



**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG)
BT-Drs. 17/9369**

A. Zusammenfassung

- Der Deutsche Caritasverband erkennt in dem vorliegenden Gesetzentwurf 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 werden verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und die häusliche Betreuung als neue Sachleistung in der Pflegeversicherung als Übergangsregelung eingeführt. Der Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verursacht jedoch viele Probleme. So entstehen

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.

durch das neue Leistungssegment der Betreuung Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme zu anderen Sozialleistungssystemen, vor allem zur Eingliederungshilfe. Zudem bleibt offen, was eine häusliche Betreuungsleistung ist. Der Deutsche Caritasverband unterbreitet in dieser Stellungnahme Lösungsvorschläge für die Übergangsphase 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 er-

bracht wird. Dieser Zuschlag kommt im Übrigen nur Heimbewohnern, aber nicht den 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 Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Artikel 1

Änderungen des Elften Sozialgesetzbuch

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

Gesetzentwurf

Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a 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 Caritasverbandes.

Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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 eine Be-

beratung durchführen 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 und zu einem späteren Zeitpunkt als innerhalb der zwei Wochen nach Antragsstellung erfolgen. Die neutralen und unabhängigen Beratungsstellen dürfen personenbezogene Daten im Rahmen der Beratung nur erheben, verarbeiten und nutzen, sofern die Versicherten oder ihre gesetzlichen Vertreter darin einwilligen. 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 SGB XI neu und § 7a SGB XI bereits ab Antragstellung in Anspruch nehmen zu können, entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbandes. 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 Gesetzentwurf definiert jedoch nicht näher, anhand welcher Kriterien die geforderte Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstelle festzulegen ist. Neutralität und Unabhängigkeit sind aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes 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. Am ehesten dürften Verbraucherschutzstellen diese Anforderungen erfüllen. Beratungsstellen sind auch als unabhängig und neutral zu bezeichnen, wenn ihre Träger miteinander vernetzt sind. Im Gesetzentwurf ist daher 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 und durchführt oder aber einen Beratungsgutschein ausstellt. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Frist für die Beratung von zwei Wochen nach Antragseingang ist grundsätzlich zu begrüßen; ebenso die Möglichkeit, auf Wunsch des Versicherten die Beratung auch nach Ablauf dieser Frist noch in Anspruch nehmen zu können. Positiv zu bewerten ist auch, 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 SGB XI neu und 7a SGB XI als Rechtsanspruch des Versicherten auszugestalten.

Lösungsvorschlag

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 neu)

Gesetzentwurf

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. Sofern die Pflegekassen unabhängige Gutachter beauftragen, werden sie verpflichtet, dem Versicherten drei Gutachter zu benennen, zwischen denen dieser innerhalb von einer Woche wählen kann. Die Fünf-Wochen-Frist für die Übermittlung der Entscheidung der Pflegekasse an den Versicherten wird von einer „Soll“- in eine „Muss-Regelung“ überführt.

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 neu nicht einhalten, haben für jeden Tag der Verzögerung zehn Euro an den Antragsteller zu zahlen. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Die Person, die die Feststellung der Pflegebedürftigkeit begehrt, hat den Anspruch, das Gutachten zu erhalten. Sie wird darüber bereits bei der Begutachtung aufgeklärt. Die Übermittlung des Gutachtens kann auch noch zu einem späteren Zeitpunkt verlangt werden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Pflegekassen nun verpflichtet werden, den Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den Versicherten innerhalb von spätestens fünf Wochen zu übermitteln. Die Hinzuziehung von anderen unabhängigen Gutachtern wird im Grundsatz ebenfalls positiv bewertet. Allerdings sollte der Versicherte grundsätzlich die Wahl zwischen einer Begutachtung durch den MDK und durch einen unabhängigen Gutachter haben. Aus der Begründung geht hervor, dass unabhängige Gutachter nur eingesetzt werden, wenn der MDK die Frist voraussichtlich nicht einhalten kann. Die in diesem Fall vorgesehene Benennung von drei unabhängigen Gutachtern suggeriert eine Wahlfreiheit, die dem Versicherten faktisch keinen Nutzen bringt. Für die Pflegekassen bedeutet sie jedoch einen entbehrlichen Verwaltungsaufwand, der in der Begründung mit 332.000 Euro beziffert wird. Wenn der Gesetzgeber nicht eine grundsätzliche Wahlfreiheit zwischen der Begutachtung durch den MDK und einem unabhängigen Gutachter vorzusehen beabsichtigt, sollte es der Pflegekasse überlassen bleiben, ob sie alternativ einen oder mehrere unabhängige Gutachter vorschlägt. Die Regelung darf nicht dazu führen, dass sich wegen der Entscheidungsfrist des Versicherten das Begutachtungsverfahren noch weiter in die Länge zieht. Sofern der Gesetzgeber somit keine tatsächliche Wahlfreiheit zwischen dem Gutachter des MDK und einem unabhängigen Gutachter statuiert, sind in § 18 Abs. 1 die Sätze 3-6 SGB XI neu zu streichen.

Kritisch zu bewerten 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 nach Ablauf der Begutachtungsfrist eigenständig 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, ebenfalls zehn Euro erhalten.

Im Grundsatz positiv zu bewerten ist dagegen die Regelung, dass der Antragsteller das Gutachten künftig erhalten soll, sofern er bei der Begutachtung oder zu einem späteren Zeitpunkt einwilligt. 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. Um unnötige Bürokratisierung und auch Irritationen bei den pflegebedürftigen Menschen zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, das Gutachten grundsätzlich dem Antragsteller zu übersenden, unabhängig davon ob der Anspruchsteller von seinem Recht Gebrauch macht, es sei denn, der Versicherte widerspricht der Übermittlung bei der Begutachtung.

Sinnvoll wäre es zudem, in § 18 Abs. 8 SGB XI für die Begutachtung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit Einzelheiten zum Widerspruchsverfahren 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, wäre eine unabhängige Zweitbegutachtung gewährleistet.

