

**25.09.15**

## **Stellungnahme** des Bundesrates

---

### **Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)**

Der Bundesrat hat in seiner 936. Sitzung am 25. September 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e (§ 7 Absatz 4 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e sind in § 7 Absatz 4 Satz 1 nach dem Wort "gemeinsam" die Wörter "im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden" einzufügen.

Begründung:

Regelungen zur Datenübertragung fallen grundsätzlich in die Regelungskompetenz der obersten Landesbehörden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e (§ 7 Absatz 4 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e sind in § 7 Absatz 4 Satz 1 die Wörter "im Wege elektronischer Datenübertragung" zu streichen.

Begründung:

Ziel der Änderung ist es, den Landesverbänden der Pflegekassen Daten zu den anerkannten niedrighschwelligen Angeboten zukommen zu lassen. Hierzu sollen die Landesverbände der Pflegekassen und die für die Anerkennung zuständigen Stellen Näheres zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit der Angebote einschließlich der Finanzierung des Übermittlungsverfahrens vereinbaren.

Die im Gesetzentwurf enthaltene gesetzliche Vorgabe zu der Art der Übermittlung, nämlich elektronisch, nähme Inhalte der zu treffenden Vereinbarungen zwischen Behörde und Landesverbänden vorweg.

Aufgrund der nicht gesetzlich festgeschriebenen Finanzierung, dürfen auch sonstige Inhalte nicht vorab festgelegt werden. Andernfalls geriete das Gleichgewicht der Vereinbarungspartner zu Leistung und entsprechender Gegenleistung aus den Fugen. Eine Aufgabe zu übertragen ohne deren Finanzierung zu klären, widerspricht auch dem Gebot der wirtschaftlichen Haushaltsführung. Für die für die Anerkennung zuständigen Stellen bedeutete die Digitalisierung der Daten eine zusätzliche Aufgabe. Wenn sie diese Leistung für die Landesverbände der Pflegekassen erbringen, muss auch die Finanzierung geklärt werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e (§ 7 Absatz 4 Satz 5 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe e ist dem § 7 Absatz 4 folgender Satz anzufügen:

"Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder."

Begründung:

Von den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung sind die nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung maßgeblich betroffen, denn sie sind es, die die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen liefern.

Deshalb ist es sachgerecht, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Empfehlungen analog zum Verfahren nach § 45c SGB XI im Einvernehmen mit den Ländern abgibt. Zudem würden die jeweiligen Vereinbarungen auf Landesebene erheblich vereinfacht, wenn im Vorfeld bereits Einigkeit über die technischen Standards hergestellt wurde.

4. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa  
(§ 7a Absatz 2 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa ist in § 7a Absatz 2 Satz 2 das Wort "soll" durch das Wort "erfolgt" zu ersetzen; das Komma nach dem Wort "lebt" ist durch einen Punkt zu ersetzen und das Wort "stattfinden" ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegeberatung auch als sogenannte aufsuchende Beratung in der eigenen Häuslichkeit erfolgen soll. Zur Stärkung der Effizienz der Beratung ist es jedoch erforderlich, einen echten Anspruch auf Beratung auch in der eigenen Häuslichkeit zu schaffen. Eine "Soll"-Regelung reicht dazu nicht aus.

5. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (bisheriger § 7a Absatz 2 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b ist der Doppelbuchstabe bb zu streichen.

Begründung:

Das Ziel einer personellen Kontinuität bei der Beratung wird grundsätzlich geteilt, dies steht jedoch in keinem Sachzusammenhang mit der bereits bestehenden Möglichkeit, Leistungsanträge nach SGB V oder SGB XI bei der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater abzugeben.

Die Einschränkung, einen Leistungsantrag ausschließlich bei der zuständigen Pflegeberaterin oder dem zuständigen Pflegeberater abgeben zu können, ist - auch im Hinblick auf die Struktur der Pflegestützpunkte - nicht sachgerecht.

Beispielsweise könnte bei Abwesenheit der zuständigen Person die Entgegennahme eines Antrags wegen Unzuständigkeit abgelehnt werden, wodurch sich der Leistungsbeginn verzögert.

Zudem bliebe die Regelung hinter dem allgemeinen Grundsatz im Sozialrecht zurück, wonach ein unzuständiger Leistungsträger Anträge an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten hat und als Antragszeitpunkt der Eingang bei dem unzuständigen Leistungsträger gilt (§ 16 Absatz 2 SGB I).

6. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 7c Absatz 1a - neu - und Absatz 1b - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 6 sind in § 7c nach Absatz 1 folgende Absätze einzufügen:

"(1a) Im Rahmen der Bestimmung der obersten Landesbehörde nach Absatz 1 Satz 1 sind Pflegestützpunkte in gemeinsamer Trägerschaft von Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen einzurichten, wenn eine kommunale Gebiets-

körperschaft, in deren Gebiet der Pflegestützpunkt errichtet werden soll, dies gegenüber dem zuständigen Landesverband der Pflegekassen beantragt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Eingang des Antrags bei dem Landesverband der Pflegekassen erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Eingang des Antrags zustande, legt die zuständige oberste Landesbehörde den Inhalt der Verträge auf der Grundlage der bereits in ihrem Zuständigkeitsbereich bestehenden Verträge fest. Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend.

(1b) Vom 1. Januar 2021 an ist Absatz 1a nur noch für Anträge anzuwenden, die vor dem 1. Januar 2021 bei den Landesverbänden der Pflegekassen eingegangen sind."

Begründung:

Die bisher in § 92c SGB XI getroffenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 sowie 7 bis 9 zur Beratung, Vernetzung und Koordinierung in und durch Pflegestützpunkte werden aufgrund des engen Sachzusammenhangs durch das PSG II aus dem vergütungsrechtlichen Achten Kapitel des SGB XI in die im Ersten Kapitel geregelten Allgemeinen Vorschriften und Anforderungen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7 ff. SGB XI verschoben. Damit ist keine inhaltliche Änderung verbunden.

Bislang sieht § 92c SGB XI vor, dass die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte einrichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Länder können dabei keine Vorgaben zur Organisation der Pflegestützpunkte machen.

Es hat sich gezeigt, dass ein integriertes Beratungsangebot zwischen Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen nur bei höchster Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten zustandekommt.

Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass - selbst bei finanzieller Beteiligung der Kommunen - die Pflege- und Krankenkassen der Einrichtung, Weiterentwicklung und Ausbau der Pflegestützpunkte häufig zurückhaltend gegenüberstanden.

Diese von den Pflege- und Krankenkassen eingrenzenden Aufgabenbereiche und somit die Reduzierung der Pflegestützpunkte auf die Beratungsleistungen führt zu einer Sektoralisierung der Entscheidungs- und Verwaltungsstrukturen. Diese versäulten Strukturen können aufgebrochen werden, wenn sich die Kommunen aufgrund der demografischen Entwicklung ihrer kommunalpolitischen sozialraumorientierten Verantwortung stellen, und sich bei den Pflegestützpunkten beteiligen und mitwirken.

Aus dem Kreis der Kostenträger und Strukturverantwortlichen verfügen nur die Kommunen über die Nähe zu den sozialräumlichen Strukturen und damit über die erforderlichen Kenntnisse, um eine umfassende Politik für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen organisieren zu können.

Kommunen (Landkreise, kreisfreie Städte sowie Städte und Gemeinden) erbringen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien schon jetzt in vielfältiger Form umfangreiche Unterstützungsleistungen wie beispielsweise die kommunale Altenhilfe. Vielfach beteiligen sie sich bereits jetzt schon an den Pflegestützpunkten durch Beteiligung an den Sach- und/oder Personalkosten oder als Träger eines Pflegestützpunktes.

Um dem auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege geeinten Ziel, die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur zu stärken, Rechnung zu tragen, wird es für die Stärkung der kommunalen Verantwortung bei den Pflegestützpunkten erforderlich, ein Initiativrecht von Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten zu ermöglichen, wenn sie sich finanziell an den Pflegestützpunkten beteiligen und die Regelungen durch die Bestimmung der obersten Landesbehörde sowie der Rahmenverträge nach § 92c Absatz 8 SGB XI einhalten.

Mit der Ergänzung erhalten die Kommunen - in Umsetzung der Empfehlung zu Nummer 3.3. der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zeitlich auf fünf Jahre bis zum 31. Dezember 2020 befristet - im Rahmen der Bestimmung durch das Land nach § 92c Absatz 1 Satz 1 SGB XI die Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu initiieren.

7. Zu Artikel 1 Nummer 6a - neu - (§ 7d - neu - SGB XI) und  
Nummer 1 Buchstabe b<sub>1</sub> - neu - (Inhaltsübersicht - § 7d SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 folgende Nummer 6a einzufügen:

'6a. Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

"§ 7d

Modellkommunen Pflege

- (1) In 60 Modellkommunen Pflege werden die Beratungsansprüche und -pflichten nach diesem Buche mit Beratungsansprüchen und -pflichten hinsichtlich weiterer Sozialleistungen, die in (Finanzierungs-)Verantwortung der Kommune geleistet werden, in ein Gesamtkonzept eingebunden und in eigener Verantwortung oder in Kooperation mit anderen erbracht.
- (2) Kreisfreie Städte und Landkreise können auf Antrag als Modellkommune Pflege durch das jeweilige Land zugelassen werden. Die Beteiligung kreisangehöriger Städte und Gemeinden richtet sich nach Landesrecht.
- (3) Die Entwicklung von Kriterien für die Zulassung als Modellkommune Pflege obliegt den Ländern.
- (4) Der Antrag auf Zulassung muss ein Konzept zur Ausgestaltung der Angebots- und Beratungsstruktur vor Ort enthalten. Das Nähere wird durch Landesrecht geregelt.

(5) Zugelassene Modellkommunen Pflege schließen Kooperationsverträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen über die konkrete Umsetzung des Konzepts, insbesondere Gebiet, Umfang und Qualität wohnortnaher Beratungs- und Case-Management-Stellen, Umgang mit bestehenden Angeboten (Pflegestützpunkte, Beratungsstellen Dritter), Vorgehensweise bei Teilhabe- und Versorgungsplänen, Berichts- und Nachweispflichten, einzubringende Ressourcen der Pflegekassen (Personal, Finanz- und Sachmittel) sowie einzubringende Ressourcen der Modellkommune (Personal, Finanz- und Sachmittel sowie gegebenenfalls freiwillige Leistungen). Die Kooperationsverträge werden für die Dauer von fünf Jahren geschlossen. Die oberste Landesbehörde erklärt den Kooperationsvertrag nach entsprechender Prüfung für alle Kassen für allgemeinverbindlich.

(6) Für den Fall der Nichteinigung richten die Länder zur Gestaltung der Vertragsinhalte eine Schiedsstelle auf Landesebene bestehend aus Kommunen und Pflegekassen ein. Das Nähere wird durch Landesrecht geregelt.

(7) Die Zulassung als Modellkommune Pflege kann zurückgenommen werden, wenn die Vorgaben des Kooperationsvertrags nicht eingehalten werden, oder wenn Voraussetzungen, die zur Zulassung als Modellkommune Pflege geführt haben, nachträglich wegfallen.

(8) Die Verteilung der Modellkommunen Pflege auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Sofern Länder den ihnen nach dem Königsteiner Schlüssel zustehenden Anteil nicht ausschöpfen, fällt dieser den Ländern zu, die ihre Anteile bereits ausgeschöpft haben. Das Nähere zur Finanzierung der Modellkommunen Pflege wird vom Bund im Einvernehmen mit den Ländern geregelt.

