüber unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zur zeitbezogenen Vergütung darstellt. Die Gegenüberstellung muss in schriftlicher Form erfolgen. Die Entscheidung, welche Vergütungsform der Pflegebedürftige wählt, ist im Pflegevertrag zu dokumentieren.

Bewertung

Schon bisher war es Pflegediensten möglich, Vergütungen nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand zu bemessen. Von dieser Regelung wurde bisher wenig Gebrauch gemacht. Für die Versicherten kann es sinnvoll sein, Leistungen unabhängig vom Zeitaufwand in Anspruch zu nehmen. Dies wird insbesondere bei Betreuungsleistungen der Fall sein. Die Möglichkeit, zwischen

den beiden Vergütungsformen wählen zu können, gibt den Versicherten eine höhere Flexibilität und mehr Wahlfreiheit. Dies ist zu begrüßen. Gleichzeitig fehlt es an einer gesetzlichen Regelung, wie die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung zu bemessen ist. In der Begründung zu § 89 SGB XI steht, dass für die Bemessung beispielsweise eine Stundenvergütung in Betracht kommen kann, die je nach tatsächlichem Aufwand an Zeit anteilig berechnet wird. Dabei dürfe es jedoch zu keiner Pauschalierung kommen, wie beispielsweise, dass für jede angefangene Viertelstunde eine anteilige Stundenvergütung berechnet wird (Begründung, S. 81 des Referentenentwurfs). Aus dieser Argumentation folgt jedoch, dass als Bemessungseinheit für die anteilige Berechnung der Stundenvergütung nur die Minute in Frage kommt. Mit einer derartigen Berechnungsweise würde jedoch die sog. „Minutenpflege“, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsgriff ja gerade überwunden werden soll, fort- und festgeschrieben. Zugleich wird mit einer zeitlichen Bemessung nach Minuten das Prinzip der zeitunabhängigen Vergütung ausgehebelt. In der Praxis zeigt sich, dass der Zeitbedarf z.B. für die „Große Toilette“ bei manchen Personen je nach Tagesform stark variiert. Was dies heißt, wenn Zeitwerte vereinbart sind, ist klar: Die Tätigkeit muss eventuell abgebrochen werden oder der Zeitdruck nimmt zu. Das kann nicht gewollt sein. Besser wäre, nur für einige Leistungen ein Zeitpaket zu ermöglichen (sicher auch für Betreuung), aber insbesondere bei der Grundpflege die Pflegesituation des einzelnen in der Hinsicht zu berücksichtigen, dass die individuelle Tagesform entscheidend für die Leistungserbringung ist. Das Gesetz muss festlegen, nach welchen Kriterien eine vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung festzulegen ist.

Unklar ist auch, wann eine „wesentliche Veränderung“ der pflegerischen Situation gegeben ist, die dem Pflegebedürftigen eine Vertragsumstellung in der Vergütungsform ermöglicht. Handelt es sich bei wesentlichen Veränderungen um Veränderungen der Pflegestufe, z.B. bei Höher- oder Niedrigerstufung oder ist eine Umstellung in der Vergütungsform auch beispielsweise möglich, wenn der Betroffene mit der gewählten Vergütungsform unzufrieden ist? Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, eine Änderung des Vertrags auch unabhängig von einer Pflegestufenveränderung vorzunehmen zu können. Es sollte möglich sein, die Vergütungsform jeweils zum Ende des Quartals ändern zu können.

Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung (§ 123 SGB XI)

Referentenentwurf

In § 123 SGB XI neu werden Übergangsregelungen für demenziell erkrankte Menschen geschaffen. Sie sollen bis zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen herbeiführen. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen 1 und 2 bekommen einen Aufschlag in Höhe von 33 Prozent ihres Pflegegelds. Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 und eingeschränkter Alltagskompetenz bekommen etwas mehr als 50 Prozent des Pflegegelds, das für Pflegestufe 1 vorgesehen ist. Zudem haben diese Personengruppen zukünftig einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von 50 Prozent der Pflegesachleistung für Pflegestufe 1, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.