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 SGB XI 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, Sätze 8 bis 10 sollen, wie folgt, formuliert werden:

„Dem Antragsteller wird das Gutachten zusammen mit dem Bescheid übermittelt, sofern er der Übermittlung bei der Begutachtung nicht widerspricht. Er kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.“

§ 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 eingehalten, kann der Antragsteller einen unabhängigen Gutachter auf Kosten der Pflegekasse mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragen. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.“

§ 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.“

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung und Berichtspflichten (§ 18a SGB XI neu)

Gesetzentwurf

Die Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung wird nun gesetzlich normiert. Die Rehabilitationsempfehlung muss spätestens mit dem Bescheid der Pflegekasse über die Pflegebedürftigkeit übermittelt werden. Die Pflegekasse muss nach Gesetzeswortlaut umfassend und begründet Stel-

lung nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Rehaempfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Rehabilitation angezeigt ist. Der Versicherte ist zu informieren, dass mit der Mitteilung an den Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird.

Der Gesetzentwurf regelt ferner, dass über die Rehabilitationsempfehlungen Statistik geführt werden muss. Diese Maßnahme wird allerdings auf die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 beschränkt. Dabei sind die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen, die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der genehmigten und abgelehnten Leistungsentscheidungen sowie die Anzahl der Widerspruchsverfahren zu melden. Des Weiteren muss auch die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme statistisch dokumentiert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll die entsprechenden Daten aufbereiten, auf Plausibilität prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit zuleiten.

Bewertung

Die Regelung, dass dem Antragsteller spätestens mit dem Bescheid der Pflegekasse über seine Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung automatisch übermittelt wird, stärkt den Grundsatz „Reha vor Pflege“. Hier kommt der Gesetzgeber einer Forderung des Deutschen Caritasverbandes nach. Durch eine Rehabilitationsempfehlung in verständlicher Sprache erlangt der Antragsteller Kenntnis, welche medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll und erfolgversprechend sind, um eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu verhindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dadurch kann er seine bestehenden Ansprüche leichter durchsetzen. Wichtig ist, dass die Pflegekasse umfassend und begründet zu der Rehabilitationsempfehlung des MDK oder der von ihm beauftragten unabhängigen Gutachter Stellung nimmt. Zu ergänzen ist hier, dass die Pflegekasse auch umfassend und begründet im Falle einer negativen Rehabilitationsempfehlung des MDK oder der von ihm beauftragten Gutachter Stellung nehmen soll. So wird die Entscheidung für den Antragsteller transparent gemacht. Gleichzeitig wird das Bewusstsein der Gutachter für den Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt, gezielter rehabilitative Potenziale zu erfassen.

Grundsätzlich kann es allerdings nicht in das Benehmen der Pflegekasse gestellt werden, Stellung zu beziehen, inwieweit sie auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme für angezeigt befindet. Hier geht der Gesetzgeber hinter die Vorschrift des § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB XI zurück, nach welcher die Pflegekasse auf der Grundlage der Empfehlung festzustellen hat, ob

im Einzelfall Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Nach § 31 Abs. 3 SGB XI kann sie somit zu Recht über das „Ob“, jedoch nicht über das „Wie“, der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation eine Feststellung treffen. In § 31 Abs. 3 SGB XI wird das Verfahren zur Einleitung und Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bereits ausführlich geregelt. Eine Doppelung von Regelungen in § 31 Abs. 3 SGB XI und § 18a Abs. 1 SGB XI, die in sich zudem nicht widerspruchsfrei ausgestaltet sind, ist überflüssig. Ausdrücklich positiv bewertet wird, dass die Pflegekassen einen Bericht über das Rehabilitationsgeschehen erstellen müssen. Allerdings ist unklar, warum diese Berichtspflicht nur für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 statuiert wird. Wichtig wäre es zudem, auch die Gründe für die Ablehnung von Leistungsbescheiden sowie die Gründe für Widerspruchsverfahren im Bericht zu dokumentieren.

Lösungsvorschlag

§ 18a Abs. 1 Satz 1 SGB XI neu soll wie folgt lauten:

„Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu. **Die Rehabilitationsempfehlung muss in allgemein verständlicher Sprache verfasst werden.**“

§ 18a Abs. 2 Nummer 3 SGB XI soll, wie folgt, ergänzt werden:

„die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der Widersprüche. **Dabei sind Gründe für Ablehnungen und Widersprüche zu dokumentieren.**“

Dienstleistungsorientierung und Begutachtungsverfahren (§ 18b SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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, 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 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS) hausintern einen Verhaltenskodex erstellt hat, der für alle Beteiligten unter der Verantwortung des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) am Begutachtungsverfahren verbindlich ist. Der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 sowie über Anlaufstellen und Möglichkeiten bei eventuellen Beschwerden beinhalten. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes erscheint es sinnvoll, für das Beschwerdemanagement eine Ombudsstelle einzurichten, an welche sich der Versicherte unmittelbar wenden kann.

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

Gesetzentwurf

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. Wir schließen uns der Stellungnahme des Bundesrates an, die Grenze von 14 Stunden wöchentlich auf 10,5 Stunden zu senken, damit auch der Bedarf von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 im Umfang von 1,5 Stunden täglich und damit 10,5 Stunden wöchentlich rentenrechtlich vollumfänglich berücksichtigungsfähig ist.

Der Deutsche Caritasverband regt zudem an, alle Pflegepersonen gleichzustellen. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass die Pflegeversicherung Rentenbeiträge zu leisten hat, wenn die Pflegeperson 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 in erster Linie die Reduzierung des Umfangs der Erwerbstätigkeit aufgrund eben dieser Pflegetätigkeit maßgebend 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.

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

Gesetzentwurf

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 neu 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 (häufigen) 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 an: 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. Dies fordert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme. 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 zu entwickeln.

