

30.04.12

**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - AS - FS - Fz - Wi

zu **Punkt ...** der 896. Sitzung des Bundesrates am 11. Mai 2012

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)**,
der **Ausschuss für Arbeit und Sozialpolitik (AS)**,
der **Ausschuss für Familie und Senioren (FS)** und
der **Finanzausschuss (Fz)**

empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des
Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

- G 1. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7 Absatz 2 Satz 1, Satz 2 und Satz 3,
Absatz 2a - neu - SGB XI) und
Nummer 3 (§ 7b SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen der Träger, zu unterrichten, zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Folgendes besteht:

1. Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung,
2. Übermittlung der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1.

bb) Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

"Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf dieser Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären."

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"(2a) Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gilt Absatz 2 entsprechend." '

b) Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen, und zwar hinsichtlich des Anspruchs auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und für die gesonderte Rehabilitationsempfehlung.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Die Änderung wird durch die Verpflichtung zur Benennung einer Kontaktperson und eines konkreten Beratungstermins sowie das Recht auf eine Beratung in der häuslichen Umgebung ergänzt. Diese Vorschriften sollen analog auch für private Pflegeversicherungen, die die private Pflegeversicherung durchführen, gelten. Diese Ergänzungen entsprechen dem Gesetzentwurf, werden allerdings durch die Streichung des § 7b SGB XI in § 7 SGB XI übernommen.

Zu Buchstabe b:

Nach § 7a Absatz 1 Satz 7 SGB XI können die Pflegekassen bereits heute ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen. Sie haben damit die Möglichkeit, bei personellen Engpässen ihre Ressourcen zur Beratung auch kurzfristig aufzustocken.

Die zusätzliche Einführung von Beratungsgutscheinen ist daher zur Sicherstellung einer zeitnahen Beratung nicht erforderlich. Die Ausstellung von Beratungsgutscheinen trägt nicht zwangsläufig zu einer Einhaltung der zweiwöchigen Frist bei, sondern kann, insbesondere bei Nichteinlösung des Beratungsscheins, zu längeren und ungeklärten Beratungssituationen führen.

Die notwendige Sicherstellung der Anforderungen an die Beratung durch die Beratungsstellen ist mit einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand und Mehrkosten verbunden.

Hinzu kommt, dass die Einführung von Beratungsgutscheinen und die damit einhergehende Etablierung einer zusätzlichen Infrastruktur zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu einer Schwächung der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gesetzten Impulse für eine pflegepolitische Zusammenarbeit von Pflegekassen, Kommunen und Sozialhilfeträgern auf örtlicher Ebene führt. Hiervon betroffen sind insbesondere die in der Mehrheit der Länder errichteten Pflegestützpunkte. Eine weitere Beratungsstruktur trägt nicht zu einer qualitativen Verbesserung der Beratung bei.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7 Absatz 2 Satz 1 und Satz 1a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 2 wie folgt zu fassen:

'2. § 7 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"...< weiter wie Gesetzentwurf >"

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Information der Versicherten soll dabei so gefasst werden, dass auch ältere Menschen mit Migrationsgeschichte auf geeignete Weise über die vorhandenen Pflege- und Betreuungsangebote informiert werden." '

Begründung:

Insbesondere die erste Generation von Menschen mit Migrationsgeschichte erreicht zunehmend ein Alter, in dem sie von Pflegebedürftigkeit bedroht oder diese bereits eingetreten ist. Nicht nur nimmt die Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland insgesamt stetig zu, sondern gerade ältere Personen mit Migrationsgeschichte stellen eine stetig wachsende Gruppe dar. Gerade vor diesem Hintergrund ist es notwendig, älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sowie ihren Angehörigen entsprechende Informationen in verständlicher Form zugänglich und nutzbar zu machen.

- G 3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 6 SGB XI)

(Zusammenhang mit Ziffer 31)

In Artikel 1 ist die Nummer 2 wie folgt zu fassen:

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"... < weiter wie Gesetzentwurf >"

b) In Absatz 3 Satz 6 werden nach dem Wort "beraten" die Wörter "; die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1 ist um die bestehenden Angebote nach § 45 Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 und 4 zu ergänzen" eingefügt.'

Begründung:

Ziel der Änderung ist, dass die Versicherten mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf über alle ihnen zur Verfügung stehenden Hilfeangebote informiert werden, die ihnen durch die Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen. Hierzu zählen - gegebenenfalls neben den Leistungen der Grundpflege - Angebote der Anleitung und Betreuung nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 und 4 SGB XI.

Durch die Aufnahme der ehrenamtlich arbeitenden niedrigschwelligen Betreuungsangebote in die Leistungs- und Preisvergleichsliste wird das Preis-Leistungsverhältnis auch gegenüber den Betreuungsangeboten der Pflegedienste für den Verbraucher transparent; die niedrigschwelligen Betreuungsangebote werden dadurch zugleich strukturell gestärkt.

- G 4. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 2 wie folgt zu fassen:

2. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"...<weiter wie Gesetzentwurf>"

- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

"Sie können hierzu insbesondere mit den Trägern der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf der Landesebene Vereinbarungen mit dem Ziel schließen, eine ortsnahe, aufeinander bezogene Beratungsinfrastruktur zu gewährleisten." '

Begründung:

Die Regelung in § 7 Absatz 4 SGB XI stellt klar, dass die Pflegekassen ihre Beratungspflichten auch im Rahmen gemeinsamer Beratungsangebote mit anderen Trägern wahrnehmen können. Dies hielt der Gesetzgeber unter anderem für erforderlich, weil manche Pflegekassen ein ortsnahe Beratungsangebot nicht vorhalten oder vorhalten können. Mit der Ergänzung erfolgt eine weitere Klarstellung, die an die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gesetzten Impulse für eine pflegepolitische Zusammenarbeit von Pflegekassen, Kommunen und Sozialhilfeträgern auf örtlicher Ebene, insbesondere die Pflegestützpunkte, anknüpft.

G 5. Zu Artikel 1 Nummer 3a - neu - (§ 8 Absatz 4 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer 3a einzufügen:

'3a. Dem § 8 wird folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können von den Bestimmungen des siebten und achten Kapitels dieses Buches abweichende Vereinbarungen treffen, wenn dies zur Erprobung und Unterstützung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen sinnvoll erscheint und hierdurch der Zweck des Gesetzes nicht beeinträchtigt wird. Die Regelungen sind auf längstens acht Jahre zu begrenzen. Bei Erprobungen ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzunehmen. § 45c Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend." '

Begründung:

Die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und der sie Pflegenden verändern sich und werden sich weiter ausdifferenzieren. Um zu gewährleisten, dass die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen diesen Bedürfnissen auch in Zukunft entspricht, müssen neue Versorgungsangebote und -formen dezentral erprobt und evaluiert werden können.

Die vorgeschlagene Experimentierklausel schafft den rechtlichen Rahmen für eine solche Erprobung.