Auch demenzkranke Pflegebedürftige in der Pflegestufe 1 erhalten um ca. 1/3 höhere Leistungsbeträge bei Bezug von Pflegegeld und fast um 50 Prozent höhere Leistungen bei Bezug der Pflegesachleistung. In Pflegestufe 2 werden die Leistungsbeträge für das Pflegegeld um fast 20 Prozent und für die Pflegesachleistung um ca. 14 Prozent erhöht.

Der Deutsche Caritasverband weist an dieser Stelle nochmals darauf hin, dass die in § 123 SGB XI vorgesehenen Leistungsverbesserungen nur Übergangsregelungen darstellen können, die durch den dringend umzusetzenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wieder aufgehoben und durch eine Regelung ersetzt werden müssen, in der Demenzkranken Leistungen nach der Logik der neuen Bedarfsstufen zugemessen werden.

Bewertung

Die Übergangsregelungen sind positiv zu bewerten. Sie führen dazu, dass Leistungen für demenziell Erkrankte schon jetzt deutlich verbessert werden und sich die Lebensqualität dieser Menschen spürbar verbessern kann. Allerdings wird mit der Regelung die bisherige Systematik des SGB XI durchbrochen, nach der Bezug von Leistungen nach dem Dritten Abschnitt des SGB XI an die Voraussetzung der Eingruppierung in eine Pflegestufe verbunden war. Durch die Neuregelung erfolgt für die Versicherten der Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ein Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Daher sind die neuen Leistungen auch in den

Übergangsvorschriften verortet. Zu begrüßen ist, dass die Versicherten nach § 45a Abs. 1 Ziffer 2 SGB XI neben den anteiligen Sach- und Geldleistungen auch Anspruch auf Ersatzpflege und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen haben. Positiv zu bewerten ist gleichfalls, dass vor allem auch die demenziell Erkrankten in Pflegestufe 1 besonders von den Leistungserhöhungen profitieren können.

Artikel 2

Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch

Vergütungszuschlag für zahnärztliche Versorgung im Rahmen des § 119b SGB V (§ 87 SGB V)

Referentenentwurf

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde in § 87 Abs 2i SGB V eine zusätzliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für das Aufsuchen von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung normiert, sofern diese die Zahnarztpraxis ihrerseits nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Der neue Absatz 2j sieht nun eine weitere, über die zusätzliche Leistung nach § 87 Abs. 2i SGB V hinausgehende Leistung vor, wenn die Leistung im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht wird. In diesen Fällen wird der Zuschlag nach dem neuen Absatz 2j und nicht nach Absatz 2i vergütet. Voraussetzung ist, dass die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt sind. Diese werden in Vereinbarungen der Vertragspartner der Bundesmantelverträge im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene geregelt.

Bewertung

Es ist nicht sachgerecht, dass die Vergütungszuschläge nach § 87 Abs. 2j neu SGB V höher sind, als die Vergütungszuschläge nach § 87 Abs. 2i, wird im Rahmen von § 87 Abs. 2i SGB V doch bereits der zahnärztliche Hausbesuch mit einem Zuschlag vergütet. Zweifelsohne kann die zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen verbessert werden, indem sich Ärzte und Pflegepersonal in Bezug auf die Zahngesundheit kooperieren und ihre jeweiligen Tätigkeiten koordinierend aufeinander abstimmen. Koordination und Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften in der Versorgung des Patienten gehören jedoch zu den normalen Aufgaben beider Berufsgruppen und bedürfen keiner gesonderten Vergütung, sofern damit

nicht zusätzliche Kosten wie z.B. für Anfahrtswege anfallen. Die durch das Versorgungsstrukturgesetz in § 87 Abs. 2i SGB V getroffene Neuregelung eines Zuschlags für die zugehende Behandlung ist daher ausreichend und sachgerecht. Einer darüber hinausgehenden Regelung bedarf es an dieser Stelle nicht.

Obgleich es in der Praxis unwahrscheinlich sein wird, dass der angestellte Heimarzt nach § 119b Abs.1 Satz 3 SGB V ein Zahnarzt ist, ist sicherzustellen, dass die zusätzliche Leistung nicht für im Heim angestellte Zahnärzte gilt.