Wir schließen uns nachdrücklich auch der Forderung des Bundesrats an, die Sozialversicherungsbeiträge nach § 44 und § 44a SGB XI während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Ersatzpflege weiterzuzahlen. § 34 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

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 sozialrechtlich zuständiger Leistungsträger der Pflegekasse hierfür einen Ausgleichsbetrag zahlen.

Zumindest sollte Kurzzeitpflege im Einzelfall über die Dauer von bis zu vier Wochen hinaus verlängert werden können, wenn Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI vorliegt und der Pflegebedürftige

nach einem Krankenhausaufenthalt der Kurzzeitpflege für einen etwas längeren Zeitraum als vier Wochen bedarf.

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 geltenden 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 können, 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.

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.“

In § 42 Abs. 2 soll nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt werden:

„Von dieser Beschränkung kann im Einzelfall, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt abgewichen werden.“

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

Gesetzentwurf

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 Pflegekräfte als Präsenzkkräfte zu beschäftigen, die organisatorische, verwaltende oder pflegende Tätigkeiten verrichtet. Voraussetzung für die Gewährung des Zuschlags ist, dass mindestens drei Pflegebedürftige zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung 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 einer 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, die betreuende, organisatorische, pflegerische oder verwaltende Tätigkeiten verrichtet, zur Verfügung gestellt wird. Die Präsenzkraft kann, aber muss nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes keine Pflegekraft sein, denn die Hauptaufgabe der Präsenzkraft liegt eben nicht in der Pflege, sondern in der Betreuung, Begleitung, Koordination und Organisation der Wohngruppe. Für dieses Tätigkeitsfeld gut qualifiziert sind nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes somit neben Pflegekräften auch alle anderen, in der Vereinbarung zu § 113 SGB XI ambulant genannten geeigneten Kräfte, wie beispielweise hauswirtschaftliche Kräfte, Familienpfleger/innen oder Familienbetreuer/innen. Nach dem Wortlaut des Gesetzesentwurfs 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 Übergangsvorschriften 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 neu einbezogen werden.

Problematisch in § 38a SGB XI neu 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 Versicherte gemeinsam in einer Wohnung leben, um gemeinschaftlich ihre pflegerische Versorgung zu organisieren. Für die Förderung sollte es keine Rolle spielen, ob die Wohngruppe selbst organisiert ist oder von einem Anbieter. Wir unterstützen in diesem Punkt ausdrücklich die Position des Bundesrats.

Lösungsvorschlag

§ 38a Abs. 1 Satz 1 SGB XI neu 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 **geeignete Kräfte gemäß den Vereinbarungen nach § 113 SGB XI** tätig sind, die organisatorische, verwaltende, **betreuende oder** pflegerische Tätigkeiten verrichten, 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.**“

§ 38a Abs. 1 Ziffer 4 ist ersatzlos zu streichen.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

§ 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 sind und danach ein angemessener Eigenanteil zu ermitteln war. Durch den Wegfall der Einkommensprüfung ist der Zugang zu wohnumfeldverbessernde Maßnahmen für den Antragsteller niedrigschwelliger.

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.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme gleichfalls vorgeschlagen, die Zuschüsse addieren zu können, sofern eine Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam dient. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist es denkbar, die Förderung auf einen Gesamtbetrag von 10.000 Euro je Maßnahme zu begrenzen, wie es der Bundesrat fordert. Daher wird der Vorschlag des Bundesrats alternativ auch vom Deutschen Caritasverband unterstützt.

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

Gesetzentwurf

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 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 SGB V 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. Auch der Rentenversicherungsträger sollte verpflichtet werden, bei seiner Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Diese Formulierung war noch im Referentenentwurf enthalten, wurde jedoch im Kabinettsentwurf gestrichen. Der Deutsche Caritasverband unterstützt den Bundesrat in seiner Forderung, eine entsprechende Formulierung auch in das SGB VI aufzunehmen.

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 Gesetzentwurf die Kurzzeitpflege in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 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 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 neu)

Gesetzentwurf

§ 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 oder barrierearm 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. Die Fördermöglichkeit endet unabhängig davon spätestens zum 31. Dezember 2015. Theoretisch könnten somit bis Ende 2015 3000 neue ambulante Wohngruppen gefördert werden.

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 Präsenzkraften. 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 Gesetzeswortlaut keinen Anspruch 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. Für die altersgerechte Gestaltung der Infrastruktur einer ambulant betreuten Wohngruppe sollte es zudem keine Rolle spielen, ob diese von den Pflegebedürftigen selbst oder fremd initiiert wurde. Daher sollen nicht nur selbst initiierte Wohngruppen in den Genuss dieser Förderung kommen können.

Die genannten Dilemmata lassen sich in der gegenwärtigen Gesetzssystematik 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 neu)

Gesetzentwurf

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 10 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung stehen.

Insbesondere sollen dabei Konzepte einbezogen werden, die bewohnerorientierte individuelle Versorgung alternativ zu stationären Einrichtungen anbieten. Diese Konzepte sollen u.a. von stationären Einrichtungen entwickelt werden. Gleichzeitig ist nach dem Wortlaut des Gesetzes die Weiterentwicklung der vollstationären Betreuung ausgeschlossen. 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. Dieses Ziel verfolgt die Förderung nach § 45f SGB XI neu ausweislich der Gesetzesbegründung ausdrücklich. Der Gesetzeswortlaut, nach welchem Konzepte „alternativ zu stationären Einrichtungen“ und „außerhalb der vollstationären Betreuung“ entwickelt werden sollen (§ 45f Abs. 1 Satz 2 SGB XI), gibt zumindest Anlass zu Fehlinterpretationen. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass die Fördermittel ausdrücklich auch für Weiterentwicklungen des stationären Bereichs zur Verfügung stehen müssen. 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.

Pflegekassen (§ 46 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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 von den Krankenkassen mit 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.

Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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)

Gesetzentwurf

Durch die Streichung des Wörtchens „nur“ in § 71 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.