- G 6. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a (§ 18 Absatz 1 Satz 1 und 4 bis 8 SGB XI),
- Buchstabe b (§ 18 Absatz 2 Satz 1 SGB XI),
- Buchstabe c Doppelbuchstabe aa, cc, dd und ee
(§ 18 Absatz 3 Satz 1, 5, 7 bis 9 SGB XI),
- Buchstabe d (§ 18 Absatz 3a SGB XI),
- Buchstabe e (§ 18 Absatz 4 Satz 1 SGB XI),
- Buchstabe f (§ 18 Absatz 5 Satz 1 SGB XI),
- Buchstabe g Doppelbuchstabe aa, bb und cc,
(§ 18 Absatz 6 Satz 1, 2 und 2a SGB XI),
- Buchstabe h (§ 18 Absatz 7 Satz 4 SGB XI) und
- Nummer 23 (§ 53b Absatz 1 bis 3 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist zu streichen.

bb) Buchstabe b ist zu streichen.

cc) Buchstabe c ist wie folgt zu ändern:

aaa) Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.

bbb) In Doppelbuchstabe cc sind in § 18 Absatz 3 Satz 5 die Wörter "oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter" zu streichen.

ccc) Doppelbuchstabe dd ist zu streichen.

ddd) Doppelbuchstabe ee ist wie folgt zu fassen:

'ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

"Dem Antragsteller ist mit dem Bescheid das Gutachten des Medizinischen Dienstes zu übermitteln. Die Pflegekasse führt statistische Erhebungen über Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und deren Erledigung." '

dd) Buchstabe d ist zu streichen.

ee) Buchstabe e ist zu streichen.

ff) Buchstabe f ist zu streichen.

gg) Buchstabe g ist wie folgt zu ändern:

aaa) Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.

bbb) Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.

ccc) Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu ändern:

aaaa) Die Zählbezeichnung "cc)" ist zu streichen.

bbbb) In dem neuen Satz 2a des § 18 Absatz 6 sind die Wörter "oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter" zu streichen.

hh) Buchstabe h ist zu streichen.

b) Nummer 23 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Vorgesehen sind die Möglichkeit der Pflegekasse zur Beauftragung anderer Gutachter anstelle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie die Pflicht der Pflegekassen zur Leistung einer Zusatzzahlung bei Nichteinhaltung der Frist zur Erteilung eines Bescheides.

Die Laufzeit der Gutachten durch den MDK wurde in den letzten Jahren kontinuierlich gesenkt. Ziel muss sein, bei Gewährleistung einer qualitativen Begutachtung die Laufzeiten weiter zu verkürzen. Bereits nach geltendem Recht kann der MDK externe Gutachter beauftragen, wenn dies zur Sicherstellung termingerechter Begutachtungen erforderlich ist.

Die vorgesehene Möglichkeit jeder Pflegekasse, andere Gutachter zu beauftragen, gefährdet die Einheitlichkeit der Begutachtungen, die über die Richtlinien hinaus derzeit durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. zum Beispiel durch Fortbildungen, Erfahrungsaustausch etc. gewährleistet wird. Eine einheitliche Begutachtung, Qualitätssicherung und statistische Erfassung wäre nicht sichergestellt. Der Aufbau von Doppelstrukturen ist nicht wirtschaftlich.

Ein Gutachter, der ökonomisch auf die Erteilung von Begutachtungsaufträgen angewiesen ist, steht in einer deutlich höheren Abhängigkeit als der vom Gesetz vorgesehene MDK. Die Beauftragung eines ökonomisch abhängigen Gutachters gefährdet daher die Zielstellung des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, ein höheres Maß an Empfehlungen für medizinischen Reha-Maßnahmen zu erreichen.

Das vorgesehene Verfahren, dem Antragsteller drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, von denen er sich innerhalb einer Woche für einen entscheiden kann, ist nicht praktikabel und wird die Einhaltung der Frist zusätzlich erschweren. Insgesamt entsteht ein erheblicher Bürokratieaufwand. Die Regelung zur Beauftragung anderer Gutachter ist daher zu streichen.

Das Recht des Antragstellers, mit dem Bescheid der Pflegekasse auch das Gutachten zu erhalten, soll die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit transparenter und nachvollziehbarer machen. Dadurch können die Antragsteller auf der Basis der Informationen der Pflegekasse die Pflegeberatung und Leistungen besser und zielgerichteter wahrnehmen. Durch die obligatorische Zusendung des Gutachtens wird die Transparenz erhöht.

Die Einführung einer Zusatzzahlung bei Nichteinhaltung der Frist zur Erteilung eines Bescheides für jeden Tag Verzögerung in Höhe von 10 Euro an den Pflegebedürftigen ist nicht zielführend. Bei Vorliegen einer Pflegestufe werden die Leistungen rückwirkend ab Antragstellung gewährt. Durch Sanktionsmöglichkeiten wird keine Beschleunigung des Verfahrens erreicht. Vielmehr sind Streitfälle zwischen den Pflegekassen, dem MDK und dem Antragsteller darüber zu erwarten, wer für die Fristüberschreitung die Verantwortung trägt. Insbesondere durch die erforderliche Klärung der Schuldfrage entsteht ein höherer Verwaltungsaufwand. Die Regelung zur Zusatzzahlung ist daher zu streichen.

Zur Prüfung der Einhaltung der Fristen durch die Pflegekasse erfolgt eine Klarstellung zur statistischen Erfassung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens.

Zu Buchstabe b:

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung der Möglichkeit der Pflegekasse zur Beauftragung anderer Gutachter anstelle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

- G 7. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb1 - neu -
(§ 18 Absatz 1 Satz 3 SGB XI),
Buchstabe g Doppelbuchstabe cc
(§ 18 Absatz 6 Satz 2a SGB XI) und
Nummer 5 (§ 18a Absatz 1 Satz 1 und 2,
Absatz 2 Satz 1,
Satz 2 Nummer 1 und
Nummer 4 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Buchstabe a ist nach Doppelbuchstabe bb folgender Doppelbuchstabe bb1 einzufügen:

'bb1) In Satz 3 Halbsatz 1 und Halbsatz 2 werden jeweils nach dem Wort "medizinischen" ein Komma und die Wörter "insbesondere der geriatrischen" eingefügt.'

bb) In Buchstabe g ist Doppelbuchstabe cc wie folgt zu fassen:

'cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Feststellungen zur medizinischen, insbesondere zur geriatrischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren." '

b) In Nummer 5 ist § 18a wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 und 2 sind nach dem Wort "medizinischen" jeweils ein Komma und die Wörter "insbesondere zur geriatrischen" einzufügen.

bb) Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Satz 1 sind nach dem Wort "medizinischen" ein Komma und die Wörter "insbesondere zur geriatrischen" einzufügen.

bbb) In Satz 2 Nummer 1 und Nummer 4 sind nach dem Wort "medizinischen" jeweils ein Komma und die Wörter "insbesondere der geriatrischen" einzufügen.

Begründung:

Der Erhalt oder die Wiedererlangung von Fähigkeiten, die ein selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen, ist oberstes Ziel aller rehabilitativen Maßnahmen. Hierzu können insbesondere die stationäre und ambulante geriatrische Rehabilitation, zu der auch die mobile geriatrische Rehabilitation zählt, verbunden mit Maßnahmen der aktivierenden Pflege beitragen. Maßnahmen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sollten daher Eingang in die Rehabilitationsempfehlung gemäß §§ 18 Absatz 6 Satz 2, 18a Absatz 1 SGB XI finden und auch beim Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gesondert geprüft und der Pflegekasse mitgeteilt werden. Zudem sollte auch die Berichtspflicht der Pflegekassen über Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlung (§ 18a Absatz 2 SGB XI) entsprechend ergänzt werden.

G 8. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 18a Absatz 2 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 5 sind in § 18a Absatz 2 Satz 2 nach dem Wort "Folgendes" die Wörter ", differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe," einzufügen.