(9) Die Modellkommunen Pflege werden einer Evaluation in Gestalt eines Vergleichs mit anderen Modellen zur Stärkung von Kooperation und Vernetzung oder mit "Vergleichskommunen" unterzogen. Die Finanzierung der Evaluation erfolgt zu gleichen Teilen von Bund und teilnehmenden Ländern." '



Folgeänderung:

In Artikel 1 Nummer 1 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe b<sub>1</sub> einzufügen:

b<sub>1</sub>) Nach der Angabe zu § 7c wird die folgende Angabe zu § 7d eingefügt:

"§ 7d Modellkommunen Pflege" '

Begründung:

In der am 29. September 2014 eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege wurde neben zahlreichen weiteren Empfehlungen der Beschluss gefasst, das Konzept der "Modellkommune Pflege" zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen auf den Weg zu bringen. Zwischen Bund und Ländern war vereinbart worden, die geeinten Empfehlungen in den Gesetzentwurf des PSG II einfließen zu lassen. Dies ist nicht geschehen, was die vorliegende Änderung erforderlich macht.

"Modellkommune Pflege"

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat beschlossen, ein Modellprojekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren durchzuführen, in dessen Rahmen eine Anzahl von 60 "Modellkommunen Pflege" (Landkreise und kreisfreie Städte) zugelassen werden und mit anderen Modellen zur Stärkung von Beratung und Vernetzung (Pflegestützpunkte) und Vergleichskommunen verglichen werden. In dieser Evaluation ist die Frage der Wahlfreiheit der Beratung besonders zu berücksichtigen. Der neue § 7d SGB XI "Modellkommunen Pflege" entspricht im Grunde den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Konkret sollen die bestehenden Beratungsansprüche und -pflichten nach dem SGB XI (insbesondere §§ 7a, 37 Absatz 3, 45 SGB XI) von der "Modellkommune Pflege" mit Beratungsansprüchen und -pflichten hinsichtlich weiterer Sozialleistungen, die in (Finanzierungs-)Verantwortung der Kommune geleistet werden (insbesondere den §§ 11, 59, 71 Absatz 2 Nummer 4 SGB XII sowie weiteren Beratungsansprüchen und -pflichten in kommunaler Verantwortung im Zusammenhang mit Pflege und Pflegevermeidung nach SGB I,

BGB - rechtliche Betreuung - und den jeweiligen Landesgesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst), in ein Gesamtkonzept eingebunden und in eigener Verantwortung oder in Kooperation mit anderen erbracht werden können.

Die Modalitäten der Antragstellung, Abschluss und Laufzeit eines entsprechenden Kooperationsvertrags, Rücknahme der Zulassung sowie die Verteilung der Modellkommunen Pflege auf die Länder und deren Finanzierung werden in § 7 Absatz 2 bis 9 SGB XI festgelegt; insbesondere werden die Einzelheiten zur Zulassung, zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltung des Konzepts sowie zur Finanzierung der Modellkommunen Pflege durch Bundesbeziehungsweise Landesrecht zu regeln sein. Die "Modellkommunen Pflege" sollen einer Evaluation unterzogen werden, die zu gleichen Teilen von Bund und teilnehmenden Ländern finanziert wird.

#### 8. Zu Empfehlungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung

Der Bundesrat begrüßt, dass im Zuge der Novelle des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch einige Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingeflossen sind.

Der Bundesrat bedauert jedoch, dass die Empfehlungen der Arbeitsgruppe nicht wie zugesagt umfassend umgesetzt worden sind. Er fordert die Bundesregierung deshalb auf, schnellstmöglich einen weiteren Gesetzentwurf vorzulegen, der die Schaffung der Rechtsgrundlagen für ein Gremium unter maßgeblicher Beteiligung der Kommunen vorsieht, das verbindliche Empfehlungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung vereinbaren kann, die von den Pflegekassen bei den Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen sind.

##### Begründung:

Mit Einführung der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen neben den Kommunen - die bisher wesentlichen Akteurinnen in der Altenhilfe/Pflege waren - als weitere Beteiligte ins Spiel gekommen. Die Pflegekassen dominieren derzeit die wesentlichen Bereiche des Pflegegeschehens, insbesondere die Zulassung von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, verbunden mit einem Kontrahierungszwang).

Vor diesem Hintergrund hat sich eine am 29. September 2014 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur "Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege" auf Empfehlungen zur Stärkung der kommunalen Rolle verständigt und diese am 12. Mai 2015 vorgestellt.

Sie schlägt Maßnahmen vor, wie die kommunale Verantwortung und die lokalen Gestaltungsmöglichkeiten gestärkt und die Entwicklung altengerechter Quartiere und Sozialräume und damit die verlässliche Versorgung älterer Menschen nachhaltig unterstützt und abgesichert werden können.

Im Rahmen der oben genannten Arbeitsgruppe wurde auch der Bereich Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen sowie Kooperations- und Koordinierungsstrukturen näher in den Fokus genommen. Im Ergebnis wird herausgestellt, dass die Aufgaben der Pflegekassen und Kommunen so wahrgenommen werden müssen, dass Synergien entstehen. Durch eine stärkere Einbindung der Kommunen in der Pflege soll eine bessere sozialräumlich orientierte und organisierte Versorgung sichergestellt werden, da deren Kenntnisse über vorhandene Strukturen in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind.

Die gegebene Zusage der Umsetzung des Ergebnisses ist einzuhalten.

9. Zu Artikel 1 Nummer 8a - neu - (§ 10a - neu - SGB XI) und  
Nummer 13 (§ 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 8 ist folgende Nummer 8a einzufügen:

'8a. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

"§ 10a

Berichterstattung der Träger der Pflegeversicherung und der privaten Versicherungsunternehmen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmalig im Jahr 2018, jeweils einen Bericht über

1. die Einhaltung der Fristen nach 18 Absatz 3,
2. die Anzahl der Leistungsgewährungen im Rahmen von trägerübergreifenden Budgets nach § 35a,
3. die Anzahl abgeschlossener Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 Satz 1, zweiter Halbsatz,
4. die Anzahl gekündigter Versorgungsverträge nach § 74,
5. die Anzahl abgeschlossener Verträge jeweils nach § 77 Absatz 1 und 2,
6. die Anzahl in Auftrag gegebener Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79,
7. die Anzahl abgeschlossener Vereinbarungen nach §§ 85, 89, in denen Aufwendungen nach § 82b berücksichtigt sind,
8. die Anzahl von Zahlungen an Pflegeeinrichtungen nach § 87a Absatz 4 sowie
9. die Anzahl gekürzter Pflegevergütungen nach § 115 Absatz 3.

Die Träger der Pflegeversicherung und ihre Landesverbände stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die notwendigen Daten zur Verfügung. Satz 2 gilt für die privaten Versicherungsunternehmen und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. entsprechend." '

b) Nummer 13 ist wie folgt zu fassen:

'13. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3b Satz 4 werden nach dem Wort "Jahres" die Wörter  
", letztmalig im Jahr 2017," eingefügt.

b) In Absatz 6 Satz 3 werden < weiter wie Vorlage >

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

< weiter wie Vorlage >'

Begründung:

§ 10a Satz 1 Nummer 1 SGB XI entspricht der vorhandenen Regelung in § 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI. Diese kann daher ab dem Jahr 2018 entfallen.

Die weiteren Inhalte der Berichtspflicht geben erste Hinweise, inwieweit Instrumente des Pflegeversicherungsrechts in der Praxis Wirkung entfalten. Darauf aufbauend kann bei Bedarf eine eingehendere Untersuchung der Relevanz oder der eventuellen Hemmnisse eingeleitet werden.

Die Berichtspflicht ist unabhängig von den Pflegeberichten der Bundesregierung nach § 10 SGB XI sinnvoll, da sie zum einen in kürzeren zeitlichen Intervallen und zum anderen eng und eindeutig konturiert erfolgt.

Die erstmalige Veröffentlichung im Jahr 2018 für das Berichtsjahr 2017 trägt dem Aufwand für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes Rechnung.

10. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 18a Absatz 1 Satz 1a - neu - und Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 14 ist wie folgt zu fassen:

'14. § 18a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Die Pflegekasse kann dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung innerhalb von vier Wochen nach der Mitteilung nach Satz 1 zuleiten, sofern dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nach § 18 Absatz 4 angeforderte Unterlagen nicht oder nicht vollständig vorliegen und diese voraussichtlich für eine positive Empfehlung maßgeblich sind."

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird < weiter wie Vorlage >'

Begründung:

Es soll verhindert werden, dass allein wegen unzureichender ärztlicher Unterlagen innerhalb der Begutachtungsfristen nach § 18 SGB XI auf die Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme verzichtet wird. Damit wird eine Erkenntnis aus dem Projekt "RehaXI" aufgegriffen.

11. Zu Artikel 1 Nummer 17a - neu - (§ 35a Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 17 folgende Nummer 17a einzufügen:

- '17a. In § 35a Satz 1 wird das Semikolon nach dem Wort "erhalten" durch einen Punkt ersetzt und der dann folgende Halbsatz wird gestrichen.'

Begründung:

Die einengenden Vorgaben des § 35a SGB XI, wie etwa das Gutscheinsystem und die Begrenzung der Inanspruchnahme nur auf zugelassene Pflegedienste des SGB XI, machen die Nutzungen der Leistungen des SGB XI im Rahmen eines trägerübergreifenden Budgets faktisch unmöglich. In der Praxis hat die bisherige Regelung des § 35a SGB XI zur Folge, dass die Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht in das trägerübergreifende Budget überführt werden können. Ansprüche auf Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 SGB XI sind im Rahmen eines persönlichen Budgets, also in bar - und nicht wie bislang nur als Gutschein - zu gewähren. Diese bekannte Forderung verbessert die selbstbestimmte Gestaltung von Pflege- und Assistenzleistungen von pflegebedürftigen Menschen.

Zentraler Ausgangspunkt bei der Organisation von Unterstützungsleistungen ist die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Das SGB IX sieht in Umsetzung dieses Grundsatzes den Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen in Form eines persönlichen trägerübergreifenden Budgets vor. Im Rahmen der Regelungen zu diesem Budget, insbesondere gemäß § 4 Budgetverordnung in Verbindung mit § 17 Absätze 2 bis 4 SGB IX, lassen sich gezielte, einzel-fallbezogene Qualitätssicherungsmechanismen vereinbaren, die an die Stelle der mit den Sachleistungen nach SGB XI verbundenen Qualitätsprüfungen des den Gutschein einlösenden Pflegedienstes treten.

Die Möglichkeit, die Pflegeversicherungsleistung flexibler einsetzen zu können, kann auch Impulse in Bezug auf die Pflege im Quartier schaffen. Pflegebedürftige Menschen im Quartier können sich zusammentun und ihr Sachleistungsbudget im Hilfemix derart einsetzen, dass hiermit die Selbstständigkeit und Teilhabe der Pflegebedürftigen gefördert und quartiersnahe Dienstleistungen gestärkt werden können.

12. Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a (§ 39 Absatz 1 Satz 1, Satz 2 und Satz 3 SGB XI),  
Buchstabe b (§ 39 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) und  
Artikel 2 Nummer 23 Buchstabe b (§ 42 Absatz 2 Satz 2 und  
Satz 2a - neu - SGB XI)

a) Artikel 1 Nummer 20 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

'a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe "sechs" durch die Angabe "acht" ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

cc) Der bisherige Satz 3 wird Satz 2 und wird wie folgt gefasst:

< ... weiter wie Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a ... >'

bb) In Buchstabe b ist § 39 Absatz 2 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden."



b) In Artikel 2 Nummer 23 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Pflegekasse übernimmt alle nachgewiesenen Kosten im Zusammenhang mit einer notwendigen Pflege im Sinne des Absatz 1 Satz 1 bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr."

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Ansprüche nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und § 60 Absatz 1 Satz 1 des fünften Buches bleiben unberührt." '

Begründung:

Im Zuge des ersten Pflegestärkungsgesetzes wurde bereits eine Flexibilisierung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege vorgenommen.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wurde insoweit erweitert, als der Grundbetrag nach § 42 SGB XI um den Leistungsbetrag noch nicht in Anspruch genommener Verhinderungspflege erhöht werden und damit eine Verdoppelung der Kurzzeitpflegezeit auf acht Wochen erfolgen kann.

Umgekehrt wurde für die Verhinderungspflege nur die Möglichkeit eröffnet, das Budget der Kurzzeitpflege bis zur Hälfte für Verhinderungspflege einzusetzen. Eine Verlängerung des Höchstzeitraums der Verhinderungspflege ging damit aber nicht einher.

Eine weitere Anpassung der Vorschriften an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen ist unerlässlich.

Die Möglichkeit, nur die Kurzzeitpflege für acht Wochen in Anspruch zu nehmen, Verhinderungspflege hingegen nicht, ist weder ausreichend noch sachlich zu begründen. Ziel der Pflegereformen ist es, den Menschen hohe Flexibilität und einen individuell angepassten Betreuungsmix zu ermöglichen. Dies wird durch die Begrenzung der Verhinderungspflege auf sechs Wochen nicht getan. In der Praxis sind sechs Wochen, während derer Pflegepersonen Urlaub brauchen oder krank sein können, gegebenenfalls ein geringer Zeitraum.

Auch die sechsmonatige Wartezeit des § 39 SGB XI entbehrt eines sachlichen Grundes und benachteiligt all diejenigen, die noch nicht sechs Monate gepflegt werden, aber bereits eine stabile häusliche Pflegesituation aufgebaut haben. Deren Schutz intendiert die Verhinderungspflege grundsätzlich, kann hier aber unzureichenderweise nicht greifen. Zudem trüge die Streichung der außerordentlichen Belastung der Pflegepersonen Rechnung, die meist schon lange vor Anerkennung einer Pflegestufe zu pflegen begonnen haben.

Schließlich sollten auch die Formulierungen, welche Kosten die §§ 39 und 42 SGB XI decken können, vereinheitlicht werden. § 39 SGB XI formuliert bereits, dass "alle nachgewiesenen Kosten im Zusammenhang mit einer notwendigen Pflege im Sinne des Absatz 1 Satz 1" durch den Verhinderungspflegebetrag gedeckt werden können. § 42 SGB XI hingegen beschränkt dies auf "die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege". Diese Eingrenzung stellt eine nicht notwendige Beschränkung dar und ist auch im Vergleich zu § 39 SGB XI schwer zu begründen; so können in der Verhinderungspflege beispielsweise Transportkosten bereits durch den Verhinderungspflegebetrag gedeckt werden, was hingegen in der Kurzzeitpflege derzeit nicht möglich ist.

Insgesamt wird durch die weitere Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege die Wirksamkeit der Maßnahmen gestärkt und deren Inanspruchnahme gefördert. Dies stärkt die häusliche Pflege und entspricht auch dem Grundsatz ambulant vor stationär.

13. Zu Artikel 1 Nummer 30a - neu - (§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 30 folgende Nummer 30a einzufügen:

- '30a. In § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort "Zeit" die Wörter ", bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit" eingefügt.'

Begründung:

In der ambulanten Pflege ist die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegeperson erbracht werden. Sie macht die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten, insbesondere auch die Pflegebedürftigen und ihre Vertretungsberechtigten, transparenter. Eine Ergänzung in § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI erscheint daher naheliegend und sachdienlich. Diese Aufzeichnungspflicht ist äußerst wichtig für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung nachvollziehbar schriftlich fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug gerichtsfest nachgewiesen werden. Damit handelt es sich um einen relevanten Beitrag, um dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Geltung zu verschaffen.

Die Anfangs- und Endzeiten der Pflegeeinsätze sind elementare Grundlagen der Personaldisposition und Einsatzplanung eines Pflegedienstes. Sie sind unersetzlich zur Sicherung einer effizienten Organisation der Leistungserbringung und sollten deshalb von jedem Pflegedienst systematisch erfasst werden. In der Praxis werden die Daten in der Regel schon jetzt erfasst und stehen damit ohne Mehraufwand zur Verfügung.

Die Umsetzung in technischer Hinsicht dürfte in der Praxis keine Probleme bereiten: Mit der einvernehmlichen Festlegung vom 28. Februar 2002 über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie über Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI haben sich die auf der Bundesebene agierenden Leistungserbringer gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf die Übermittlung von Beginn und Ende der Leistungserbringung verständigt. Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungs-

komplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, sobald die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Damit liegen die Voraussetzungen für die Erfassung der Anfangs- und Endzeiten bereits mit dem bestehenden Verfahren zum Datenträgeraustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI vor.

Die elektronisch gestützte Leistungserfassung einschließlich der Erstellung von elektronischen Leistungsnachweisen erfolgt grundsätzlich "automatisiert" mit dem dafür notwendigen technischen Standard. Der manuelle Eingabeaufwand ist damit begrenzt.

Die Neuregelung steht somit auch nicht der im Rahmen des Projektes der Bundesregierung "Zur Entbürokratisierung in der Pflege" beabsichtigten Reduzierung des Dokumentationsaufwandes entgegen. Vielmehr wird hier zukunftsweisend ein wesentlicher Schritt in Richtung einer Verbindung zwischen erforderlichen fachlichen und "technischen" Standards und neuer sozialrechtlicher Prüf- und Bewertungsmöglichkeiten eingeschlagen.

Zudem können über die erhobenen Anfangs- und Endzeiten im Hinblick auf die Wirkung der Entbürokratisierungsinitiative der Bundesregierung empirische Belege gewonnen werden, ob der ersparte Dokumentationsaufwand tatsächlich zu mehr Betreuungs- und Pflegezeiten bei den Menschen mit Pflegebedarf führt. Insofern kommt der Erfassung der Anfangs- und Endzeiten eine eigenständige, nicht zu vernachlässigende Bedeutung zu.

Der Gesetzgeber sieht in § 89 Absatz 3 SGB XI vor, dass die Vergütungen je nach Art 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 können. Für die Umsetzung der Vergütung nach Zeitaufwand werden Anfangs- und Endzeiten zwingend benötigt. Die Folgeregelung schafft für Vereinbarungspartner auf Landesebene, die diese Möglichkeit nutzen wollen, die Voraussetzungen zur Umsetzung.

14. Zu Artikel 1 Nummer 31a - neu - (§ 109 Absatz 1 Satz 1a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 31 folgende Nummer 31a einzufügen:

'31a. In § 109 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Erhebungen über die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a sind gesondert zu erfassen." "

Begründung:

Bundesweit kommt ambulant betreuten Wohngruppen zunehmend ein größeres Gewicht in der pflegerischen Versorgung zu. Dies hat der Bundesgesetzgeber beispielsweise in §§ 38a, 40 Absatz 4 und 45e SGB XI aufgegriffen und ambulant betreute Wohngruppen zu einem festen Bestandteil der bundesweiten Versorgungsstruktur gemacht. Er trägt damit dem wachsenden Bedarf an gemeinschaftlichen, ambulant betreuten Wohnformen für pflegebedürftige, insbesondere dementiell erkrankte Menschen Rechnung. Angesichts des zu erwartenden weiteren Wachstums dieser Wohngruppen ist es erforderlich, die Entwicklung der ambulant betreuten Wohngruppen auf der Basis belastbarer Daten vergleichbar und nachvollziehbar zu machen.

Nur im Rahmen der Bundesstatistik nach § 109 SGB XI können benötigte Daten bundeseinheitlich, regelhaft, vergleichbar und belastbar erhoben werden. Im Hinblick auf Wohngruppen im Sinne des § 38a SGB XI werden insbesondere die in § 109 Absatz 1 Satz 2 SGB XI aufgeführten Nummern 1, 2, 3, 5 und 6 für eine Stichtagserhebung in Betracht kommen.

Der Gesetzgeber sieht in § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 SGB XI die Entwicklung eines "Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen" vor. Auch für die Entwicklung dieses Konzepts durch die wissenschaftliche Begleitforschung sowie für die Bewertung durch den Qualitätsausschuss sind belastbare Daten nach § 109 Absatz 1 SGB XI unabdingbar notwendig.

Die Länder benötigen die Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 9 SGB XI unter anderem zur Landesplanung. Das gilt ebenfalls für die Kommunen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 71 SGB XII oder nach Landesrecht.

15. Zu Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa  
(§ 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe a ist der Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

'aa) In Satz 1 werden die Wörter "Bundesvereinigung der" gestrichen, nach den Wörtern "kommunalen Spitzenverbänden" werden die Wörter "auf Bundesebene" eingefügt, werden die Wörter "bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich" gestrichen, nach den Wörtern "der privaten Krankenversicherung e.V." werden die Wörter "der Länder" eingefügt, werden nach den Wörtern "behinderten Menschen" die Wörter "nach Maßgabe von § 118" eingefügt und werden die Wörter "Qualität und die Qualitätssicherung" durch die Wörter "Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung" ersetzt.'

Begründung:

Mit der Föderalismusreform 2008 ist die Zuständigkeit für das Heimrecht auf die Länder übergegangen. Die seither entstandenen und auch künftig in den Ländern entstehenden Erfahrungen der Heimaufsichtsbehörden sowohl in Bezug auf Qualitätsanforderungen als auch der späteren Überprüfung dieser Anforderungen sollen durch diese Änderung bereits in die Entstehung und Fortschreibung der Vereinbarungen über die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung einfließen, die später auch Gegenstand der Prüfung der Heimaufsichtsbehörden sind.

Hierdurch werden auch die Regelungen zur Zusammenarbeit der unterschiedlichen Prüfinstanzen in den §§ 114 und 117 SGB XI sinnvoll ergänzt und die Entwicklung eines einheitlichen Qualitätsverständnisses gefördert.

16. Zu Artikel 1 Nummer 33 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa  
(§ 113a Absatz 1 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 33 Buchstabe a ist der Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

'aa) In Satz 3 werden nach den Wörtern "Krankenversicherung e.V." die Wörter "der Länder" eingefügt, wird das Komma und werden die Wörter "die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene" gestrichen.'

Begründung:

Mit der Föderalismusreform 2008 ist die Zuständigkeit für das Heimrecht auf die Länder übergegangen. Die seither entstandenen und auch künftig in den Ländern entstehenden Erfahrungen der Heimaufsichtsbehörden sowohl hinsichtlich von Qualitätsanforderungen als auch der späteren Überprüfung dieser Anforderungen sollen durch diese Änderungen in die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege einfließen. Diese sind später auch Gegenstand der Prüfung der Heimaufsichtsbehörden.