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 Berufsunterbrechun-

gen aus anderen als in Ziffern 1 bis 3 genannten Gründen. Dies dient der Entbürokratisierung und ist sachgerecht.

Ortsübliche Vergütung (§ 72 i.V. mit § 84 und § 89 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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. Um klarzustellen, dass der Mindestlohn nicht der Normlohn für die Bemessung der Vergütung sein soll, wird in den §§ 84 und 89 SGB XI ein Passus verankert, nach welchem es einer Pflegeeinrichtung möglich sein muss, bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht nur ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, sondern auch ihre Personalaufwendungen zu finanzieren – so die Begründung zu § 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3.

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 Gesamtversorgungsvertrag 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 Nichtexistenz 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. Daran ändert auch die Formulierung in § 84 SGB XI und § 89 SGB XI nichts, nach welcher es einer Pflegeeinrichtung möglich sein muss, ihre Personalaufwendungen zu finanzieren. Der Deutsche Caritasverband unterstützt allerdings im Grundsatz die klarstellende Formulierung des Bundesrats, dass tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Wir hatten 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 Klarstellung 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“.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

§ 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.

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 müssen, müssen auch für sie vergleichbare 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.

Ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen (§ 82b SGB XI neu)

Gesetzentwurf

Nach § 82b Abs. 2 SGB XI neu können stationäre Pflegeeinrichtungen ehrenamtlichen Unterstützern als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen.

Bewertung

Die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitigem Wegfall familiärer Unterstützungsstrukturen durch pflegende Angehörige stellt die Gesellschaft vor die Herausforderung, neue Hilfs- und Unterstützungsstrukturen zu entwickeln. Ehrenamtliches Engagement kann dazu beitragen, die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Der DCV begrüßt daher grundsätzlich die Förderung der Ehrenamtlichen in der Pflege.

Ehrenamtliche Hilfe in der Pflege darf aber nicht Ersatz für hauptamtliche Arbeitsverhältnisse sein, sondern muss immer als Ergänzung professioneller Arbeit gesehen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene ergänzende Übernahme von allgemeinen Pflegeleistungen durch Ehrenamtliche ist daher in der vorliegenden Form abzulehnen. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall zum Beispiel Hilfen bei der Körperpflege, Hilfen bei der Ernährung, Hilfen bei der Mobilität oder bei der medizinischen Behandlungspflege. Diese Aufgaben sollen auch in Zukunft in Pflegeeinrichtungen nicht von Ehrenamtlichen, sondern von Pflegekräften übernommen werden.

Eine Aufwandsentschädigung für zusätzliches ehrenamtliches Engagement wie Besuche oder Vorlesen und andere Aktivitäten der sozialen Betreuung durch ehrenamtliche Personen ist hingegen zu begrüßen. Es ist sachgerecht, dass solche Kosten in den Pflegesätzen nach § 84 Abs. 1 SGB XI bzw. den Vergütungen im ambulanten Bereich nach § 89 SGB XI berücksichtigt werden können. Nach der vom Gesetzgeber hier vorgesehenen Regelung besteht jedoch die Gefahr, dass die Abgrenzung von allgemeinen Pflegeleistungen zu ergänzendem Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen fließend wird und sich dahin gehend verschiebt, dass allgemeine Pflegeleistungen grundsätzlich von Ehrenamtlichen verrichtet werden. In Konsequenz werden so allgemeine Pflegeleistungen über Aufwandsentschädigung statt über den Pflegesatz refinanziert. Dies würde dazu führen, dass Ehrenamtliche in gleicher Weise wie Hauptamtliche eingesetzt werden, inklusive Regelungen zu Abwesenheit z.B. im Falle von Krankheit und Urlaub. Diese Form des Einsatzes Ehrenamtlicher ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes abzulehnen und entspricht darüber hinaus auch nicht der Rechtssystematik des § 82b SGB XI. Diese Sichtweise wird auch vom Bundesrat geteilt.

Lösungsvorschlag

§ 82b Abs. 2 SGB XI neu wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Wir unterstützen hingegen die Position des Bundesrats, die Aufwendungen für die ehrenamtliche Tätigkeit ausschließlich auf er-

gänzende Leistungen der sozialen Teilhabe zu begrenzen und schließen uns insoweit dem Formulierungsvorschlag des Bundesrats an.

Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

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 die Kosten für die Verpflegung werden insgesamt 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 neu)

Gesetzentwurf

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 Caritasverbandes, zusätzliche Betreuungskräfte auch in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einsetzen zu können. Betreuung, Aktivierung sowie Tagesstrukturierung sind zentrale Elemente der Tagespflege, weswegen diese Leistungsform 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 genannten 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 diese Leistungen 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 Vergütungszu-

schlag anstelle der Pflegekasse zu zahlen. Er kann sich laut Gesetz 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 neu)

Gesetzentwurf

§ 97d SGB XI neu berechtigt den unabhängigen Gutachter, personenbezogene Daten zu erheben, zu 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.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich zudem für eine Novellierung des § 82 SGB XI in Folge des BSG-Urteils zur Berechnung der Investitionskosten vom 8.9.2011 ein. Auch hier geben die Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Kündigung des Pflegevertrags (§120 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB XI neu bestimmt, dass der Pflegevertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden kann.

Bewertung

Die Begründung zur Möglichkeit einer fristlosen Kündigung des Pflegevertrags durch den Versicherten 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 ein 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 neu)

Gesetzentwurf

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 sowie 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. In § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI wird jedoch klargestellt, dass sonstige Leistungen

wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten auch mit Pauschalen vergütet werden können.

Bewertung

Schon bisher war es Pflegediensten möglich, Vergütungen nach Zeitaufwand oder 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. 89 des Gesetzentwurfs). 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, wie vor allem für Betreuungsleistungen, 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.