Begründung:

Die alters-, geschlechts- und pflegestufenspezifische Berichtspflicht gibt Aufschluss über eventuelle Abweichungen der Daten nach Alterskohorten und Grad der Pflegebedürftigkeit. Hinweise auf entsprechende Abweichungen bei Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation können so auf ihre Ursachen hin untersucht werden. Die nähere Ausgestaltung der nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe differenzierten Erfassung entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Verfahren nach § 18 Absatz 2 Satz 4 SGB XI.

G 9. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 19 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 6 wie folgt zu fassen:

'6. § 19 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 10,5 Stunden wöchentlich pflegt." '

Begründung:

Die in § 19 SGB XI vorgesehene Addition der Pflegezeiten von mehreren Pflegebedürftigen allein ist insoweit unzureichend, als dabei nach wie vor der Personenkreis der Pflegenden, die die bisherige Grenze des § 19 SGB XI von 14 Stunden (2 Stunden täglich) nicht erreichen, aber den vollen Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen der Stufe I von 10,5 Stunden wöchentlich (1,5 Stunden täglich) voll abdecken, unberücksichtigt bleibt. Es ist daher unbedingt erforderlich, diese Grenzen zu harmonisieren, damit zukünftig sichergestellt ist, dass jede volle Pflege eines Pflegebedürftigen der Stufe I zu einer rentenrechtlichen Anerkennung führt. Hierzu ist eine Änderung des § 19 Satz 2 SGB XI mit dem Inhalt einer Absenkung der Stundenzahl auf 10,5 Stunden dringend geboten.

G 10. Zu Artikel 1 Nummer 9a - neu - (§ 30 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

'9a. § 30 wird wie folgt gefasst:

"§ 30

Dynamisierung

(1) Die Bundesregierung prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2013, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Von der Anpassung nach Satz 1 sind die Leistungen nach § 43 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 ausgenommen, bis sie der Gesamthöhe der Leistungen nach § 36 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c und des Erhöhungsbetrages der Pflegesachleistungen nach § 123 Absatz 3 entsprechen. Die nach Satz 2 nicht zu verausgabenden Mittel erhöhen zusätzlich die Leistungen nach § 36 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c und den Erhöhungsbetrag der Pflegesachleistungen nach § 123 Absatz 3. Dabei werden die Leistungen nach § 36 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c und der Erhöhungsbetrag der Pflegesachleistungen nach § 123 Absatz 3 um

denselben Vomhundertsatz erhöht.

(2) Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres, erstmals zum 1. Januar 2014, anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben." '

Begründung:

Da in Bezug auf die Leistungsform keine wirksame Steuerung möglich ist, sondern faktisch ein Wahlrecht der Betroffenen und ihrer Angehörigen besteht, führen die Unterschiede in der Leistungshöhe der Pflegestufe I zu einer erhöhten relativen Attraktivität der vollstationären Pflege. Dies widerspricht dem Grundsatz "ambulant vor stationär".

Mit der differenzierten Dynamisierung in Pflegestufe I soll sukzessive erreicht werden, dass die Sachleistungen für ambulante und vollstationäre Pflege die gleiche Höhe haben. Die Angleichung ist erzielt, wenn die addierten ambulanten Pflegesachleistungen der Pflegestufe I nach § 36 und § 123 SGB XI die Höhe der vollstationären Leistungen nach § 43 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB XI erreicht haben.

Um die Angleichung der Leistungen zu beschleunigen, sollen die durch die differenzierte Dynamisierung nach § 30 Absatz 1 Satz 2 SGB XI nicht aufgewendeten Mittel zusätzlich auf die ambulanten Pflegesachleistungen der Pflegestufe I nach §§ 36 und 123 SGB XI umgelegt werden. Die Verteilung auf § 36 und § 123 in § 30 Absatz 1 Satz 4 SGB XI soll dem Verhältnis der Höhe

beider Leistungsansprüche entsprechen, so dass beide Leistungen um denselben Vomhundertsatz erhöht werden.

Die Prüfung der Anpassung der Leistungen im zweijährlichen Rhythmus entspricht den Zeitabständen der stufenweisen Erhöhungen in den Jahren 2008 bis 2012. Die Anpassung soll möglichst zeitnah die Preisentwicklung nachvollziehen.

G

*

11. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 34 Absatz 3 SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 10 wie folgt zu fassen:

'10. In § 34 Absatz 3 wird die Angabe "nach § 44" durch die Wörter "nach den §§ 44 und 44a" ersetzt < entspricht dem Gesetzentwurf >

und nach dem Wort "Krankenpflege," werden die Wörter "bei
*
Verhinderung einer Pflegeperson nach § 39, für die Dauer der Kurzzeitpflege nach § 42," eingefügt.'

Begründung:

Auch bei Unterbrechungstatbeständen, bei denen Leistungen der Kurzzeit-
*
oder Verhinderungspflege abgerufen werden, besteht weiter die Notwendigkeit der sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

*

Bei Annahme von Ziffer 11 und Ziffer 39 wird in Artikel 1 Nummer 10 im Tenor und in der Begründung jeweils das Wort "Verhinderung" durch das Wort "Vertretung" ersetzt.

- G 12. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 37 Absatz 2 Satz 2 SGB XI),
Nummer 12 (§ 38 Satz 4 SGB XI),
Nummer 13a - neu - (§ 39 SGB XI) und
Nummer 16 Buchstabe a und b (§ 42 Absatz 2 und 4 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 11 ist § 37 Absatz 2 Satz 2 wie folgt zu ändern:
- aa) Das Wort "Verhinderungspflege" ist durch das Wort "Vertretungspflege" zu ersetzen.
 - bb) Das Wort "jeweils" ist zu streichen.
 - cc) Das Wort "vier" ist durch das Wort "acht" zu ersetzen.
- b) In Nummer 12 ist § 38 Satz 4 wie folgt zu ändern:
- aa) Das Wort "Verhinderungspflege" ist durch das Wort "Vertretungspflege" zu ersetzen.
 - bb) Das Wort "jeweils" ist zu streichen.
 - cc) Das Wort "vier" ist durch das Wort "acht" zu ersetzen.
- c) Nach Nummer 13 ist folgende Nummer 13a einzufügen:

'13a. § 39 ist wie folgt zu fassen:

"§ 39

Häusliche Pflege bei Vertretung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Vertretungspflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; davon können maximal vier Wochen in Form stundenweiser Entlastung in Anspruch genommen werden; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 3 100 Euro belaufen, wenn die Vertretungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Vertretungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 nicht übersteigen, es sei denn, die Vertretungspflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 2 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Vertretungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson in Zusammenhang mit der Vertretungspflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 3 und 4 dürfen zusammen den in Satz 2 genannten Betrag nicht übersteigen. In Anspruch genommene Zeiten der Kurzzeitpflege nach § 42 sowie dafür von den Pflegekassen übernommene Aufwendungen werden auf den in Satz 1 genannten Zeitraum sowie den in Satz 2 genannten Gesamtbetrag angerechnet." '

d) Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

'16. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 3 100 Euro im Kalenderjahr. In Anspruch genommene Zeiten der Vertretungspflege nach § 39 sowie dafür von den Pflegekassen übernommene Aufwendungen werden auf den in Satz 1 genannten Zeitraum sowie den in Satz 2 genannten Gesamtbetrag angerechnet."