Hierdurch werden auch die Regelungen zur Zusammenarbeit der unterschiedlichen Prüfinstanzen in den §§ 114 und 117 SGB XI sinnvoll ergänzt und die Entwicklung eines einheitlichen Qualitätsverständnisses gefördert.

17. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 113b Absatz 2 Satz 1 und Satz 9 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 34 ist § 113b Absatz 2 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Im ersten Halbsatz sind nach den Wörtern "Bundesebene (Leistungserbringer)" die Wörter "sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen)" einzufügen.

bb) Im zweiten Halbsatz sind nach dem Wort "Leistungserbringer" die Wörter "und Betroffenenorganisationen" einzufügen.

b) Satz 9 ist zu streichen.

Begründung:

Die Betroffenenorganisationen haben zwar bisher ein Rederecht im Qualitätsausschuss, aber kein Stimmrecht, obwohl die Betroffenen selbst zu einem erheblichen Anteil Kostenträger sind und eine den Pflegekassen und Sozialhilfeträger mindestens vergleichbare Interessen- beziehungsweise Betroffenensituation haben. Die pflegebedürftigen und behinderten Menschen müssen einen bedeutsamen Teil der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen selbst zahlen. Aus diesem Grund haben sie ein großes Interesse daran, auch im Rahmen der Vereinbarungen der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege, mitbestimmen zu können. Ein einfaches Rederecht, wie es bisher in § 113b SGB XI für die Betroffenen vorgesehen ist, wird den Interessen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nicht gerecht. Den Betroffenenorganisationen muss daher ein Stimmrecht im Qualitätsausschuss eingeräumt werden, um bei solchen wichtigen Entscheidungen, die teils deutliche Auswirkungen auch auf die Kostenlast der Betroffenen haben können, mitbestimmen zu können. Ein minderes Beteiligungsrecht widerspricht zudem Artikel 4 Absatz 3 der UN-Behindertenrechtskonvention.



18. Zu Artikel 1 Nummer 35 (§ 113c Absatz 1 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 35 ist § 113c Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) Nach der Angabe "Bundesministerium für Gesundheit" ist das Wort "und" durch ein Komma zu ersetzen.
  
- b) Nach dem Wort "Jugend" sind die Wörter "und den Ländern" einzufügen.

Begründung:

Qualifiziertes und motiviertes Personal ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Pflege. Dazu müssen geeignete Rahmenbedingungen vorhanden sein; insbesondere muss das Personal zahlenmäßig und qualitativ ausreichen. Bisher gibt es kein geeignetes objektives Verfahren für die Personalbemessung in der Pflege. Deshalb wird die geplante Regelung begrüßt, die Selbstverwaltung zu beauftragen, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zu entwickeln und zu erproben. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in der Pflege und damit auf die personelle Ausstattung in der Pflege haben. Auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes betont, dass die Frage der Personalbemessung bei der Umstellung auf fünf Pflegegrade eine wesentliche Voraussetzung für die Anpassung der Entgelte für stationäre Pflegeeinrichtungen ist. Der Bericht weist darauf hin, dass von der Personalbemessung unmittelbar die Pflegesätze abhängen und davon wiederum der Eigenanteil der Bürgerinnen und Bürger beziehungsweise der aufstockenden Leistungen der Sozialhilfe. Von gleicher Bedeutung sind die Anpassungsbedarfe im Rahmen der Qualitätssicherung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Fachkräftesicherung. Deshalb ist es unabdingbar, die Länder in die Entwicklung des Verfahrens maßgeblich zu beteiligen.

Bei der Entwicklung von quantitativen und qualitativen Maßstäben sollten vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der sich abzeichnenden Planung der Bundesregierung, "vorbehaltene Tätigkeiten" für Pflegefachkräfte im Pflegeberufegesetz zu regeln, auch wissenschaftlich fundierte Kriterien für die Personalzusammenstellung von sogenannten "Pfleagemixen" erarbeitet werden.

Mit zu bedenken ist auch die spätere Nachprüfbarkeit der aus diesen Maßstäben abgeleiteten Personalbemessung bei den Verhandlungen zur Ermittlung einer angemessenen Pflegevergütung und der Nachprüfung in Bezug auf den Einsatz des vergüteten Personals in Regelzeiten aber auch bei Diensten in der Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen durch die Heimaufsichten.

Die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der neuen Pflegegrade und der bereits vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen sowie Erkenntnisse ist eine wesentliche Voraussetzung einer bundesweit einheitlichen Personalbemessung unter Berücksichtigung der individuellen pflege- und krankheitsbedingten Anforderungen in der Pflege älterer Menschen.

19. Zu Artikel 1 Nummer 37 (§ 114a Absatz 3a Satz 3 - neu - und Satz 4 - neu - und Absatz 7 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 37 ist wie folgt zu fassen:

'37. § 114a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3a werden folgende Sätze angefügt:

"Ist eine vertretungsberechtigte Person nicht am Ort der Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls der Zweck der unangemeldeten Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung des Vertretungsberechtigten ist schriftlich zu dokumentieren."

b) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

< ... weiter wie Vorlage ... >

Begründung:

Die Regelung in § 114a Absatz 3a SGB XI ist nicht ausreichend. Grundsätzlich ist aus datenschutzrechtlichen Gründen daran festzuhalten, dass die erforderliche Einwilligung schriftlich erteilt werden muss. Das kann bei nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern und nicht am Ort der Prüfung anwesenden rechtlichen Vertretern und Vertreterinnen die Durchführung von Prüfungen, die auch nach heimrechtlichen Vorschriften unangemeldet erfolgen, jedoch deutlich erschweren oder sogar ganz verhindern. Daher sollte eine Regelung aufgenommen werden, wonach die Einwilligung zumindest ausnahmsweise auch mündlich (telefonisch) erfolgen kann, wenn andernfalls die unangemeldete Prüfung erschwert oder verhindert würde. Rechtzeitig ist eine Einwilligung in Textform regelmäßig nur dann, wenn sie im Laufe der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der Einrichtung eingehen kann.

Um die Einholung der mündlichen Einwilligung auch später nachvollziehen zu können, ist diese schriftlich zu dokumentieren. Diese Dokumentation kann auch durch den Prüfdienst erfolgen.

Angesichts des Zwecks der unangemeldeten Prüfung, die dem Schutz der Pflegebedürftigen dient, erscheint es vertretbar, an die Form der Einwilligungserklärung ausnahmsweise geringere Anforderungen als im allgemeinen Datenschutzrecht zu stellen. Die Dokumentation der mündlichen Einwilligung stellt einen angemessenen Ausgleich zwischen den wichtigen Anforderungen des Datenschutzes einerseits und dem Schutz der Pflegebedürftigen durch unangemeldete Prüfungen andererseits dar.

20. Zur Ausgestaltung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen  
(§ 115 SGB XI)

- a) Der Bundesrat begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung. Dieser führt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein und stellt damit die lange erforderliche Gleichbehandlung kognitiv und somatisch Pflegebedürftiger her.

Darüber hinaus werden Änderungen zur Entwicklung eines neuen Qualitätsmessungs- und Darstellungsverfahrens sowie eine Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen vorgenommen, die in die richtige Richtung weisen. Der neu eingeführte Qualitätsausschuss soll in diesem Zusammenhang insbesondere eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Entwicklung eines Qualitätsmessungs- und Qualitätsberichts Instruments unter Berücksichtigung der Erkenntnisse des Indikatorenmodells beauftragen.

- b) Der Bundesrat vertritt jedoch die Auffassung, dass, um bestehende Mängel der Transparenzsysteme zu beseitigen, konkrete Vorgaben zu den Kriterien der Veröffentlichung und zur Bewertungssystematik bereits durch den Gesetzgeber in § 115 SGB XI aufgenommen werden müssen.
- c) Der Bundesrat fordert daher, den Gesetzentwurf im weiteren Gesetzgebungsverfahren dahin gehend zu ergänzen, dass in § 115 SGB XI konkrete gesetzliche Vorgaben an die Selbstverwaltung für die inhaltliche Ausgestaltung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen aufgenommen werden.

Eine Ergänzung des § 115 SGB XI im Hinblick auf konkrete gesetzliche Vorgaben an die Selbstverwaltung für die inhaltliche Ausgestaltung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen ist insbesondere insoweit erforderlich, als

- aa) konkretere Vorgaben für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen gemacht werden und
- bb) nähere Vorgaben zur Bewertungssystematik gemacht werden, um das gegenwärtige System der Mittelwertbildung künftig auszuschließen und gute oder sehr gute Noten bei schlechten Bewertungen wegen gravierender Mängel in der pflegerischen oder medizinischen Versorgung sowie gravierender hygienischer Mängel in der jeweiligen Einzelbewertung sowie der Gesamtnote zu verhindern.

- d) Der Bundesrat fordert hilfsweise, § 115 SGB XI so zu ändern beziehungsweise zu ergänzen, dass konkrete Vorgaben zu den Kriterien der Veröffentlichung und zur Bewertungssystematik zwar durch den Gesetzgeber festgelegt werden müssen, dies aber erst im Anschluss an die Vorlage der Vorschläge der unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen nach § 113b Absatz 4 SGB XI erfolgen wird. Erst auf dieser dann vom Gesetzgeber festgelegten Grundlage können und müssen die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI ihre Qualitätsdarstellungsvereinbarungen schließen.

Begründung:

§ 115 Absatz 1a SGB XI verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und deren Angehörige verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet und in anderer geeigneter Form kostenfrei als Transparenzbericht zu veröffentlichen. Die von der Selbstverwaltung abgeschlossenen Pflege-Transparenzvereinbarungen haben jedoch weitere Schwachstellen. Ohne konkretisierende Vorgaben des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung zu den Kriterien der Veröffentlichung und zur Bewertungssystematik besteht die Gefahr, dass von den Vertragspartnern beziehungsweise dem Qualitätsausschuss lediglich eine Kompromisslösung zu Lasten der Versorgungssicherheit gefunden wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht hier zwar die Beauftragung unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger durch den Qualitätsausschuss vor, deren Aufgabe es sein wird, Vorschläge für Bewertungsinstrumente im ambulanten und im stationären Bereich zur Qualitätsmessung und ihrer Darstellung zu machen. Die Vertragsparteien sind aber nur gesetzlich verpflichtet, bei den im Anschluss zu schließenden Vereinbarungen die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 SGB XI vergebenen Aufträge zu berücksichtigen.

Daher ist es unabdinglich, hier vorab gesetzlich unumstößliche Kriterien festzulegen, auf deren Grundlage die Vereinbarungen der Vertragspartner aufbauen müssen.

Nähere Vorgaben zur Bewertungssystematik sind erforderlich, um das gegenwärtige System der Mittelwertbildung künftig auszuschließen und gute oder sehr gute Noten bei schlechten Bewertungen wegen gravierender Mängel

in der pflegerischen oder medizinischen Versorgung sowie gravierender hygienischer Mängel zu verhindern.

Eine Festlegung dieser Kriterien ist nach Auffassung des Bundesrates bereits heute möglich; auch das von der Bundesregierung geförderte Projekt "Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe" hat hierzu konkrete Erkenntnisse gewinnen können.