Problematisch ist insbesondere die Forderung des Gesetzgebers, dass die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung jeweils mit einer rein zeitbezogenen Vergütung dem Versicherten vor Vertragsabschluss vergleichend gegenübergestellt werden muss. Das bedeutet, dass die Preise für eine Verrichtung, z.B. die große Toilette, sowohl nach der durchschnittlichen Dauer (Pauschale) als auch nach Zeiteinheiten (individuell) einander gegenübergestellt werden müssten. Hier stellt

sich die Frage, anhand welcher Kriterien der Preis für die Vergütung nach Zeitaufwand festgelegt werden soll. Die Gegenüberstellung der Preise für ein- und dieselbe Verrichtung ist daher nicht geeignet, mehr Transparenz für den Versicherten zu schaffen, sondern wird im Gegenteil zu vielen Nachfragen und Unsicherheiten führen. In der Gesetzesbegründung ist ausgewiesen, dass für die Gegenüberstellung der Vergütungen ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 3,6 Mio. Euro anfällt. Diese Bürokratiekosten halten wir nicht für gerechtfertigt. Um mehr Transparenz zu schaffen, schlagen wir vor, § 89 Abs. 3 SGB XI dem Grund nach nicht zu verändern, sondern nur die „Kann“-Regelung in eine verpflichtende „Soll“-Regelung zu überführen. Auf dieser Grundlage müssen die Pflegedienste Preise nach Zeiteinheiten zusätzlich zu den Komplexleistungen ausweisen. Dies ist vor allem für hauswirtschaftliche Leistungen und häusliche Betreuung nach § 124, die von konkreten Verrichtungsbezügen unabhängig sind, auch sinnvoll.

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.

Positiv zu bewerten ist, dass sonstige Leistungen wie Fahrtkosten und Behördengänge auch weiterhin pauschal vergütet werden können, hängt doch hier die Leistung häufig von durch den Versicherten und den Pflegedienst nicht beeinflussbaren Konstellationen, wie z.B. Wartezeiten in der Behörde oder beim Arzt, ab. Die hauswirtschaftliche Versorgung hingegen ist ein Geschäftsfeld, das gut nach Zeitkontingenten abrechenbar ist. Hier erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber den Pflegediensten explizit die Möglichkeit eröffnet, eine Abrechnung nach Zeitkontingenten nicht anbieten zu müssen.

Lösungsvorschlag:

§ 120 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu formulieren:

„In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütung **oder** der vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütung für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben“.

§ 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI alt ist wie folgt zu ändern:

„Die Vergütungen **sollen**, je nach Art, **Inhalt** und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden.“

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

Gesetzentwurf

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 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.

Übergangsregelung Häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

In der Übergangsregelung wird die häusliche Betreuung als neue Sachleistung in die Pflegeversicherung eingeführt. Der Anspruch auf diese Leistung besteht bis zum Inkrafttreten einer neuen Grundlage der Leistungsgewährung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens. Anspruch auf die Leistung der häuslichen Betreuung erhalten alle Versicherten, die Leistungen entsprechend der Pflegestufe 1, 2, 3 und Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI. Als rechtliche Leistungsgrundlage werden § 36 SGB XI neu und § 123 SGB XI neu genannt.

Der Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI steht für häusliche Betreuung zur Verfügung, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet sind. Häusliche Betreuung wird als pflegerische Betreuungsmaßnahme erbracht und als „Leistungen der Unterstützung und sonstigen Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen und seiner Familien“ umschrieben. Beispielhaft werden als Leistungen angeführt: Unterstützung bei Aktivitäten, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, Unterstützung bei der Alltagsgestaltung, insbesondere durch Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung des Tag-/Nachtrhythmus.

Des Weiteren führt der Gesetzgeber in Absatz 4 aus, dass für die häusliche Betreuung die vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen sowie die Regelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung gelten.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn 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 bereits erfolgten Vorarbeiten und den neuen Empfehlungen des seit März 2012 wieder eingesetzten Expertenbeirats 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. Die Aufnahme von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung entspricht im Grundsatz 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. Daher ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dringend umzusetzen und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) als Begutachtungsverfahren umgehend einzuführen. Der Deutsche Caritasverband begrüßt es, dass der Gesetzgeber in den §§ 123 und 124 SGB XI neu immerhin explizit in Aussicht stellt, dass ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein entsprechendes neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden sollen, wenngleich ein konkreter Zeitrahmen dafür nicht benannt wird.

Problematisch ist, dass es bei der häuslichen Betreuung an einer Legaldefinition fehlt. Die Leistung wird nicht definiert, sondern mit dem unbestimmten Rechtsbegriff der Unterstützungsleistung und als sonstige Hilfen umschrieben, welche nachfolgend beispielhaft in Form von möglichen Leistungsausprägungen aufgezählt werden. Diese beispielhaft angeführten Leistungsvarianten wie Tagesstrukturierung, Alltagsgestaltung, Unterstützung bei der Kommunikation und bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen weisen zahlreiche Schnittstellen zur Eingliederungshilfe auf. Zwar weist der Gesetzgeber zu Recht darauf hin, dass Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur Pflegeversicherung nach § 13 Abs. 3

SGB XI nicht nachrangig sind. Die mit der Beschreibung des Leistungsspektrums nach § 124 Abs. 2 SGB XI neu aufgeworfene Schnittstelle und die damit entstandenen Abgrenzungsprobleme der Pflegeversicherung zur Eingliederungshilfe bleiben mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aber ungeklärt und werden in der Praxis zu zahlreichen Streitigkeiten zu Lasten der Pflegebedürftigen führen.

Gleichzeitig muss der Gesetzgeber auch bei einer Übergangsvorschrift regeln, anhand welcher vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen die Leistung erbracht und vergütet wird und wie die Qualität der Leistung sichergestellt wird. Beides wird in Absatz 4 geregelt. Da der Gesetzgeber im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem vorliegenden Gesetzentwurf gerade die Lebenssituation von demenziell erkrankten Menschen verbessern will, wird vorgeschlagen, für den Übergang die beispielhafte Aufzählung von Leistungsausprägungen der häuslichen Betreuung in § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu streichen und damit das Leistungsgeschehen nach den Regelungen des Siebten, Achten und Elften Kapitels des SGB XI auszugestalten.