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

"(4) Abweichend von ... < weiter wie Gesetzentwurf >" '

Begründung:

Der Anspruch auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollte flexibilisiert werden. Die Verhinderungspflege ist begrifflich als Vertretungspflege zu definieren. Aufgrund des häufig hohen Alters und eigener gesundheitlicher Einschränkungen der Hauptpflegepersonen ist die Vertretungspflege, bei der rechtlich keine Pflicht zur Versorgung durch einen zugelassenen Leistungserbringer besteht, anstatt bisher vier Wochen bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zu ermöglichen, einhergehend mit einer entsprechenden Erhöhung des Leistungsvolumens.

Um eine nachhaltige Erholung der pflegenden Angehörigen zu sichern, ist zu ermöglichen, dass maximal vier Wochen des Anspruchs auf Vertretungspflege in der Form stundenweiser Entlastung in Anspruch genommen werden kann.

Um die Inanspruchnahme der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson zu erleichtern, ist die bisher bestehende Voraussetzung, dass die den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben muss, aufzuheben. Die besondere Belastung der Pflegepersonen hat häufig schon lange vor der Zuerkennung einer Pflegestufe begonnen, zum einen durch einen Pflegeaufwand unterhalb des zeitlichen Umfangs der Pflegestufe I, zum anderen durch einen häufig nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand für die Betreuung des Angehörigen. Zudem trägt die Aufhebung der "Wartezeit" zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bei.

Der überwiegende Anteil von Menschen, der in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird, kommt unmittelbar aus einer Krankenhausbehandlung. Für diesen Personenkreis ist die Kurzzeitpflege eine Möglichkeit, durch aktivierende Pflege, räumliche Anpassungen in den Wohnungen und die Organisation des häuslichen Pflegearrangements einen dauerhaften stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung zu vermeiden. Insbesondere mit Blick auf die kürzere Verweildauer in Krankenhäusern zeigt sich, dass ein Zeitraum von vier Wochen in vielen Fällen nicht ausreicht, um eine Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Aus diesem Grund ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf bis zu acht Wochen zu erhöhen, einhergehend mit einer entsprechenden Erhöhung des Leistungsvolumens.

Im Gegenzug der entsprechenden Erhöhung des Leistungsvolumens muss eine wechselseitige Anrechnung der gegebenenfalls in Anspruch genommenen Zeiten der Vertretungs- oder Kurzzeitpflege sowie der von den Pflegekassen hierfür jeweils geleisteten Aufwendungen erfolgen. Auf diese Weise erhält der Pflegebedürftige ein Gesamtbudget für Kurzzeit- und/oder Vertretungspflege von acht Wochen und maximal 3 100 Euro je Kalenderjahr, das er flexibel und je nach Bedarf einsetzen kann.

- G 13. Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 38a Absatz 1 Nummer 1, 3 und 4,
Absatz 2,
Absatz 3 - neu - und
Absatz 4 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 13 ist § 38a wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

"1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen leben und diese Wohngruppen den Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung haben,"

bb) Nummer 3 ist wie folgt zu fassen:

"3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person tätig ist, die organisatorische, verwaltende, hauswirtschaftliche oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet."

cc) Nummer 4 ist zu streichen.

b) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Eine Leistungsgewährung nach Absatz 1 erfolgt nicht, wenn der Träger der Wohngruppe oder Dritte den Bewohnerinnen und Bewohnern Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege erbringt. Der Träger einer betreuten Wohngruppe hat die Bewohnerinnen und Bewohner vor deren Aufnahme in der Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass von ihm oder einem Dritten der in Satz 1 beschriebene Leistungsumfang in der Wohngruppe nicht erbracht wird."

c) Folgende Absätze 3 und 4 sind anzufügen:

"(3) Die Leistungen nach Absatz 1 sind auch zu erbringen, wenn eine

Person im Sinne des Absatzes 1 Nummer 3 mindestens drei Pflegebedürftige gemeinsam betreut, die in ihrem angestammten Wohnumfeld in unmittelbar zueinander benachbarten Wohnungen oder Gebäuden leben.

(4) Die Länder werden ermächtigt, den Anspruch nach Absatz 1 nach Maßgabe näherer landesrechtlicher Bestimmungen von der Erfüllung weiterer Anforderungen abhängig zu machen."

Begründung:

Grundsätzlich wird die Absicht begrüßt, ambulant betreute Wohngruppen als zusätzliche Wohn- und Pflegeform zu stärken.

Hierfür ist jedoch der unmittelbare Bezug auf heimrechtliche Vorschriften beziehungsweise auf für ordnungsrechtliche Zwecke entwickelte Abgrenzungskriterien in § 38a Absatz 1 Nummer 4 SGB XI problematisch. Die meisten "Wohn- und Betreuungsgesetze" der Länder, ebenso wie das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz des Bundes (WBVG), haben inzwischen das Ziel, schutzbedürftige Situationen zu erfassen und grenzen daher nicht mehr institutionell und auch nicht nach der Begrifflichkeit "ambulant" oder "stationär" ab. Heimrechtliche Vorschriften stehen ambulant betreuten Wohngruppen somit nicht - wie im Gesetzentwurf formuliert - entgegen, sondern sie beschreiben Anforderungen an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Den Bedarf für die "Präsenzkraft" gibt es sowohl in den völlig selbstbestimmten wie in den von einem Pflegedienst organisierten Wohngruppen. Die Beschränkung auf selbstbestimmte oder selbstverantwortete Wohngruppen ist zu eng gefasst. Die Entwicklung kleinteiliger, quartiersbezogener Wohn- und Betreuungsangebote, auch wenn sie anbieterverantwortet sind, würde nicht gefördert.

Auch ist nicht erkennbar, mit welchem Verfahren die Pflegekassen das Vorliegen des leistungsbegründenden Sachverhaltes sinnvoll prüfen können. Schließlich würden sich Wertungswidersprüche zu Heimaufsichtsbehörden und Zivilrichtern (in Bezug auf das WBVG) nicht vermeiden lassen.

Um die Entwicklung von ambulanten Strukturen besser zu steuern, sollte die in dem neu angefügten Absatz 4 des § 38a SGB XI vorgeschlagene Öffnungsklausel aufgenommen werden: Danach können die Länder durch Gesetz die Förderung an weitere Voraussetzungen knüpfen und damit verhindern, dass

letztlich sozialpolitisch nicht gewünschte Substandards durch die finanzielle Förderung mittelbar unterstützt werden. Dazu gehört neben der Erfüllung von Qualitätsanforderungen auch die Möglichkeit einer externen Qualitätskontrolle. Hinsichtlich der "Präsenzkräfte" stehen nichtpflegerische Tätigkeiten im Vordergrund, so dass das gesetzliche Anforderungsprofil keine ausgebildete Pflegekraft verlangen sollte. Eine Beibehaltung der geplanten Regelung würde die Versorgung in ambulant betreuten Wohngruppen erheblich erschweren und damit der beabsichtigten Förderung dieser neuen Wohnform entgegenwirken. Wenngleich langfristig die Angleichung der ambulanten, teilstationären und stationären Leistungshöhe und letztlich eine Auflösung der sektoralen Leistungstrennung anzustreben sind, muss allerdings solange, wie leistungsrechtliche Unterschiede bestehen, eine entsprechende Abgrenzung vorgenommen werden. Dabei ist für die Gewährung ambulanter oder stationärer Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch allein die leistungsrechtliche Bewertung und Abgrenzung entscheidend.

In den 1950er und 60er Jahren sind vielerorts Siedlungsgebiete entstanden, in denen sich Familien zum Beispiel in kleinen Häusern und/oder Werksiedlungen niedergelassen haben.