Lösungsvorschlag

§ 87 Abs. 2j SGB V neu ist zu streichen.

Sofern § 87 Abs. 2j nicht gestrichen wird, ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

„Dies gilt nicht für angestellte Ärzte nach § 119b Satz 3 SGB V.“

Zusätzlicher Vorschlag zur Verbesserung der zahnärztlichen Prävention pflegebedürftiger Menschen

Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftige mit kognitiven und motorischen Einschränkungen haben häufig Schwierigkeiten bei der ausreichenden und selbstständigen Durchführung der Mundhygiene. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass bei diesen Personengruppen ein deutlich schlechterer Status der Mund- und Zahngesundheit als in der Allgemeinbevölkerung besteht. Neben dem erhöhten Kariesrisiko und Erkrankungen des Zahnfleisches sind diese Personen auch stärker von Folgeerkrankungen aufgrund unzureichender Mundhygiene betroffen.

Lösungsvorschlag

Um den Zahngesundheitszustand dieser Personengruppen nachhaltig und dauerhaft zu verbessern, ist eine intensive prophylaktische Betreuung dieser Patientengruppe notwendig. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, den Kreis der Anspruchsberechtigten der Gruppenprophylaxe nach § 21 Abs. 1 SGB V und der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 und 3 SGB V um diese Patientengruppe zu erweitern.

§ 21 Abs. 1 SGB V sollte daher lauten:

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben **und ihrer Versicherten, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. **In Behinderten- und Pflegeeinrichtungen werden die Maßnahmen ohne Altersbeschränkung durchgeführt.** Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten, Schulen **und Behinderten- und Pflegeeinrichtungen** durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

§ 22 Abs. 1-3 SGB V sollten wie folgt ergänzt werden:

- (1) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
- (2) Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.
- (3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen**

zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen, haben Anspruch auf Versiegelung von Fissuren und Grübchen.

Zuschläge für besonders förderwürdige Leistungen bei Verträgen nach § 119b SGB V (§ 87a SGB V)

Referentenentwurf

Um Vertragsärzten Anreize für Hausbesuche in Pflegeheimen zu geben und den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu fördern, können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderwürdige Leistungen oder Leistungserbringer gewähren. Voraussetzung ist, dass die Qualitätsanforderungen nach § 119b Abs. 2 SGB V neu erfüllt sind.

Bewertung

Die Regelung kann einen Anreiz für Vertragsärzte darstellen, Kooperationsverträge mit Pflegeheimen abzuschließen. Die haus- und fachärztliche Versorgung von Heimbewohnern stellt allerdings per se keine Leistung dar, die im Sinne des § 87a SGB V „besonders förderungswürdig“ ist. Allerdings können die Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V auch für besonders zu fördernde Leistungserbringer vereinbart werden. Die vertragsärztliche Versorgung von Heimbewohnern gehört eigentlich zur Regelversorgung, für deren Sicherstellung die Kassenärztliche Vereinigung im jeweiligen Planungsbezirk zuständig ist. Da die vertragsärztliche Versorgung von Heimbewohnern in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen erschwert ist, ist es jedoch gerechtfertigt, Ärzte, die in solchen Regionen Kooperationsverträge mit Pflegeheimen schließen, als besonders förderungswürdige Leistungserbringer einzustufen und anzuerkennen. So ist die Verbesserung der Hausbesuchstätigkeit in der Begründung zu § 87a Abs. 2 Satz 3 des Versorgungsstrukturgesetzes ausdrücklich als Tätigkeit von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern genannt. Da die Regelung insbesondere in unterversorgten Regionen zum Tragen kommen soll, ist sie im Ansatz positiv zu bewerten und zu begrüßen.