Hilfsweise wäre zumindest festzulegen, dass die Kriterien nach Vorlage der Ergebnisse nach § 113b Absatz 4 SGB XI gesetzlich festgelegt werden und auf dieser Basis und unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse die Vertragsparteien ihre Vereinbarungen treffen.

Auch die gegenwärtige, an den Pflegestufen ausgerichtete Zufallsstichprobe hat sich als unzureichend erwiesen, um Personen mit erhöhten Risiken ausreichend einzubeziehen.

Hier sollte der Gesetzgeber ebenfalls selbst eine Vollerhebung (vgl. Wingensfeld-Modell) sicherstellen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen; mindestens ist jedoch eine risikoadjustierte Bewohnerauswahl erforderlich.

## 21. Zu Artikel 2 Nummer 11 Buchstabe b (§ 19 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 11 ist Buchstabe b zu streichen.

### Begründung:

Das geplante Anfügen dieses eine Vermutung aufstellenden Satzes impliziert sprachlich die Möglichkeit des Widerlegens der Vermutung. Es sind allerdings keine Rechtsfolgen für den Fall vorgesehen, dass die Widerlegung der Vermutung einer Pflegeperson tatsächlich gelänge.

Der Satz hat damit nur erläuternden Charakter und ist so zwar in die Begründung aufzunehmen, im Gesetzestext jedoch zu streichen.

Andernfalls besteht die Gefahr, eine Erwartungshaltung zu wecken, die nicht erfüllt wird.

22. Zu Artikel 2 Nummer 20 Buchstabe a Doppelbuchstabe ee (§ 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 20 Buchstabe a Doppelbuchstabe ee ist der Klammerzusatz "(anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe)" zu streichen.

Begründung:

Durch den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI soll die Inanspruchnahme ambulant betreuter Wohngruppen unterstützt und damit ein Beitrag zur Stärkung und zum Ausbau dieser Pflegewohnform geleistet werden. Dabei soll der Wohngruppenzuschlag nicht bei stationären und quasi stationären Versorgungsformen gewährt werden.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde klargestellt, dass das zentrale Abgrenzungsmerkmal hierfür ist, dass in einer ambulant betreuten Wohngruppe kein der vollstationären Pflege entsprechender Versorgungsumfang angeboten oder gewährleistet wird, sondern die Versorgungsstruktur für die Beiträge von Angehörigen oder sonstigen externen Ressourcen offen ist. Ist nicht vorgesehen, dass sich das soziale Umfeld der in der Wohngruppe lebenden Menschen in die Leistungserbringung und in den Alltag einbringen kann - etwa durch die Sicherstellung der Arztbesuche, Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, Entscheidungen über neue Bewohnerinnen und Bewohner, Neuanschaffung von Geräten, Einkauf von Lebensmitteln oder die Verwaltung der Gruppenkasse -, besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation.

Der zu streichende Klammerzusatz "(anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe)" verwendet demgegenüber eine in einigen Länderheimrechten verwendete Kategorie zur Bemessung des Maßes des erforderlichen heimrechtlichen Schutzes. Dahinter steht die Frage des Bestehens einer vertraglichen und tatsächlichen Entscheidungsfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf die Wahl des Anbieters von Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig vom Mietvertrag.

Heimrecht und Pflegeversicherungsrecht haben demnach unterschiedliche Aufgaben und Perspektiven. Die Einfügung des heimrechtlichen Begriffs in das SGB XI würde zu Missverständnissen dahin gehend führen, dass mit der heimrechtlichen Bewertung "anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe" zugleich ein Ausschluss von Leistungen nach § 38a SGB XI einherginge. Aufgrund des föderalisierten Heimrechts würde dieser Rückgriff zudem

zu einer uneinheitlichen Leistungsgewährung nach SGB XI in den Ländern führen.

Da der in § 38a SGB XI eingefügte Begriff der "anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe" nicht an anderer Stelle im SGB XI weiter verwendet wird und sich an ihn keine eigenständige Rechtsfolge knüpft, ist er darüber hinaus rechtstechnisch entbehrlich.

23. Zu Artikel 2 Nummer 29 (§ 45a Absatz 1,

Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 und

Absatz 3 Satz 1a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 29 ist § 45a wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag dienen der Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich durch Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung, entlasten und unterstützen beratend pflegende Angehörige und vergleichbar nahestehende Personen in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder unterstützen Pflegebedürftige bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen. Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts."



- b) In Absatz 2 sind Satz 3 und Satz 4 zu streichen.
- c) In Absatz 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Den Landesregierungen bleibt die ausschließliche Anerkennung von Angeboten, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer die Unterstützung leisten, unbenommen."

Begründung:

Die bislang in § 45c Absatz 3 und 3a SGB XI erfolgte Definition der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird zu Beginn des Fünften Abschnitts in einem neuen § 45a Absatz 1 und 2 SGB XI zu dem neuen Oberbegriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst.

Eine Neufassung des § 45a Absatz 1 SGB XI wird erforderlich, weil sich nicht nur auf eine redaktionelle inhaltsgleiche Überführung beschränkt wurde.

Durch die in § 45a Absatz 1 SGB XI getrennte Darstellung der Angebote zur Unterstützung im Alltag in den Nummern 1 bis 3 wird eine weder sachgerechte noch praktikable inhaltliche Abgrenzung zwischen Betreuungsangeboten und Angeboten zur Entlastung im Alltag durchgeführt.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie für die bürgerschaftlich engagierten Gruppen ist es nicht nachvollziehbar, weshalb ehrenamtliche Angebote sich lediglich auf Betreuung beschränken sollten und durch die in der bisherigen Nummer 3 erfolgte Betonung der Entlastungsangebote für semiprofessionelle Dienste ehrenamtliche Gruppen hierfür ausgeschlossen werden. Für die Gestaltung der Angebotsstruktur ist es notwendig, das Leistungsangebot flexibel zu gestalten, und dies auf die örtlichen Gegebenheiten, den individuellen Bedarf der Betroffenen sowie auf die Ressourcen der Helferinnen und Helfern abzustimmen. Vor diesem Hintergrund wird es erforderlich, die Angebote zur Unterstützung, die den Bereich der Betreuung und den Bereich Entlastung betreffen, zusammenzufassen.

Die zahlreichen bereits vorhandenen niedrigschwelligen Angebote unterscheiden sich von Land zu Land strukturell in erheblichem Maße. Die Klarstellung, dass die Länder selbst entscheiden, inwiefern ausschließlich ehrenamtliche, ausschließlich gewerbliche oder beide Strukturen nebeneinander eine Anerkennung erhalten können, ist zwingend notwendig, um sicherzustellen, dass die

über mehr als ein Jahrzehnt aufgebauten Angebote erhalten bleiben können. Insbesondere muss den Ländern die Möglichkeit gegeben werden, die Verdrängung gewachsener ehrenamtlicher durch gewerbliche Strukturen zu unterbinden. Beispielsweise könnte die landesrechtliche Umsetzung so ausgestaltet werden, dass die Unterstützungsangebote im Alltag mit überwiegendem Gesamtportfolio Betreuung ausschließlich durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und lediglich die Unterstützungsangebote im Alltag ausschließlich mit dem Leistungsangebot hauswirtschaftliche oder alltagsbegleitende Unterstützungsleistungen auch von semiprofessionellen Anbietern angeboten werden können.

Die Streichung von § 45a Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB XI wird erforderlich, weil die Festlegung der konkreten Angaben, die ein vorzulegendes Angebot von anzuerkennenden Angeboten zur Unterstützung im Alltag beinhalten muss, den Rechtsverordnungen der Landesregierungen nach § 45a Absatz 3 SGB XI vorbehalten bleibt.

#### 24. Zu Artikel 2 Nummer 29 (§ 45a Absatz 4 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 29 sind in § 45a Absatz 4 Satz 1 nach dem Wort "können" die Wörter "unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b" einzufügen.

#### Begründung:

Es wird klargestellt, dass der Umwidmungsanspruch der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI nicht den vorherigen Verbrauch des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI voraussetzt. Eine entsprechende Vorgabe, wie im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbands und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften formuliert, liefe der Abrechnungsmöglichkeit des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI im Nachhinein sowie dessen Übertragbarkeit bis in das folgende Kalenderhalbjahr entgegen.

25. Zu Artikel 2 Nummer 29 (§ 45a Absatz 4 Satz 3a - neu - SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 29 ist in § 45a Absatz 4 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

"Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Einzelfall sind sicherzustellen."

Begründung:

Solange nicht entschieden ist, ob und mit welchem Inhalt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in der Hilfe zur Pflege gelten soll, ist die vorrangige Gewährleistung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen wieder herzustellen (wie im ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I)).

Mit der Änderung wird der bisherige Zustand annähernd wieder hergestellt. Es ist nicht ersichtlich, warum der mit dem PSG I eingefügte Vorrang der Sicherstellung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen (im PSG I Grundpflege) wieder entfallen soll. Die Forderung nach der vorrangigen Gewährleistung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen trägt der Sicherstellung der "absoluten" Grundnotwendigkeiten Rechnung. Wenn körperbezogene Pflegemaßnahmen sichergestellt sind, können die ebenfalls notwendigen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden. Da diese nach Neuformulierung des § 45a SGB XI im Entwurf des PSG II zukünftig auch Unterstützungsangebote zur Haushaltsführung umfassen, entfällt die ebenfalls durch das PSG I festgelegte vorrangige Gewährleistung von hauswirtschaftlicher Versorgung zu Recht.

26. Zu Artikel 2 Nummer 29 (§ 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Nummer 3 und Nummer 4 - neu - SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 29 ist § 45c Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 ist das Wort "sowie" am Ende durch ein Komma zu ersetzen.
- b) In Nummer 3 ist der Punkt am Ende durch das Wort "sowie" zu ersetzen.
- c) Folgende Nummer 4 ist anzufügen:

"4. übergeordnete Strukturen zur Unterstützung der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten für Betroffene im Sinne des § 45a und ihre Angehörigen."

Begründung:

§ 45c SGB XI sieht gegenwärtig nur die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten, Ehrenamt und Modellprojekten vor. Gerade in einem großen Flächenland wie Nordrhein-Westfalen greift dies zu kurz. Eine strukturelle und dauerhafte Finanzierung von übergeordneten Strukturen, zum Beispiel zur Koordinierung niedrigschwelliger Angebote oder spezieller Beratungs- und/oder Versorgungsangebote beispielsweise für demenzkranke Pflegebedürftige, kann erforderlich sein. Dafür sollte eine Fördermöglichkeit geschaffen werden. Die Änderung greift insoweit auch Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen zum Thema "niedrigschwellige Angebote" auf.

27. Zu Artikel 2 Nummer 29 (§ 45c Absatz 6 Satz 3 - neu -, Satz 4 - neu - und Satz 5 - neu - SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 29 sind dem § 45c Absatz 6 folgende Sätze anzufügen:

"Die auch im Folgejahr nicht in Anspruch genommenen Mittel fließen einem Fonds beim Bundesversicherungsamt zu, der auf Antrag in denjenigen Ländern eingesetzt wird, in denen im vorletzten Jahr mindestens 80 Prozent der auf sie entfallenen Mittel in Anspruch genommen worden sind. Die Verteilung der

zusätzlichen Fördermittel unter diesen Ländern erfolgt entsprechend des Verhältnisses ihrer Anteile nach dem Königsteiner Schlüssel zueinander. Die Verwendung der zusätzlichen Mittel kann auf drei Haushaltsjahre verteilt werden."