Die Bevölkerungsstrukturen in diesen Wohngebieten haben sich im Laufe der Jahre wesentlich verändert: Die jüngere Generation ist vielfach weggezogen. In den Häusern leben heute oftmals nur noch verwitwete, ältere Einzelpersonen. Bei der "Förderung von alternativen Wohnformen" sollten auch diese Wohnstrukturen angemessen Berücksichtigung finden.

Für den dort verbliebenen Personenkreis ist im Fall der Pflegebedürftigkeit ein Umzug in eine Wohngemeinschaft häufig keine erstrebenswerte Lösung. Um auch diesen Menschen einen Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, sollte mit der vorgeschlagenen Erweiterung des § 38a SGB XI ihr Zusammenleben in dem jeweiligen Siedlungsgebiet als eine (gemeinsame) alternative Wohnform im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt werden. Nicht zuletzt entspräche dies auch der Umsetzung der bisher entwickelten Ansätze einer "Pflege im Quartier".

- G 14. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 40 Absatz 4 Satz 2,
Satz 3 - neu - und
Satz 4 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 14 wie folgt zu fassen:

'14. § 40 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 2 wird aufgehoben. <entspricht dem Gesetzentwurf>
- b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.
- c) Folgende Sätze werden angefügt:

"Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als drei Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt." '

Begründung:

Die Begrenzung des individuellen Leistungsanspruchs, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen, ist nicht sachgerecht. Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu addieren, wenn die Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen dient. Bereits heute sind Zuschüsse bei zeitgleich durchgeführten Maßnahmen, die Pflegebedürftigen jeweils individuell zuzuordnen sind, mehrmals ausbezahlt.

Unabhängig von dem individuellen Anspruch ist die Addition der Zuschüsse nach Satz 3 auf 10 000 Euro begrenzt. Er ist bei mehr als drei anspruchsberechtigten Personen anteilig auf die Versicherungsträger der beteiligten Pflegebedürftigen aufzuteilen.

G 15. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 42 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB XI)

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 16)

In Artikel 1 ist die Nummer 16 wie folgt zu fassen:

'16. § 42 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres" gestrichen.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

"(4) Abweichend von ... < weiter wie Gesetzentwurf >" '

Begründung:

Es ist nicht ersichtlich, warum momentan nur pflegebedürftige Personen unter 18 Jahren Anspruch auf Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege haben. Hier sollte schon aus Gründen der Gleichbehandlung eine Streichung der einschränkenden Altersbegrenzung erfolgen.

(Hilfsempfehlung zu Ziffer 15)

G 16. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 42 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB XI)

(entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 15)

In Artikel 1 ist die Nummer 16 wie folgt zu fassen:

'16. § 42 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "18. Lebensjahres" durch die Wörter " 25. Lebensjahres" ersetzt.

- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

"(4) ... < weiter wie Gesetzentwurf >." '

Begründung:

Die Möglichkeit des § 42 Absatz 3 SGB XI, in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern auch die Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen zuzulassen, hat sich für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige bewährt.

Die Praxis zeigt jedoch, dass die Altersgrenze von 18 Jahren zu niedrig gegriffen ist. Auch für über 18jährige, zu Hause gepflegte junge Erwachsene, ist ein Kurzzeitpflegeaufenthalt in einer vollstationären Einrichtung gemeinsam mit überwiegend hochaltrigen anderen Pflegebedürftigen keine angemessene Alternative.

Ausgehend davon, dass insbesondere bei Menschen mit Behinderung die Beschulung in der Regel weit über das 18. Lebensjahr hinaus reicht, ist es sinnvoll, die Altersgrenze für die Möglichkeit, zur Kurzzeitpflege eine Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen und andere geeignete Einrichtungen nutzen zu können, auf das 25. Lebensjahr auszuweiten.

G 17. Zu Artikel 1 Nummer 16a - neu - (§ 45 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB XI)

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

'16a. § 45 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "Angehörige" ein Komma und die Wörter "ehrenamtlich Tätige" eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort "Pflege" die Wörter "und häusliche Betreuung" eingefügt.'

Begründung:

Es wird klargestellt, dass Pflegekurse für Angehörige, ehrenamtlich Tätige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfllegetätigkeit interessierte Personen nicht nur Pflege im Sinne der Verrichtungen nach § 14 SGB XI zum Inhalt haben. Auch in den Bereichen der Betreuung und Alltagsbegleitung sollen Fertigkeiten vermittelt werden. Dies unterstützt insbesondere Angehörige bei der Betreuung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer.

G 18. Zu Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe a (§ 45d Absatz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe a ist in § 45d Absatz 1 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und es sind die Wörter "sowie von Gruppen durch die Pflege besonders schwer belasteter Pflegepersonen, die durch qualifizierte Begleitung betreut werden, wenn für sie Selbsthilfegruppen nicht wirksam sind." anzufügen.

Begründung:

Es ist bisher keine dauerhafte Unterstützung für Angehörigengruppen durch eine qualifizierte Begleitung vorgesehen. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass einzelne Angehörige von reinen Selbsthilfegruppen nicht profitieren, sondern einen von einer qualifizierten Begleitung strukturierten Zusammenhang brauchen. Ein entsprechendes Angebot, das den durch die Pflege wesentlich geringer belasteten Freiwilligen inzwischen selbstverständlich gemacht wird, sollte auch den Pflegepersonen ermöglicht werden.

G 19. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 45e SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 19 wie folgt zu fassen:

'19. Nach § 45d wird folgender Sechster Abschnitt eingefügt:

"Sechster Abschnitt

Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e

**Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten
Wohngruppen und Weiterentwicklung neuer Wohnformen**

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden 40 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Pflegebedürftigen, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die als Erstbewohner die ambulant betreute Wohngemeinschaft beziehen, wird für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 nach Maßgabe des Absatzes 2 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro

gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen auf der Grundlage der von den Ländern im Benehmen mit den kommunalen Landesverbänden eingebrachten Vorschläge den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 40 Millionen Euro auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem 'Königsteiner Schlüssel' aufgeteilt. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Ländern, den Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung die nach dem 'Königsteiner Schlüssel' zugeteilte Gesamthöhe des Förderbetrags erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2017. Einzelheiten zu den Voraussetzungen der Förderung regelt das jeweilige Land mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den kommunalen Spitzenverbänden bis spätestens 31. Dezember 2012. Einzelheiten zum Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(3) Einrichtungen, die bereits eine Modellförderung zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 ausgenommen." '

Begründung:

Um die Neugründungen von Wohngemeinschaften sowie die Weiterentwicklung neuer Wohnformen in den nächsten Jahren durch zusätzliche Förderanreize anzuregen, wird ein Budget von insgesamt 40 Millionen Euro bereitgestellt.

Um eine gerechte regionale Verteilung der auf 40 Millionen begrenzten Sonderförderung zu erreichen und ein "Windhundverfahren" zu vermeiden, erfolgt die Verteilung der Fördermittel nach dem "Königsteiner Schlüssel". Die Vergabe durch die Pflegekassen erfolgt auf der Grundlage der von den Ländern im Benehmen mit den jeweiligen kommunalen Landesverbänden eingebrachten Konzeptvorschläge. Unabhängig vom individuellen Anspruch von bis zu 2 500 Euro für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der ambulant betreuten Wohngruppe ist der Betrag je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt.