Lösungsvorschlag

§ 124 Abs. 2 SGB XI neu lautet:

„Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen.“

Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§ 125 SGB XI neu)

Gesetzentwurf

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll in einem Modellvorhaben Vereinbarungen mit Betreuungsdiensten abschließen, die insbesondere für demenziell erkrankte Menschen die als Übergangslösung vereinbarte neue Leistung der häuslichen Betreuung und darüber hinaus hauswirtschaftliche Versorgung erbringen könne. Aus Mitteln des Ausgleichsfonds werden hierfür 5 Mio. Euro in den Jahren 2013 und 2014 zur Verfügung gestellt. In den Modellvorhaben, deren individuelle Laufzeit auf max. drei Jahre begrenzt ist, sollen die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der Leistungen sowie Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersucht werden. Für die Leitung dieser Dienste kann an Stelle einer verant-

wortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte Kraft eingesetzt werden, die eine fachliche Eignung, Zuverlässigkeit und eine zweijährige praktische Berufserfahrung in ihrem erlernten Beruf aufweisen muss. Die Betreuungsdienste sind auch nach Beendigung der Modellphase für weitere zwei Jahre für ihr Tätigkeitsfeld zugelassen.

Bewertung

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber neue Formen der Leistungserbringung zunächst in einem wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben erprobt, bevor sie für die Regelversorgung zugelassen werden. Die Betreuungsdienste sollen sich vor allem auf die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen konzentrieren. Grundpflegerische Leistungen dürfen sie im Regelfall nicht erbringen. Demenziell erkrankte Menschen, die in die Pflegestufen 1,2 und 3 eingestuft sind, werden daher neben einem Betreuungsdienst auch einen Pflegedienst benötigen. Daher sollen die Modellvorhaben nicht nur die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Inhalt der Leistungen untersuchen, wie in § 125 Abs. 2 Satz 1 vorgesehen, sondern auch explizit das Zusammenwirken beider Dienste.

Nicht geregelt ist, welche Berufsgruppen für die Funktion einer verantwortlichen Fachkraft in der Leitung eines Betreuungsdienstes in Betracht kommen. In der Begründung findet sich der Hinweis, dass in Bezug auf das Kriterium der fachlichen Eignung und der erlernten Berufe Alten-therapeut/innen, Heilerzieher/innen, Heimpädagoge/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoge/innen sowie Sozialtherapeut/innen entsprechend qualifizierte und fachlich geeignete Berufsgruppen sein können. Eine entsprechende Konkretisierung ist beispielhaft explizit in den Gesetzestext aufzunehmen. Das Kriterium der Zuverlässigkeit ist als selbstverständlich vorauszusetzen und daher im Gesetzestext entbehrlich.

Artikel 2

Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch

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

Gesetzentwurf

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. In Erweiterung dieses Absatzes 2i werden nun auch Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, also auch Personen ohne Pflegestufe, zusätzlich in die Gruppe von Patienten aufgenommen, welche die aufsuchende Leistung erhalten 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

Ausdrücklich begrüßt wird, dass nun auch Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch keine Pflegestufe haben, in den Genuss der aufsuchenden Betreuung durch den Zahnarzt kommen können. Dafür hatte sich der Deutsche Caritasverband bereits bei den Beratungen zum Versorgungsstrukturgesetz eingesetzt.

Nicht sachgerecht jedoch ist, dass die Vergütungszuschläge nach § 87 Abs. 2j neu SGB V höher sind, als die Vergütungszuschläge nach § 87 Abs. 2i SGB V, 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 Ärzte und Pflegepersonal in Bezug auf die Zahn-

gesundheit 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, 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 Gruppenprophy-

laxe 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 12. 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 neu)

Gesetzentwurf

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. Die vorgesehene Regelung wird auf den Zeitraum bis 31. Dezember 2015 befristet.

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 SGB V 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 be-

grüßen. Positiv zu bewerten ist auch, dass die Zuschlagsregelung befristet eingeführt wird, um ihre Wirkung zu erproben.

Verordnung von Häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von MRSA-Trägern (§ 92 SGB V neu)

Gesetzentwurf

Im Gesetzentwurf wird normiert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V Näheres zur Dekolonisation von Trägern mit dem MRSA regeln soll.

Bewertung

Die Regelung entspricht den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes und wird vom Deutschen Caritasverband begrüßt. Wir weisen darauf hin, dass eine Ansteckungsgefahr durch MRSA nicht nur im häuslichen Bereich, sondern auch und noch in erheblich größerem Umfang im stationären Bereich besteht. Für die stationären Pflegeeinrichtungen besteht nach derzeitiger Rechtslage jedoch keine Möglichkeit zur Leistungsvergütung. Eine entsprechende Regelung für die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der MRSA-Dekolonisation ist im SGB XI zu treffen.

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

Gesetzentwurf

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 Bundesmantelver-

träge. 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, Versorgungszielen 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. Daher 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 Koopera-

tion 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 V neu wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.

C. Änderungsanträge

Zu den Änderungsanträgen 2 und 3 nimmt der Deutsche Caritasverband im Rahmen der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege Stellung. Es erfolgt an dieser Stelle hier keine gesonderte Bewertung.

Änderungsantrag 1: Pflegegeld für behinderte Menschen

Antrag

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen bekommen einen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld auch für die Tage, in denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Neuregelung. Seit April 2011 erhalten viele Bewohner vollstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe ein wesentlich geringeres Pflegegeld für die Zeit der häuslichen Pflege pro Tag als vorher. Hintergrund ist eine Änderung der Rechtspraxis. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat sein Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes geändert (vgl. Gemeinsames Rundschreiben vom 01.07.2008, Nr. 3 Absatz 2 zu § 37). Vorher wurde die Regelung des § 38 SGB XI auf den Sachverhalt nicht angewandt. Die Auszahlung eines geringeren Pflegegelds ist nicht sachgerecht, da die Familie die Pflege übernimmt und nicht durch ambulante Pflegesachleistungen oder stationäre Pflege entlastet wird.