Begründung:

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat mit dem Ziel der Erleichterung einer flexiblen Kofinanzierung nach § 45c Absatz 2 SGB XI nachstehende Empfehlung ausgesprochen: "Zur Verbesserung der Fördermöglichkeiten der Länder werden die zur Verfügung stehenden Mittel des § 45c SGB XI besser genutzt, indem nicht abgerufene Mittel an die Länder übertragen werden, die ihre Mittel bereits weitestgehend ausgeschöpft haben."

Mit der Ergänzung von § 45c Absatz 6 SGB XI wird diese Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt.

Durch die Änderung stehen diejenigen Mittel nach § 45c SGB XI, die bislang verfielen und damit nicht für die in § 45c SGB XI benannten Zwecke (insbesondere den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag) eingesetzt werden konnten, zusätzlich in denjenigen Ländern zur Verfügung, in denen die vorhandenen Fördermöglichkeiten weitestgehend ausgeschöpft werden. Die Inanspruchnahme der zusätzlichen Mittel erfolgt nach den Maßstäben und Voraussetzungen des § 45c SGB XI und damit unter der Bedingung einer Kofinanzierung von Seiten des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft in gleicher Höhe.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde die Bedeutung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote durch die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf Pflegebedürftige auch ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, die gegenständliche Erweiterung um Entlastungsangebote und die Möglichkeit der Umwidmung von 40 Prozent des Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch zur Inanspruchnahme solcher niedrigschwelliger Angebote deutlich gestärkt. Zur Umsetzung der gewachsenen Leistungsansprüche ist es erforderlich, umgehend die Anstrengungen in den Auf- und Ausbau der entsprechenden Angebote deutlich zu verstärken. Die Änderung schafft einen zusätzlichen Anreiz für Länder und Kommunen, Mittel für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen.

28. Zu Artikel 2 Nummer 33a - neu - (§ 72 Absatz 6 - neu - SGB XI) und  
Nummer 35 (§ 82 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,  
Nummer 2,  
Nummer 3 - neu - und  
Satz 3 SGB XI)

In Artikel 2 ist nach Nummer 33 folgende Nummer 33a einzufügen:

'33a. Dem § 72 wird folgender Absatz angefügt:

"(6) Zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung von in der eigenen Häuslichkeit versorgten pflegebedürftigen Menschen sollen die Parteien nach Absatz 2 versorgungsvertragliche Regelungen dahin gehend abschließen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen auch unterstützende Leistungen für Pflegebedürftige erbringen können, die nicht Bewohnerin oder Bewohner der jeweiligen Einrichtung sind." '

Folgeänderung:

Artikel 2 Nummer 35 ist wie folgt zu fassen:

'35. § 82 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort "sowie" am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

"3. eine gesonderte Vergütung für die Leistungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 75 Absatz 6."

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

< ... weiter wie Gesetzentwurf ... >'

Begründung:

Pflegebedürftige Menschen, die so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben wollen, benötigen oft Unterstützungsleistungen für ihre Versorgung. Hierzu zählen unter anderem der jeweiligen Beeinträchtigung angepasste Sanitärbereiche. Allerdings sind umfassende Umbaumaßnahmen in Wohnungen technisch nicht immer möglich oder sehr schwierig. Zum Beispiel werden die in vielen Haushalten vorhandenen Sitzbadwannen mit speziellen Wannendiftern ausgerüstet, um die Wannan für den Einstieg und Ausstieg aus der Wanne überhaupt erst zu ermöglichen. In der täglichen Praxis wird ihr Gebrauch häufig aber als unangenehm empfunden, so dass die Bäder trotz der getätigten Investitionen nicht genutzt werden.

Ferner wünschen pflegebedürftige Menschen eine Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten. Auch dieser Wunsch lässt sich in der eigenen Häuslichkeit oft nur schwer umsetzen.

Eine stationäre Pflegeeinrichtung hält entsprechende Angebote in vielen Fällen vor (Pflegebad, Küchen und gemeinsamer Essbereich). So könnte jemand, der zu Hause lebt, das auch die Pflegenden unterstützende Pflegebad einer Einrichtung oder die dort vorhandenen Angebote einer gemeinsamen Mahlzeiten nutzen.

Durch diese Maßnahmen wird auch eine Öffnung stationärer Einrichtungen in die Quartiere gefördert.

Die Folgeänderung in § 82 SGB XI stellt sicher, dass seitens der Einrichtungen jeweils ein angemessenes Entgelt erhoben werden kann.

29. Zu Artikel 2 Nummer 34a - neu - (§ 76 Absatz 4 SGB XI)

In Artikel 2 ist nach Nummer 34 folgende Nummer 34a einzufügen:

'34a. In § 76 Absatz 4 werden vor dem Wort "Schiedsstelle" die Wörter "über die Geschäftsführung der" eingefügt.'

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die Rechtsaufsicht, wie zum Beispiel in § 114 Absatz 4 SGB V, auf die Geschäftsführung der Schiedsstelle begrenzt ist. Eine weitergehende Befugnis der Rechtsaufsicht ist insbesondere aufgrund der Rechtsnatur der Schiedssprüche nicht angezeigt. Zudem ist es sachgerecht, die Rechtsaufsicht durch die zuständige Landesbehörde auf Elemente zu konzentrieren, die nach § 76 Absatz 5 SGB XI von den Ländern selbst geregelt werden.

30. Zu Artikel 2 Nummer 45a - neu - (§ 114a Absatz 1 Satz 3 und  
Satz 3a - neu - SGB XI)

In Artikel 2 ist nach Nummer 45 folgende Nummer 45a einzufügen:

'45a. § 114a Absatz 1 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen können am Tag zuvor angekündigt werden. Anlassprüfungen sind in der Regel unangemeldet durchzuführen." '



Begründung:

Qualitätsprüfungen stellen umfangreiche und umfassende Prüfungen durch die Prüforgane der Pflegekassen nach § 114a Absatz 1 SGB XI dar. Mit Qualitätsprüfungen können auch Vertragsverletzungen oder anderes Fehlverhalten der Leistungsanbieter, etwa Abrechnungsbetrug, überprüft werden. Durch die Neuregelungen wird eine größere Flexibilität bei der Wahl der Prüfmethoden erreicht. Bei Verdacht auf Leistungsmissbrauch müssen Qualitätsprüfungen auch unangemeldet durchgeführt werden können. Gerade das "Instrument" der unangemeldeten Prüfung ist besonders geeignet, um eine effiziente Aufdeckung von Missbrauchsfällen und Abrechnungsbetrügern zu unterstützen. Daher sind Anlassprüfungen in der Regel unangemeldet durchzuführen, um Verdachtsfälle schnell und unbürokratisch aufklären zu können. Dies wird in § 114 Absatz 1 Satz 3a SGB XI klargestellt.

Diese Möglichkeit gibt es seit der Änderung des SGB XI im Jahr 2012 nicht mehr; die Überprüfungen dürfen derzeit nur einen Tag vorher angemeldet stattfinden. Die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 eingeführte derzeit gültige Regelung erfolgte, um Anwesenheit und insgesamt eine vollständige Qualitätsprüfung sicherzustellen. Die Praxis seither zeigt jedoch, dass im Hinblick auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen die derzeitige Regelung kontraproduktiv und deshalb zu ändern ist. Darüber hinaus greift die Begründung aus dem Pflegeneuausrichtungsgesetz nicht, da ambulante Pflegeeinrichtungen stets Geschäftszeiten gewährleisten und jederzeit auf Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen eingestellt sein müssen.

Es werden zunehmend Fälle beobachtet, die ein auf Dauer angelegtes, planmäßiges und strukturiertes Vorgehen zum Nachteil der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe erkennen lassen. Dieses erfolgt nicht nur im stationären Bereich, sondern gerade auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen. In stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen die Prüfungen schon bisher grundsätzlich unangemeldet (§ 114a Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Qualitätsprüfungen müssen auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen unangemeldet erfolgen können, um Fehlverhalten erfolgreich aufdecken zu können. Auch wenn die Qualitätsprüfung mehr umfasst als das Aufdecken von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, stellt die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch dabei einen wichtigen und mit erheblichen finanziellen Auswirkungen behafteten Aspekt dar. Hierfür muss das notwendige "Instrumentarium" zur Verfügung stehen.

31. Zu Artikel 2 Nummer 50 (§ 141 Absatz 3 Satz 1a - neu - SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 50 ist in § 141 Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen."

Begründung:

Es wird klargestellt, dass der Zuschlag zum Ausgleich eines höheren Eigenanteils nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in einer fiktiven Berechnung der Eigenanteile geprüft wird. Die tatsächlichen Pflegetage müssen unbeachtlich bleiben, ansonsten könnten insbesondere Einzüge in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung nach dem Monatsersten sowie mittel- oder längerfristige Abwesenheiten die Höhe der Zuschläge ohne sachlichen Grund maßgeblich beeinflussen. Diese Sachverhalte deckt die allgemeine Vorschrift in § 141 Absatz 1 Satz 4 SGB XI nicht ab.

32. Zu Artikel 5 Nummer 4 - neu - (§ 208 - neu - SGB VI)

Dem Artikel 5 ist folgende Nummer 4 anzufügen:

'4. § 208 wird wie folgt gefasst:

**"§ 208****Nachzahlung nach Erreichen der Regelaltersgrenze für nicht  
erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen**

Pflegepersonen, denen aufgrund einer nicht erwerbsmäßig ausgeübten Pfllegetätigkeit Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anzurechnen sind und die bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben, können auf Antrag freiwillige Beiträge für so viele Monate nachzahlen, wie zur Erfüllung der allgemeinen Wartezeit noch erforderlich sind. Beiträge können nur für Zeiten nachgezahlt werden, die noch nicht mit Beiträgen belegt sind." '

**Begründung:**

Es soll eine Nachzahlungsmöglichkeit von freiwilligen Beiträgen für nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen zugelassen werden. Pflegepersonen, denen aufgrund einer nicht erwerbsmäßig ausgeübten Pfllegetätigkeit Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anzurechnen sind und die bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben, können auf Antrag freiwillige Beiträge für so viele Monate nachzahlen, wie zur Erfüllung der allgemeinen Wartezeit noch erforderlich sind. Dies würde Personen zugutekommen, die ansonsten keinen Rentenanspruch erwerben können (zum Beispiel Selbständige oder Personen, die in der landwirtschaftlichen Alterskasse versichert sind).

Durch eine (nachträgliche) freiwillige Beitragszahlung könnte ein Rentenanspruch entstehen. Finanzwirkungen für die Pflegeversicherung wären mit einer solchen Regelung nicht verbunden.

33. Zur rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen  
(Artikel 5)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Verbesserungen der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen.
- b) Der Bundesrat hält es allerdings für wichtig, dass Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht schlechter gestellt sind als Kindererziehungszeiten.

Eine geringere Wertigkeit der Vollpflege - zumeist - älterer Menschen im höchsten Pflegegrad lässt sich nicht rechtfertigen und kann das Gerechtigkeitsgefühl Betroffener empfindlich verletzen.

- c) Der Gesetzentwurf erreicht eine Angleichung dieser Zeiten nicht vollständig.

Für die Bemessung der Rentenbeiträge wird zwar künftig von bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV ausgegangen, was sich positiv auf die spätere Rentenhöhe auswirkt. Dies entspräche im Jahr 2015 dem Erwerb eines Rentenanspruchs in Höhe von 28,39 Euro im Monat.