Damit die Sonderförderung in die pflegeplanerischen Maßnahmen der Länder gut eingebunden wird, ist die Vergabe und sind die Fördervoraussetzungen zwischen den Ländern und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den kommunalen Spitzenverbänden abzustimmen. Die Einzelheiten zum Verfahren, der Antragstellung, zur Auszahlung sowie zum Nachweis der entstandenen Kosten regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Das Verfahren der Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds bedarf einer Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt.

G 20. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b (§ 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 27 ist Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Eine Begrenzung der Regelung zur ortsüblichen Arbeitsvergütung auf diejenigen Beschäftigten, die "nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind",

führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung derjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, denen ein Mindestentgelt zu zahlen ist, das in der Regel unterhalb der ortsüblichen Arbeitsvergütung liegt. Dadurch wird ein Druck auf das Lohnniveau provoziert, insbesondere für Einrichtungen, die keiner tariflichen Bindung unterliegen. Aus diesem Grund sollte ein bestehender Mindestlohn das Erfordernis der Bezahlung der ortsüblichen Vergütung in keinem Fall abbedingen können. Bürokratiewägungen sind demgegenüber zurückzustellen.

G 21. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b (§ 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 27 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 2 ... < weiter wie Gesetzentwurf >

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Soweit zugelassene Pflegedienste besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 anbieten, sind diese ebenfalls Gegenstand des Versorgungsvertrages." "

Begründung:

Derzeit richten sich Qualitätsanforderungen an Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nur an niedrigschwellige Betreuungsangebote; sie werden im Rahmen der landesrechtlich geregelten Anerkennungsverfahren geprüft. Soweit Pflegedienste Betreuungsleistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 erbringen, wird dies lediglich gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen angezeigt.

Bekannt gewordene Probleme in Bezug auf die Qualität und insbesondere in Bezug auf die Abrechnung der von Pflegediensten erbrachten Betreuungsleistungen machen es erforderlich, die besonderen Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 SGB XI sowohl in den Versorgungsvertrag als auch in die Vergütungsvereinbarung des ambulanten Pflegedienstes einzubeziehen.

G
AS
FS

22. Zu Artikel 1 Nummer 27a - neu -

(§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 und
Nummer 10 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 27 folgende Nummer 27a einzufügen:

'27a. In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und es wird folgende Nummer 10 angefügt:

"10. Qualitätsstandards für die Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohngruppen." '

Begründung:

Bei den bereits bestehenden ambulanten Wohngruppen handelt es sich weit überwiegend um Wohngemeinschaften für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Kennzeichnend für das Zusammenleben in einer derartigen Wohngruppe ist die gemeinschaftliche Organisation des Tagesgeschehens. Das Konzept der Tagesstrukturierung gibt den Rahmen vor, in dem individuell die erforderliche Anleitung, Begleitung und Beaufsichtigung bei der Bewältigung des Alltags sichergestellt wird. Aktivitäten erfolgen naturgemäß und soweit möglich, sinnvoll in der Gruppe. An dieser Stelle wird deutlich, dass in einer ambulanten Wohngruppe neben den einzelnen Leistungskomplexen das Leistungsgeschehen in der gesamten Wohngruppe in den Blick zu nehmen ist. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass die Vereinbarung von verbindlichen Qualitätsstandards für Pflegedienste als Leistungserbringer in ambulanten Wohngruppen sachgerecht und zweckmäßig wäre. Wesentliche Qualitätsstandards wären zum Beispiel

- die Offenlegung von Anwesenheitszeiten des eingesetzten Personals und
- angemessene Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten Personals einschließlich Präsenzkkräfte.

Bisher fehlt es hierfür an der erforderlichen rechtlichen Grundlage.

G 23. Zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 77 Absatz 1 Satz 4a - neu -, Satz 4b - neu - und Satz 4c - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 28 sind in § 77 Absatz 1 nach Satz 4 folgende Sätze einzufügen:

"§ 77 Absatz 1 Satz 4 gilt auf Wunsch des Betroffenen nicht für Menschen mit Behinderungen, die ihre Betreuung und Versorgung im Rahmen einer persönlichen Assistenz sicherstellen. Sofern Personen im Sinne des Satzes 4a von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen, ist der Wert der entsprechenden ambulanten Sachleistungen an die pflegebedürftige Person unmittelbar auszuführen. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass durch die Einbindung der Pflegekasse in entsprechende Hilfeplanverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe ein sachgerechter Mitteleinsatz gewährleistet wird."

Begründung:

§ 77 SGB XI sieht den Abschluss von Verträgen der Pflegekassen mit einzelnen Pflegekräften im Rahmen von Einzelfallbetreuungen vor. § 77 Absatz 1 Satz 4 SGB XI gibt in diesem Zusammenhang vor, dass kein Arbeitsverhältnis zwischen Einzelpflegekraft und Pflegebedürftigem geschlossen werden darf.

Aus dieser Einschränkung resultiert ein Problem bei Menschen mit Behinderungen, die ihre Betreuung und Versorgung im Rahmen einer persönlichen Assistenz geregelt haben beziehungsweise regeln wollen. Ein Aspekt des Assistenzgedankens ist, dass ein Arbeitsverhältnis zwischen dem

Menschen mit Behinderung und der jeweiligen Assistenzkraft begründet wird. Der behinderte Mensch möchte selbst das "Heft des Handelns in der Hand behalten" und die Weisungsbefugnis des Arbeitgebers innehaben.

In der Praxis kann bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwischen Assistenzleistungen und Pflegeleistungen nur schwer unterschieden werden. Für die persönlichen Assistenzkräfte, die sowohl Pflege im Sinne des § 77 SGB XI als auch Assistenzleistungen in einer Person erbringen, resultieren aus diesen Vorgaben weitere Probleme. Ihre Tätigkeit weist dann sowohl Arbeitnehmereigenschaften (als Assistenzkraft) als auch gegebenenfalls Merkmale einer selbständigen Tätigkeit (als Vertragspartner der Pflegekasse) mit allen damit verbundenen Konsequenzen (soziale Sicherung, Steuerpflicht) auf.

G 24. Zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 77 Absatz 1 Satz 6a - neu - SGB XI) und Nummer 42 Buchstabe a1 - neu - (§ 114 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 28 ist in § 77 Absatz 1 nach Satz 6 folgender Satz einzufügen:

"Gewerblich tätige Einzelpersonen, die häusliche Pflege nach § 77 erbringen, unterliegen den Qualitätsprüfungen nach § 114."

b) In Nummer 42 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

'a1) In Absatz 2 Satz 1 sind nach dem Wort "Pflegeeinrichtungen" die Wörter "und bei gewerblich tätigen Einzelpersonen, die häusliche Pflege nach § 77 erbringen," einzufügen.'

Begründung:

Grundsätzlich sind die erweiterten Möglichkeiten der Pflege durch Einzelpersonen nach § 77 SGB XI zu begrüßen. Der Gesetzentwurf sieht jedoch keine

umfassenden Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Sicherstellung der Pflege nach § 77 SGB XI vor.

Hier greift derzeit weder das bei Pflegegeldbezug vorgesehene Qualitätssicherungsinstrument des § 37 Absatz 3 SGB XI, noch unterliegen die Einzelpflegekräfte explizit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI. Auch der Verweis auf § 120 Absatz 1 Satz 2 SGB XI (lediglich Verpflichtung zur Mitteilung bei wesentlichen Veränderungen des Pflegezustands) in § 77 Absatz 1 Satz 8 SGB XI des Gesetzentwurfs reicht zur Sicherstellung der Pflegequalität nicht aus.