Änderungsanträge 4 - 14: Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie zusammenhängende Verweisänderungen

Die Anträge regeln die Überführung der Normen zur Leistung bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung (RVO) in das SGB V, sowie die daraus resultierenden redaktionellen Folgeänderungen. Abweichend von den bisherigen Regelungen der RVO wird im SGB V neu aufgenommen, dass Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft neben den Regelleistungen als Satzungsleistung nach § 11 Abs. 6 SGB V erbracht werden können. Dabei können nach § 11 Abs. 6 SGB V von der Krankenkasse ausschließlich zusätzliche Leistungen als Satzungsleistungen erbracht werden.

Zudem soll in § 24d SGB V neu zusätzlich zu der bisherigen Regelung des § 196 Abs. 1 RVO normiert werden, dass der Säugling einen Anspruch auf Hebammenhilfe hat, wenn kein Anspruch der Mutter auf Hebammenhilfe besteht.

Bewertung

Die Überführung der Leistungen der RVO und die folgenden redaktionellen Änderungen sind zeitgemäß und erleichtern die Rechtsanwendung.

Der Deutsche Caritasverband bewertet die Möglichkeit, dass die Krankenkassen zusätzliche Satzungsleistungen von Hebammen für Schwangerschaft und Mutterschaft anbieten können, als positiv. Allerdings muss in diesem Zusammenhang sichergestellt werden, dass langfristig nicht Pflichtleistungen der GKV zu freiwilligen Leistungen werden.

Die Ergänzung des § 24d SGB V neu ist sinnvoll. Der Anspruch des Säuglings stellt sicher, dass auch in Fällen der Adoption oder des Todes der Mutter eine hinreichende medizinische Versorgung des Kindes sichergestellt ist.

Hinsichtlich der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln während der Schwangerschaft und im Rahmen der Entbindung ist ausdrücklich geregelt, dass für die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen keine Zuzahlungen anfallen. Eine entsprechende Regelung fehlt jedoch für die Haushaltshilfen nach § 24h SGB V neu und für die Häusliche Pflege nach § 24g SGB V neu. In der Praxis tauchte im Zusammenhang mit § 199 RVO zunehmend das Problem aus, dass Versicherten, denen wegen Schwangerschaft und Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich war, auf § 38 SGB V verwiesen wurden und entsprechend § 38 Abs. 5 SGB V

zuzahlen mussten. Der Deutsche Caritasverband fordert daher, auch in § 24g SGB V neu und § 24h SGB V neu ausdrücklich im Gesetzestext zu normieren, dass eine Zuzahlungspflicht bei Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht besteht.

Lösungsvorschlag

In § 24g wird folgender Satz 3 angefügt:

„§ 37 Abs. 5 gilt nicht.“

In § 24h wird folgender Satz e angefügt:

§ 38 Abs. 5 gilt nicht.“

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Der Antrag kodifiziert die Rechtsprechung des BSG, nach welcher die Gewährung eines Hilfsmittels nicht grundsätzlich an die Verordnung durch einen Vertragsarzt gebunden ist. So soll eine ärztliche Verordnung nur im Falle einer erstmaligen oder aufgrund von Änderungen des Gesundheitszustands erforderlichen erneuten Diagnose oder Therapieentscheidung erforderlich sein.

Bewertung

Die Klarstellung im Gesetzestext wird ausdrücklich begrüßt. Der Verzicht auf Folgeverordnungen für Hilfsmittel führt dazu, dass der Versorgungsweg verkürzt wird und Versicherte künftig immer wieder benötigte Hilfsmittel ohne Versorgungsbrüche in Anspruch nehmen können. Des Weiteren ist die Regelung geeignet, Versicherte, Leistungserbringer und Vertragsärzte wirksam von bürokratischem Aufwand zu entlasten.

Gemeinsame Rahmenempfehlungen häusliche Krankenpflege (§ 132a SGB V)

Antrag

Der Antrag sieht vor, dass nunmehr gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege bis zum 31. Juli 2013 abgegeben werden müssen, um eine im Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Empfehlungen können sich auch auf die Inhalte des Datenträgeraustauschs beziehen. Die Rahmenempfehlung ist bei Abweichungen von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 SGBV vorrangig.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband hält es für sachgerecht, dass Rahmenempfehlungen nunmehr abgegeben werden müssen. Der vom Gesetzgeber vorgesehene Zeitrahmen bis zum 31. Juli 2013 ist jedoch zu knapp bemessen. Die Frist muss erweitert werden. Zudem ist es notwendig, dass auf Bundesebene ein Konfliktlösungsmechanismus in § 132a Abs. 1 analog zu den Regelungen nach § 132a Abs. 2 Satz 6 eingeführt wird. Die Regelung zum Datenträgeraustausch halten wir für sachgerecht.

D. Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN „Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest (BT-Drs. 17/9566)

Grundsätzlich beschränken wir uns in unserer Stellungnahme zu diesem Antrag aus Sachgründen auf Punkte, die mit dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren des PNG eröffnet sind. So ist beispielsweise die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung nicht Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens.