Für ein Jahr Kindererziehungszeit wird aktuell jedoch ein monatlicher Rentenanspruch in Höhe von 29,21 Euro erworben.

Die geringfügigen Mehrkosten einer vollständigen Angleichung sollten in Kauf genommen werden, um zu vermeiden, dass auf die im Gesetzentwurf vorgesehenen Verbesserungen ein unnötiger Schatten fällt.

34. Zu Artikel 7a - neu - (§ 6 Absatz 1 Nummer 4a - neu - und § 10 Absatz 2a - neu - SGB IX) und Artikel 1 Nummer 16a - neu - (§ 31 Absatz 2 SGB XI)

Nach Artikel 7 ist folgender Artikel 7a einzufügen:

**'Artikel 7a**

**Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 1 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 4a eingefügt:

"4a. die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 4,"

2. In § 10 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

"(2a) Abweichend von Absatz 1 ist der zuständige Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung verantwortlich für die Gesamtkoordination der Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 4 für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen."

Folgeänderung:

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer 16a einzufügen:

'16a. In § 31 Absatz 2 wird vor dem Wort "Trägern" das Wort "anderen" eingefügt.'

Begründung:

Durch diese Änderung werden die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger in das SGB XI aufgenommen, soweit es um die medizinische Rehabilitation und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geht. Die Notwendigkeit der Aufnahme der gesetzlichen Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger ergibt sich daraus, dass der Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" einheitlich als wesentliche Strategie auf der systemischen Ebene des SGB V und des SGB XI gilt. Rehabilitation vor Pflege und Rehabilitation bei Pflege sind Grundbausteine der medizinischen Versorgung in Deutschland.

Bisherige Änderungen des Pflegeversicherungsrechtes haben zwar zu einer Stärkung der Rolle der Pflegeversicherung im Rehabilitationsverfahren geführt, der gesetzlichen Pflegeversicherung jedoch noch nicht die Befugnis zur Gesamtkoordination eingeräumt, da die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung bisher keine Rehabilitationsträger sind. Es gibt Hinweise darauf, dass Pflegebedürftige bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen et cetera) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen wie Nicht-Pflegebedürftige.

Aus der Änderung folgt nur die Berechtigung und Verpflichtung der Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung, die Koordination der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen im Verhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern insgesamt zu koordinieren. Änderungen der Regelungen zur Kostentragung sind damit nicht verbunden.

Zur Folgeänderung:

Die Folgeänderung ist erforderlich, da § 31 Absatz 2 SGB XI bisher die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Pflegeversicherung und den Rehabilitationsträgern regelt. Wenn auch die Träger der Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden, muss die Norm redaktionell ergänzt werden, da die Zusammenarbeit dann mit den anderen Rehabilitationsträgern erfolgen muss.

35. Zur Finanzierung der Pflegeausbildung

- a) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden können, die Belastung der Pflegebedürftigen mit Ausbildungskosten zu beenden. Um eine solidarische Finanzierung der Altenpflegeausbildung zu gewährleisten, muss die Versichertengemeinschaft die Kosten der Altenpflegeausbildung übernehmen. An der Finanzierung sind gesetzliche und private Pflegeversicherung zu beteiligen.
  
- b) Auch die Finanzierung der neuen gemeinsamen Pflegeausbildung muss dem Umstand Rechnung tragen, dass die Ausbildung der Sicherstellung des künftig wachsenden Fachkräftebedarfs und nicht nur der aktuellen Versorgung dient. Daher ist die Finanzierung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten. Pflegebedürftige Menschen dürfen durch die Ausbildungskosten nicht individuell belastet werden. Eine solidarische Finanzierung der gemeinsamen Pflegeausbildung muss auch mit dem neuen Pflegeberufegesetz sichergestellt werden.

Begründung:

Als übergeordnetes Ziel haben die Regierungsparteien auf Bundesebene im Koalitionsvertrag vereinbart: "Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben." Zudem gilt eine besondere Priorität angesichts des drohenden Fachkräftmangels einer qualitativen aber vor allem auch quantitativen Stärkung der Pflegeausbildung.

Bisher stehen diese beiden Zielsetzungen in einem nur auf Bundesebene aufzulösenden Widerspruch: Die "Bezahlbarkeit" von Pflege hängt nicht nur davon ab, wie auskömmlich der Teilkaskozuschuss der Pflegeversicherung ausfällt, der den pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung steht. Ein mindestens genauso wichtiger Faktor sind die Kosten, die eine gute Pflege verursacht. Dabei werden die Ausbildungskosten bisher faktisch vollständig durch die heute Pflegebedürftigen als Personalkosten über die Pflegesätze finanziert. Dies ist nicht sachgerecht.

Gerade die Sicherstellung einer zukünftigen ausreichenden Fachkraftausbildung ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln oder durch die Solidargemeinschaft zu finanzieren ist und nicht auf dem Rücken der heutigen Pflegebedürftigen.

Auch in den Ländern, die erfolgreich ein sogenanntes Ausgleichsverfahren (Umlage) zur Aufbringung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege nach § 25 Altenpflegegesetz eingeführt haben, übernehmen die Pflegebedürftigen letztendlich einen erheblichen Teil der Ausbildungskosten. Die zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen der Altenpflegeschülerinnen und -schüler erforderliche Ausgleichsmasse wird durch die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen aufgebracht. Diese haben durch die bundesrechtliche Vorschrift des § 82a SGB XI jedoch die Möglichkeit, die Umlagebeiträge durch Aufschläge je Belegungstag beziehungsweise je abgerechnetem Punkt gegenüber den von ihnen betreuten Pflegebedürftigen abzurechnen und somit zu refinanzieren.

Die Auswirkungen erfolgreicher Umlageverfahren machen sich sehr deutlich im ambulanten Bereich bemerkbar. Steigende Schülerzahlen führen zu einem erhöhten Mittelbedarf zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen in den Umlageverfahren und damit zu höheren Aufschlägen je Belegungstag beziehungsweise je abgerechnetem Punkt. Steigende Ausbildungszahlen sichern daher auf der einen Seite den heute pflegebedürftigen Menschen eine verlässliche pflegerische Versorgung, sie belasten die Pflegebedürftigen beziehungsweise die Sozialhilfeträger auf der anderen Seite durch steigende Kosten. Steigende Ausbildungskosten führen letztendlich auch zu weniger direkter Pflege. Aufgrund der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung kaufen die Pflegebedürftigen weniger Leistungen bei den ambulanten Pflegediensten ein, wenn die Belastungen durch die Ausbildungsumlage steigen.

Die Länder setzen sich vor diesem Hintergrund auf Bundesebene für eine Neuregelung und eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die Pflegeversicherung ein, um so die gesellschaftliche Verantwortung für eine Zukunftssicherung der Pflegeberufe auch finanziell sachgerecht abzubilden. Es ist auch die überwiegende Meinung der Fachministerinnen und Fachminister sowie der Fachsenatorinnen und Fachsenatoren, dass spätestens mit Einführung der gemeinsamen Pflegeausbildung die Kosten der Ausbildung solidarisch finan-



ziert werden müssen. Dies erfordert - wenn nicht der Bund eine Steuerfinanzierung einführt - eine Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung. Leider hat der Bund die Forderung der Länder bislang nicht umgesetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bereiten aktuell einen Gesetzentwurf für ein neues Pflegeberufegesetz (PflBG) vor. Ziel dieser Novellierung ist, die bestehenden Pflegeberufe zu einem gemeinsamen (generalistischen) Pflegeberuf zusammenzuführen.

Spätestens mit diesem Gesetz ist der Grundsatz umzusetzen:

Die Sicherstellung und Finanzierung des Fachkräftebedarfs durch eine quantitativ und qualitativ gute pflegerische Ausbildung ist eine Aufgabe der Solidargemeinschaft. Krankenversicherung und Pflegeversicherung sind an den Kosten zu beteiligen. Eine Kostenbelastung von Auszubildenden und von pflegebedürftigen oder kranken Menschen darf nicht erfolgen.

36. Zur Neuordnung der Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die Finanzierungsverantwortung

- a) Der Bundesrat vertritt die Auffassung, dass es einer Überprüfung und Neuregelung der Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI bedarf. Entsprechend den Vorgaben des Koalitionsvertrages auf Bundesebene muss die Finanzierungsverantwortung dort angesiedelt werden, wo der Nutzen entsteht.
- b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Mitfinanzierung der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegeversicherung im Rahmen einer umfassenden Aufarbeitung zur Neuordnung der Schnittstellen einzuführen. In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, ob insbesondere Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 im Zusammenhang mit Rehabilitationsangeboten besonders in den Blick genommen werden sollten.

- c) Einzelne Schnittstellenfragen sollten aber nicht herausgegriffen und (vorab) einer isolierten Regelung zugeführt werden. Um einseitige Verschiebungen zu Lasten eines Versicherungszweiges zu verhindern, sollte die Regelung der Finanzierungsverantwortung für die geriatrische Rehabilitation vielmehr im Rahmen einer umfassenden und systematischen Neuordnung der Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI erfolgen.

Begründung:

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat unter Einbeziehung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine Arbeitsgruppe zur "Bereinigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung" eingesetzt. Mit der 91. ASMK wurde der Bericht der Arbeitsgruppe vorgelegt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben festgestellt, dass ursächlich für die wesentlichen Schnittstellenprobleme die unterschiedlichen Grundstrukturen der Sozialen Pflegeversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung sind (insbesondere Vollleistungssystem versus Teilleistungssystem). Die Arbeitsgruppe hat sich unter anderem mit dem Thema Rehabilitation vor Pflege und der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen befasst und jeweils Lösungsansätze beziehungsweise Prüfaufträge formuliert; diese gilt es nun umzusetzen. Soweit eine vollständige, systematische Aufarbeitung der Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerisch-betreuerischer Versorgung nicht bereits im Zweiten Pflegestärkungsgesetz erfolgen kann, gilt es dies zeitnah in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren vorzunehmen.

Der Koalitionsvertrag hält fest, die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege prüfen zu wollen. Finanzierungsverantwortung sei dort zu verorten, wo der Nutzen entstehe. Daher werde eine Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation zu prüfen sein. Eine solche Beteiligung gehört in den Kontext der Veränderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Stärkung individueller Ressourcen Pflegebedürftiger anstelle des Blicks auf deren Defizite und fügte sich hier sinnvoll ein. Es gilt Möglichkeiten zur Rehabilitation auszuschöpfen um Pflegebedürftigkeit zu mildern, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern oder zu mildern und damit die Solidargemeinschaft insgesamt zu entlasten. Möglicherweise ist es zielführend, hier den Pflegegrad 1 besonders in den Blick zu nehmen.

Um einseitige Verschiebungen zu Lasten eines Versicherungszweiges zu verhindern, sollte die Finanzierungsverantwortung für die geriatrische Rehabilitation im Rahmen einer umfassenden Neuordnung der Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI erfolgen. Dabei ist es fachlich nicht sinnvoll und für eine systematische Aufarbeitung kontraproduktiv, einzelne Themen isoliert herauszugreifen; so kann zum Beispiel der Pflegeversicherung keine neue Finanzierungsverantwortung auferlegt werden, ohne die bestehenden Regelungen insbesondere auch zur medizinischen Behandlungspflege zu überprüfen.