Vor diesem Hintergrund ist es zielführend, erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen in den Kreis der zu prüfenden professionellen Leistungserbringer nach § 114 SGB XI einzubeziehen.

G 25. Zu Artikel 1 Nummer 30a - neu - (§ 82 Absatz 2 Nummer 3 und Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

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

'30a. § 82 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nummer 3 wird nach dem Wort "Pacht," das Wort "Erbbauzins," eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort "Pacht," das Wort "Erbbauzins," eingefügt. '

Begründung:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat Erbbauzinsen für ein betriebsnotwendiges Grundstück als umlagefähig anerkannt (Urteil vom 08.09.2011, Az.: B 3 P 4/10 R, Rn. 38, 41-44, und vom 08.09.2011, Az.: B 3 P 6/10 R, Rn. 19, 22-25). Das BSG bezieht sich dabei bereits auf ein Urteil vom 24.07.2003, BSGE 91, S. 182.

Laut BSG gebiete die verfassungskonforme Auslegung von § 82 Absatz 3 Satz 1 SGB XI dem Grunde nach die Anerkennung der Umlagefähigkeit auch von Erbbauzinsen für betriebsnotwendige Grundstücke. Nach § 1 Absatz 1 ErbbauRG kann ein Grundstück in der Weise belastet werden, dass demjenigen, zu dessen Gunsten die Belastung erfolgt, das veräußerliche und vererbliche Recht zusteht, auf oder unter der Oberfläche des Grundstücks ein Bauwerk zu haben (Erbbaurecht). Hierdurch erlangt der Berechtigte ausschließlich die Befugnis, das Grundstück zu bebauen und entsprechend zu nutzen, nicht aber Eigentum an dem Grundstück selbst. Dieses verbleibt vielmehr bei dem Grundstückseigentümer. Der Gegenwert für den hierfür zu entrichtenden Erbbauzins beschränkt sich deshalb auf die reine Nutzungsbefugnis des Grundstücks und vermittelt dem Erbbauberechtigten (von Ansprüchen bei der Ausübung des Heimfallrechts möglicherweise abgesehen) keinen Vermögenswert, der zu einem späteren Zeitpunkt selbständig verwertet werden könnte (BSG v. 08.09.2011, Az.: B 3 P 4/10 R, Rn. 42). Der Erbbauzins ist demnach wie der Mietaufwand für ein betriebsnotwendiges Grundstück den nach § 82 Absatz 3 Satz 1 SGB XI umlagefähigen Aufwendungen zuzurechnen. Erlange mithin ein Pflegeheimträger durch die Entrichtung des Erbbauzinses ebenso wenig wie ein Mieter einen diesen Zahlungen korrespondierenden Vermögenswert, so sei kein tragfähiger Grund dafür ersichtlich, diesen betrieblichen Aufwand von der Refinanzierung durch die Umlage nach § 82 Absatz 3 SGB XI auszuschließen (BSG v. 08.09.2011, Az.: B 3 P 4/10 R, Rn. 43).

Die vorgeschlagene Klarstellung der Gleichbehandlung von Miete und Erbbauzinsen im Bundesgesetz stellt Rechtseinheitlichkeit und Rechtssicherheit her, ungeachtet dessen, dass die Praxis Erbbauzinsen bereits als umlagefähig anerkennt.

G 26. Zu Artikel 1 Nummer 30a - neu - (§ 82 Absatz 2 Satz 2 - neu - und Satz 3 - neu - SGB XI)

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

'30a. Dem § 82 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Pflegevergütung für Pflegedienste kann davon abweichend Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 enthalten, sofern dies rah-

menvertraglich vereinbart wird. Diese Aufwendungen gelten dann nicht als betriebsnotwendige Investitionskosten im Sinne der Absätze 3 und 4." '

Begründung:

Die Regelung eröffnet die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Pflege auf die gesonderte Berechnung von Investitionskosten zu verzichten und sie stattdessen in der Pflegevergütung zu berücksichtigen. Sofern ambulante Dienste jedoch weiterhin investiv gefördert werden sollen, kann weiterhin die gesonderte Berechnung erfolgen.

Die gesonderte Berechnung erzeugt sowohl bei den Trägern ambulanter Pflegedienste als auch beim Sozialhilfeträger einen hohen bürokratischen Aufwand, sowohl bei den laufenden Leistungsabrechnungen als auch durch die Etablierung einer parallelen Vertragssystematik zu den Pflegevergütungen, der außer Verhältnis zum Nutzen steht.

Die Pflegedienste müssen zur Zeit im Regelfall selbst dann zwei Rechnungen erstellen, wenn der Sachleistungsbetrag der Pflegekassen nicht ausgeschöpft ist, da die investiven Aufwendungen nicht gegenüber den Pflegekassen abgerechnet werden dürfen. Auch in der Begründung des Gesetzentwurfs zu Artikel 1 Nummer 15 (vorrangige Bezahlung von ambulanten Pflegeleistungen - § 41 SGB XI) wird davon ausgegangen, dass die ambulanten Pflegedienste - im Gegensatz zu Tagespflegeeinrichtungen - keine investiven Aufwendungen berechnen und somit im Regelfall nur eine Rechnung zu stellen haben. Das ist aber nur dann der Fall, wenn der Pflegedienst nicht seine investiven Aufwendungen gesondert berechnen muss.

G 27. Zu Artikel 1 Nummer 30a - neu - (§ 82 Absatz 3 Satz 3 SGB XI)

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

'30a. In § 82 Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort "Laufzeit" die Wörter ", einschließlich der Anerkennung angemessener Pauschalen," eingefügt.'

Begründung:

Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 8. September 2011 zur gesonderten Berechnung betriebsnotwendiger Aufwendungen sind bundesrechtlich umlagefähig "dem Grunde nach nur tatsächlich bereits angefallene und wegen § 82 Absatz 2 SGB XI nicht durch die Vergütung nach § 82 Absatz 1 SGB XI gedeckte pflegeinfrastrukturbezogene Aufwendungen, die der Einrichtungsträger nicht nach § 82 Absatz 2 Nummer 2, 4 oder 5 SGB XI dauerhaft selbst tragen soll."

Nicht erfasst von § 82 Absatz 3 SGB XI seien danach die Bildung von Kapitalrücklagen für künftige investive Maßnahmen und die Berechnung pauschal bemessener Kosten der laufenden Instandhaltung und Instandsetzung. Es fehlten entsprechende bundesgesetzliche Berechnungsgrößen, die nicht an in der Vergangenheit tatsächlich schon aufgewendete Aufwendungen der Einrichtungen anknüpften.

Die Nutzung von Pauschalen bedeutet eine spürbare Vereinfachung für alle Beteiligten. Sie reduziert Verwaltungsaufwand, vermeidet durch eine angemessene Bemessung eine Belastung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durch situativ wechselnde Heimentgelte und führt zur Stabilisierung und Kalkulierbarkeit der Heimentgelte durch eine über die Jahre gleichmäßige Verteilung von Erhaltungsaufwendungen (Instandhaltung und Instandsetzung). Die Umlage rein tatsächlicher Aufwandspositionen führt hingegen aufgrund sich kontinuierlich ändernder und retrospektiv zu betrachtender Investitionskostenbestandteile zu erheblichen Heimentgelt-schwankungen, die für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner weder subjektiv nachvollziehbar noch zumutbar sind. Beschränkungen - analog der mietrechtlichen Bestimmung zur Beschränkung von Mieterhöhungen (vgl. § 558 Absatz 3 BGB) - sind weder im Elften Buch Sozialgesetzbuch noch im Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen vorgesehen.