Der Deutsche Caritasverband teilt die Sichtweise der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN, dass der Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes die Pflege nicht wirklich neu ausrichtet, da die entscheidende Weichenstellung, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen, nicht getroffen wurde. Wir fordern den Gesetzgeber auf, nach Vorlage der Ergebnisse des Expertenbeirats zum Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig sowohl den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als auch das entsprechende Begutachtungsassessment einzuführen sowie den dafür erforderlichen finanziellen Rahmen dazu entsprechend auszugestalten und nachhaltig zu sichern. Im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind u.a. auch die Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfen zu klären. Wir unterstützen den Antrag der GRÜNEN, in diesem Zusammenhang § 43a SGB XI zu bereinigen, indem die Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, zumindest auf das Niveau der Leistungen für Pflege in der eigenen Häuslichkeit angehoben werden. Dies entspricht einer langjährigen Position des Deutschen Caritasverbands.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich auch für eine weitere Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ ein. Die Sanktion einer Strafzahlung der Krankenversicherung an die Pflegeversicherung im Falle einer unterlassenen Rehabilitationsleistung hat offensichtlich nicht die erwünschten Anreize gesetzt. Der Deutsche Caritasverband empfiehlt, zusätzlich zu im Gesetzentwurf vorgelegten Neuregelungen zur Rehabilitationsempfehlung, dass eine negative Rehabilitationsempfehlung ausführlich von der Pflegekasse begründet werden muss. Die Pflegeversicherung zum Rehabilitationsträger zu machen, sehen wir hingegen nicht als geeigneten Weg an. Der geeignete Träger für Rehabilitationsmaßnahmen ist die Krankenversicherung bzw. im Falle von Erwerbstätigen die Rentenversicherung. Die Aufnahme der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger würde nur zu neuen Verschiebebahnhöfen führen. Die im Antrag der GRÜNEN geforderte Wiederaufnahme der Berücksichtigung der Belange pflegender Angehöriger bei Rehabilitationsanträgen in der Rentenversicherung (§ 9 SGB VI), die im Referentenentwurf noch enthalten war, in den Kabinettsentwurf, entspricht der Forderung der Caritas und wird daher nachdrücklich unterstützt.

Angesichts der demographischen Entwicklung ist es wichtiger denn je, die pflegerische Infrastruktur zukunftsfähig zu gestalten und planerisch vorausschauend weiterzuentwickeln. Eine entscheidende Rolle spielt aus Sicht des Deutschen Caritasverbands der Ausbau von kleinräumigen, quartiersbezogenen Wohn- und Betreuungskonzepten gemäß des Ansatzes der Sozialraumorientierung. Auch aus unserer Sicht ist hierfür das Zusammenwirken aller relevanten Akteure in Bund, Ländern, Kommunen und der Zivilgesellschaft erforderlich. Für die Umsetzung quartiersorientierter Konzepte sind in erster Linie die Kommunen verantwortlich. Sie müssen jedoch finanziell entsprechend ausgestattet werden, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können. Insbesondere müssen die Länder wieder verstärkt ihrer Infrastrukturverantwortung nach § 9 SGB XI gerecht werden. Wir unterstützen zudem die Forderung der GRÜNEN, das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ wieder aufzulegen und zu verstetigen. Zur pflegerischen Infrastruktur gehören unabhängige und neutrale Beratungsangebote und ein Case-Management. Der Deutsche Caritasverband teilt die Sichtweise der GRÜNEN, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI diese Kriterien nicht zwingend erfüllen. Beratungsstellen sind am ehesten neutral und unabhängig, wenn die Rechtsträger miteinander vernetzt sind. Daher fordert der Deutsche Caritasverband, dass auf vorhandene vernetzte Strukturen zurückgegriffen werden soll.

Eine wirksame Entlastung pflegender Angehöriger sind Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Der Deutsche Caritasverband ist, ebenso wie die Bundestagsfraktion der

GRÜNEN, bei den Beratungen zum Familienpflegezeitgesetz vehement für einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingetreten. Wir regen an, dass der Gesetzgeber im Rahmen der vorliegenden Novellierung des SGB XI prüft, die Pflegezeit durch eine bedarfsgeprüfte Unterstützungsleistung zur Gewährung der Grundsicherung zu ergänzen, damit auch Menschen mit niedrigem Einkommen sich diese Auszeit für ihre pflegebedürftigen Angehörigen leisten können. Zudem sehen wir weiteren Handlungsbedarf in Bezug auf die 10tätige kurzfristige Arbeitsverhinderung. Die Freistellungsregelung muss dringend flexibilisiert werden. Nach bisheriger Rechtsprechung besteht der Rechtsanspruch nur einmalig pro Kalenderjahr. Ein Arbeitnehmer kann also nicht mehrfach im Kalenderjahr unter Ausschöpfung der maximal 10 zur Verfügung gestellten Tage die Arbeit unterbrechen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich hier erneut, wie bereits im Rahmen des PfwG, für eine entsprechende Flexibilisierung dieser Regelung ein.

E. Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen“ (BT-Drs. 17/9393)

Grundsätzlich beschränken wir uns in unserer Stellungnahme zu diesem Antrag aus Sachgründen auf Punkte, die mit dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren des PNG eröffnet sind. So ist beispielsweise die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung nicht Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens.

Wir teilen die Sichtweise der Bundestagsfraktion DIE LINKE, dass der vorliegende Gesetzentwurf die Pflegeversicherung nicht wirklich neu ausrichtet. Dringend erforderlich ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments sowie die leistungsrechtliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser Schritt soll zügig nach Abschluss der Arbeiten des Expertenbeirats zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfolgen.

Der Deutsche Caritasverband hat sich bereits im Rahmen der Beratungen zum PfwG dafür ausgesprochen, für die Dauer der Pflegezeit eine bedarfsgeprüfte Unterstützungsleistung zur Gewährung der Grundsicherung zu prüfen. Wir unterstützen den Vorschlag der LINKEN, die Pflege von Angehörigen stärker in der Rentenversicherung zu berücksichtigen. Konkret haben wir in unserer Stellungnahme zum PNG vorgeschlagen, die Beitragshöhe nach § 166 Abs. 2 SGB VI soll daher

pflegestufenunabhängig und einheitlich anteilig an der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bemessen werden (s. oben).

Freiburg/Berlin, den 11. Mai 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