Qualitätsanforderungen an die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V)

Referentenentwurf

Mit der Neuregelung von § 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlicher in die Pflicht genommen werden, den Abschluss von Kooperationsverträgen mit Pflegeeinrichtungen zu befördern. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird aufgegeben, bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags einer stationären Pflegeeinrichtung, den Abschluss eines Kooperationsvertrags nicht nur anzustreben, sondern zu vermitteln. Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung. In einem neu eingefügten Absatz 2 sollen Qualitätsanforderungen vereinbart werden, um die ärztliche und pflegerische Versorgung stärker zu koordinieren und die Kooperation zu befördern. Vereinbarungspartner sind die Parteien der Bundesmantelverträge. Die Vereinbarungen sind im Benehmen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

Bewertung

Die Neuregelung zur Qualitätsverbesserung in § 119b Abs. 2 neu SGB V ist im Wortlaut des Gesetzes im Vergleich zu den Regelungen, welche die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI beschreiben, eher allgemein formuliert und lässt den Vereinbarungspartnern einen weiten Gestaltungsspielraum. Als Ziel benannt wird eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen. Die Begründung führt aus, dass in den Vereinbarungen der Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregelungen, Versorgungsziele und die Aufgaben der teilnehmenden Ärzte sowie Regelungen zu ihren Vergütungen festgelegt werden sollen. Versorgungsziele sollen die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nachts ab 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen, die Sicherstellung der Rufbereitschaft, die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte sowie die Sicherstellung der multiprofessionellen Zusammenarbeit und des Informationsaustausches durch Fallbesprechungen und Visiten sein. Soweit es um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nachts, am Wochenende und an Feiertagen sowie um die Rufbereitschaft geht, sind Versorgungsziele definiert, die in erster Linie die hausärztliche Versorgung außerhalb der üblichen Sprechzeiten betreffen. Dies ist zu begrüßen. Zu wenig im Blick ist bei den genannten Versorgungszielen jedoch die fachärztliche Versorgung. Gerade diese ist jedoch in den Pflegeheimen defizitär. So mangelt es an der zugehenden Versorgung durch Urologen, Gynäkologen, HNO-Ärzten, Psychiatern und Neurologen sowie Augenärzten. Da-

her sollte in der Begründung zum Gesetzestext konkret die fachärztliche Versorgung als Versorgungsziel benannt werden.

Gegenstand der Vereinbarungen sollen laut Gesetzesbegründung auch Regelungen zur Vergütung sein. Diese sind nach unserer Auffassung jedoch nicht in den Vereinbarungen nach § 119b SGB V, sondern im Dritten Titel des SGB V geregelt werden. Die Koordination und Kooperation zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung des Patienten gehört zu den grundsätzlichen Aufgaben von Ärzten und Pflegekräften. Ein gesonderter Vergütungszuschlag für die Ärzte zur Sicherstellung von Koordination und Kooperation mit den Pflegekräften ist nicht angemessen.

Da in den Vereinbarungen die Koordination und Kooperation von Ärzten und Pflegekräften geregelt werden soll, ist es nicht sachgerecht, die Träger der Pflegeeinrichtungen sowie die Verbände der Pflegeberufe lediglich im Wege des „Benehmens“ zu beteiligen. Da Koordination und Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen hergestellt werden sollen, müssen die Vereinbarungen im „Einvernehmen“ mit den beteiligten Akteuren der Pflege getroffen werden.

Lösungsvorschlag

In § 119 Abs. 2 SGB neu wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 3

Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Berücksichtigung der besonderen Belange pflegebedürftiger Menschen (§ 9 SGB VI)

Referentenentwurf

In § 9 Abs. 2 SGB VI neu wird aufgenommen, dass der Träger der Rentenversicherung bei seinen Entscheidungen die besonderen Belange der pflegenden Angehörigen berücksichtigt.

Bewertung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat neben der Zahlung von Renten auch die Aufgabe, bei Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit den betroffenen Versicherten mit medizinischen Leistungen sowie mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen. Ziel dabei ist es, die Erwerbsfähigkeit des jeweiligen Versicherten solange wie möglich zu erhalten oder so schnell

wie möglich wieder herzustellen. Das dabei die Belange von pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden sollen, ist positiv zu bewerten und zu begrüßen.

Freiburg/Berlin, den 10. Februar 2012
Deutscher Caritasverband
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel.: 030 284447-46, E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski, Leiterin der Arbeitsstelle Sozialrecht, Deutscher Caritasverband e.V. Freiburg, Tel.: 0761 200-576, E-Mail: tatjana.loczenski@caritas.de