37. Zur Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung intensivpflegebedürftiger Versicherter in Wohngemeinschaften

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung infolge des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes neue Wohnformen wie ambulant betreute Wohngruppen fördert.
- b) Der Bundesrat bedauert, dass diese nicht durch Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten in Wohngemeinschaften, in denen überwiegend intensivpflegebedürftige Menschen leben, begleitet sind.
- c) Der Bundesrat fordert daher die Bundesregierung auf, für Wohngemeinschaften, in denen überwiegend intensivpflegebedürftige Menschen leben, eine Regelung zu treffen, die die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen verbessert, vergleichbar der für stationäre Pflegeeinrichtungen getroffenen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten (§ 119b SGB V).

Begründung:

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 für stationäre Pflegeeinrichtungen Möglichkeiten geschaffen, um über Kooperationsvereinbarungen die ambulante Versorgung der in den Einrichtungen lebenden Menschen zu verbessern.

In gleicher Weise besteht Verbesserungsbedarf für die ambulante Versorgung in Wohngemeinschaften, die von intensivpflegebedürftigen Patienten zum Zwecke der gemeinsamen Versorgung begründet werden. Dies liegt insbesondere an dem besonders hohen Versorgungsbedarf dieser Patienten. Dieser Bedarf ist auch nicht in den allgemeinen Maßstäben der vertragsärztlichen Bedarfsplanung hinreichend abgebildet. Es ist deshalb zu bedauern, dass für solche Wohnformen bisher keine Möglichkeiten geschaffen wurden, in vergleichbarer Weise wie stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen abschließen zu können, gegebenenfalls auch mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Durch die Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 23. Oktober 2012 werden die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie die Weiterentwicklung neuer Wohnformen gefördert (Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen). Es ist deshalb mit einer weiteren Zunahme von Wohngemeinschaften zu rechnen, die auf eine gemeinsame Versorgung der Bewohner abzielen.

### 38. Zum Gesetzentwurf insgesamt

- a) Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die seit langem von den Ländern geforderte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des damit verbundenen neuen Begutachtungsverfahrens. Einem dringenden sozial- und pflegepolitischen Anliegen wird dadurch Rechnung getragen. Pflegebedürftigkeit wird künftig auf der Grundlage des Grades der Selbstständigkeit der Betroffenen weit mehr Lebensbereiche als bisher erfassen. Damit einher geht notwendigerweise auch die Erweiterung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung um pflegerische Betreuungsmaßnahmen, die nun gleichberechtigt neben den bisherigen herkömmlichen Pflegeleistungen stehen.

Die Länder haben in der Vergangenheit wiederholt deutlich gemacht, dass mit der Neuausrichtung des Leistungsrechts in der weiterhin als Teilszuschuss ausgestalteten Pflegeversicherung gleichzeitig und untrennbar die Notwendigkeit zur Anpassung der sozialhilferechtlichen Regelungen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) mit der Klärung der Schnitt-

stellen, insbesondere zur Hilfe zur Pflege und zur Eingliederungshilfe, verbunden ist. Dies ist sowohl rechtssystematisch als auch sozialpolitisch unabdingbar, denn zum einen verweisen die Vorschriften im SGB XII umfänglich auf Regelungen im SGB XI (in der Hilfe zur Pflege und zum Beispiel auch bei der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII) und zum anderen ist eine faktische Rückverengung des künftig breiter gefassten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit in der Sozialhilfe nicht begründbar.

Die Länder haben deshalb immer darauf hingewiesen, dass vor allem in Bezug auf die rechtlichen und finanziellen Folgen die Wechselwirkungen der beiden Systeme SGB XI und SGB XII genau analysiert und bewertet werden müssen.

Der vorliegende Gesetzentwurf entkoppelt die Umsetzung eines einheitlichen Lebenssachverhaltes, der in zwei Sozialgesetzbüchern - dem SGB XI als "Teilleistungssystem" und dem SGB XII als ergänzendes, "bedarfsdeckendes System" - geregelt ist. Der Gesetzentwurf enthält zudem einseitig Berechnungen zur Entlastung der Sozialhilfe, die nicht nachvollzogen werden können und einer validen Datengrundlage entbehren, und lässt die Wechselwirkung der zukünftigen Belastung der Sozialhilfe durch die Einführung "pflegerischer Betreuungsmaßnahmen" als Regelleistung der Pflege vollkommen außer Betracht.

Es wäre dringend geboten gewesen, bereits im Gesetzgebungsverfahren zum Pflegeversicherungsrecht auch die Übertragung auf das Sozialhilferecht umzusetzen. Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung dies nicht getan hat.

- b) Da neben den Trägern der gesetzlichen Pflegeversicherung auch die Träger der Sozialhilfe eine hinreichende Vorlaufzeit benötigen, um den nahtlosen Übergang in das neue Leistungsrecht sicherzustellen und das Leistungsspektrum der Sozialhilfe und deren Abgrenzung zum SGB XI zu kennen,

fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, schnellstmöglich einen weiteren Gesetzentwurf vorzulegen und dabei die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- aa) Die Umsetzung der grundlegenden Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz im Bereich des SGB XII ist umgehend und verbindlich bundesgesetzlich zu normieren. Eine Schlechterstellung pflegebedürftiger Menschen, die Sozialhilfe beziehen, ist dabei sozialrechtlich und sozialpolitisch nicht zu vertreten.
  
- bb) Vor allem die Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe beziehungsweise des angekündigten Bundesteilhabegesetzes sind eindeutig abzugrenzen. Das bedingt klare Regelungen, welche Leistungen vorrangig oder nachrangig zu gewähren sind. Eine Vorfestlegung zu Lasten der Träger der Sozialhilfe darf nicht erfolgen.
  
- cc) Die finanziellen Gesamtfolgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes für Länder und Kommunen als Träger der Sozialhilfe bedürfen einer genauen Analyse und nachvollziehbaren, auf valider Datenlage beruhenden Bezifferung und Begründung. Belastungen und Entlastungen in der Sozialhilfe sind in einer Gesamtschau darzustellen. Die in der Begründung im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltenen Berechnungen zur Entlastung der Sozialhilfe genügen diesen Anforderungen nicht und sind daher bis zum Vorliegen dieser Gesamtschau herauszunehmen beziehungsweise zurückzustellen.
  
- dd) Es besteht Einigkeit darin, dass die Grenze der finanziellen Belastbarkeit der Kommunen als Träger der Sozialhilfe unter anderem bereits durch die bisherigen Auswirkungen des demografischen Wandels erreicht ist und Kommunen und Ländern keine Mehrkosten entstehen dürfen. Soweit die Ermittlung der Gesamtkosten eine Mehrbelastung der Träger der Sozialhilfe ergibt, ist zur Sicherstellung dieser Kostenneutralität (je nach Ergebnis der Kostenfolgenabschätzung) eine

Bundesbeteiligung an den entsprechenden Kosten vorzusehen oder auf anderem Wege ein Ausgleich herzustellen.

- ee) Wegen der in vielen Punkten eher auf Annahmen beruhenden Entscheidungen des Gesetzesentwurfs ist im Rahmen der gesetzlichen Umsetzung eine Evaluationsklausel mit dem Ziel vorzusehen, die Auswirkungen für die Betroffenen sowie die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach einer angemessenen Frist zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren.
  
- c) Darüber hinaus werfen die Vorschläge folgende inhaltliche Fragen und Probleme auf, die in dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren zwingend beantwortet und gelöst werden müssen:
  - aa) Der in der Gesetzesbegründung enthaltene Hinweis, den Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahme zur Klärung von Schnittstellen näher zu definieren und hierbei die Erforderlichkeit eines detaillierten, offenen Leistungskatalogs und die Verortung einer derartigen Regelung zu klären, ist umzusetzen. In der Hilfe zur Pflege nach SGB XII kann sich insbesondere durch die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen das Leistungsspektrum nachhaltig verändern, da Leistungen für diese Betreuungsmaßnahmen zukünftig gleichrangig neben die Leistungen für grundpflegerische und hauswirtschaftliche Bedarfe treten werden. Dies ist bei der Abschätzung der finanziellen Gesamtfolgen für Länder und Kommunen mit einzubeziehen.
  
  - bb) Die verbindliche Vorgabe zur Vereinbarung pflegegradunabhängiger Eigenanteile in der vollstationären Pflege wird bei der individuellen Kostenbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner zu Verschiebungen der zu leistenden Eigenanteile zu Lasten der unteren und zu Gunsten der oberen Pflegegrade führen. Dies ist bei der Abschätzung der finanziellen Gesamtfolgen für Länder und Kommunen mit einzubeziehen. Ambulant und stationär wird sich die Einführung der pflegerischen Betreuung als Regelleistung perspektivisch auf die Angebote

und Vergütungen und damit auch auf die bedarfsdeckende Sozialhilfe auswirken, sodass gerade deshalb eine Evaluationsklausel dringend notwendig ist.

- cc) Für das neue Begutachtungsverfahren sind zwei Module ("außerhäusliche Aktivitäten" und "Haushaltsführung") vorgesehen, die zwar für die Bestimmung des Pflegegrades unerheblich sind, aber für die sachgerechte Beratung und Hilfeplanung aus pflegerischer Sicht hilfreich sein können. Hier werden Bedarfe erhoben, die nicht die Pflegeversicherungsleistungen erhöhen, aber zum Teil gegenüber dem zuständigen Träger der Sozialhilfe geltend gemacht werden und somit zu einer faktischen Vorfestlegung seiner Leistungserbringung führen können.
  
- dd) Die über das neue Begutachtungsverfahren pflegepolitisch sinnvolle Abkehr von der Differenzierung der Pflegestufen nach zeitlichem Pflegeaufwand hat zur Folge, dass die Träger der Sozialhilfe über bereits bestehende Verfahren hinaus eigene Feststellungen zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit treffen werden müssen, da sie für die Erbringung von Sozialhilfeleistungen den individuellen konkreten Unterstützungsbedarf kennen und zukünftig gegebenenfalls über ein gesondertes Begutachtungsverfahren ermitteln müssen. Die Feststellung von Beeinträchtigungen und Fähigkeiten durch das in der Pflegeversicherung neu eingeführte Begutachtungssystem reicht hierzu nicht aus. Es muss geklärt werden, ob "Doppelbegutachtungen" tatsächlich gewollt und im Sinne der Betroffenen oder alternative Lösungen denkbar sind.
  
- ee) Die Abkehr von der Differenzierung der Pflegestufen auf Pflegegrade macht eine Überleitung und Anpassung der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII erforderlich, da auf die Blindenhilfe die Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, anzurechnen sind. Die Überleitung muss rechtzeitig zum Inkrafttreten des PSG II vorgenommen werden, da die vorrangigen



Landesblindengeldgesetze diese Regelung inhaltsgleich übernommen haben.

- ff) Bei der bedarfsdeckenden Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII bedarf es der Klärung, welche Pflegeleistungen zukünftig unterhalb der Schwelle der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsrecht noch zu erbringen sind (vorübergehende Pflegebedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit unterhalb des Pflegegrades 1) und wie die Hilfe zur Pflege zu den anderen Sozialhilfeleistungen abgegrenzt wird.

Die Länder bieten dem Bund beim Folgegesetz Unterstützung an.

Begründung:

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes empfiehlt in seinem Abschlussbericht, die Schnittstellen zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege und zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu lösen (Seite 10).