Zur Vermeidung solcher Nachteile für die Betroffenen bedarf es daher einer klarstellenden Regelung in § 82 SGB XI, welche die Berechnung von Pauschalen im Rahmen der landesrechtlichen Befugnisse zur näheren Ausgestaltung der Umlage nach § 82 Absatz 3 Satz 3 Halbsatz 2 SGB XI (weiterhin) ermöglicht und so der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gerecht wird.

Das Bundessozialgericht begründet seine Auslegung des § 82 Absatz 3 SGB XI insbesondere mit der engen Verknüpfung des Investitionszuschlages mit der (optionalen) öffentlichen Förderung von Pflegeeinrichtungen nach § 9

SGB XI (Ausgleichsfunktion der Umlage nach Absatz 3 und Absatz 4) und stellt ausdrücklich auf die fehlenden "Berechnungsgrößen" und "Möglichkeiten" des derzeitigen § 82 SGB XI ab. Diese Lücke praxisgerecht zu schließen und den Wortlaut des § 82 Absatz 3 SGB XI klarstellend und ohne Widerspruch zu Sinn und Zweck der Regelung zu ergänzen, ist Ziel der Gesetzesänderung. Gegen die Anerkennung angemessener Pauschalen bestehen dabei dem Grunde nach weder zuwendungsrechtlich noch hinsichtlich der Betroffenheit der Bewohnerinnen und Bewohner Bedenken, solange nicht die Vergütung von Betriebsüberschüssen intendiert wird, sondern lediglich eine für die Betroffenen angemessene Verteilung der tatsächlichen Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Grundsätze der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit). Betriebsüberschüsse hingegen wären nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im stationären Bereich der Vergütung nach § 82 Absatz 1 SGB XI zuzuordnen. Diese Grundsystematik wird durch die vorliegende Ergänzung des § 82 Absatz 3 SGB XI nicht durchbrochen.

G 28. Zu Artikel 1 Nummer 31 (§ 82b Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 31 wie folgt zu fassen:

'31. In § 82b Satz 1 werden nach dem Wort "Aufwendungen" die Wörter "im Rahmen der ergänzenden Betreuung und Aktivierung" eingefügt.'

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die ehrenamtliche Tätigkeit auf ergänzende Leistungen, insbesondere die soziale Teilhabe, auszurichten ist. Ehrenamtliche Unterstützung der professionellen Versorgung bei allgemeinen Pflegeleistungen im stationären Bereich kann zum teilweisen Ersatz professioneller Pflege führen. Dies ist bereits aufgrund der Qualitätsverantwortung der Pflegeeinrichtungen abzulehnen.

Es wäre auch nicht zu rechtfertigen, für besondere Angebote ambulanter Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des § 45b SGB XI, für Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen nach § 45d SGB XI und für zusätzlich einzusetzende Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI die Übernahme allgemeiner Pflegeleistungen trotz verbindlicher Vorgaben zur Schulung und

Fortbildung weitgehend auszuschließen und gleichzeitig die Übernahme allgemeiner Pflegeleistungen in § 82b SGB XI ohne entsprechende Vorgaben zu befördern. Mit der Klarstellung in Satz 1 fügt sich die Vorschrift systemgerecht in den Kontext der §§ 45b, 45d und 87b SGB XI ein.

- G 29. Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 84 Absatz 2 Satz 4 und Satz 4a - neu - SGB XI),
Nummer 36 Buchstabe a
(§ 89 Absatz 1 Satz 3,
Satz 4 - neu - und
Satz 5 - neu - SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 32 ist wie folgt zu fassen:

'32. § 84 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 4 werden nach dem Wort "ermöglichen," die Wörter "seine Personalaufwendungen zu finanzieren und" eingefügt.
< entspricht dem Gesetzentwurf >

- b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden." "

b) In Nummer 36 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

'a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach dem Wort "ermöglichen," werden die Wörter "seine Personalaufwendungen zu finanzieren und" eingefügt.
< entspricht dem Gesetzentwurf >

bbb) Das Semikolon wird durch einen Punkt ersetzt.

ccc) Der zweite Halbsatz wird Satz 5.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden." "

Begründung:

Die bisher vorgesehene Ergänzung des § 84 Absatz 2 Satz 4 SGB XI beziehungsweise des § 89 Absatz 1 Satz 3 SGB XI ("seine Personalaufwendungen") kann die Anerkennung von Tariflöhnen durch die Kostenträger nicht sicherstellen. Die Ergänzung ist zu unbestimmt und kann nicht zwingend so ausgelegt werden, dass hiermit der Tariflohn gemeint ist. Zudem wurde in dem in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Urteil des Bundessozialgerichts den Leistungserbringern eine zweistufige Darlegung der künftigen Gestehungskosten auferlegt, die in der Praxis nur schwer umzusetzen ist. Zur Vereinfachung der Darlegungslast sowie zur Vermeidung von Sozialgerichtsverfahren sollte eine deutlichere Klarstellung erfolgen und darauf hingewiesen werden, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

G 30. Zu Artikel 1 Nummer 32a - neu - (§ 85 Absatz 5 Satz 3a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 32 folgende Nummer 32a einzufügen:

'32a. In § 85 Absatz 5 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

"Die Klage richtet sich gegen eine der Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsstelle." "

Begründung:

Die Regelung entspricht der gleichlautenden Vorschrift des § 77 Absatz 1 Satz 5 SGB XII, nach dem nicht die Schiedsstelle, sondern eine der beiden Vertragsparteien vor dem Sozialgericht verklagt werden kann, wenn eine Seite mit dem Schiedsspruch nicht einverstanden ist. Insofern erfolgt eine Angleichung an das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch. Es erscheint interessengerecht, nicht die vermittelnde Schiedsstelle im Klageweg anzugreifen, sondern die nicht klagende Vertragspartei, die dieses prozessuale Risiko als Beteiligte des Schiedsstellenverfahrens bereits in Kauf nimmt.

G 31. Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a (§ 89 Absatz 1 Satz 1 und Satz 3 SGB XI)

(Zusammenhang mit Ziffer 3)

In Artikel 1 Nummer 36 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

'a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "der hauswirtschaftlichen Versorgung" die Wörter "sowie der besonderen Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3" eingefügt.

- bb) In Satz 3 werden nach dem Wort "ermöglichen," die Wörter "seine Personalaufwendungen zu finanzieren und" eingefügt.
< entspricht dem Gesetzentwurf >'

Begründung:

Soweit Pflegedienste Betreuungsleistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 SGB XI erbringen, wird dies lediglich gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen angezeigt. Eine Regelung in Bezug auf die Struktur und Höhe der Vergütung dieser Leistungen erfolgt nicht.

Bekannt gewordene Probleme in Bezug auf die Qualität und insbesondere in Bezug auf die Abrechnung der von Pflegediensten erbrachten Betreuungsleistungen machen es erforderlich, die besonderen Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 SGB XI sowohl in den Versorgungsvertrag als auch in die Vergütungsvereinbarung des ambulanten Pflegedienstes einzubeziehen.

Insbesondere wird berichtet, dass einzelne Pflegedienste den zusätzlichen Zeitbedarf, der in der Erbringung von Leistungen der Grundpflege gegenüber einem Pflegebedürftigen mit Demenz liegt, als besondere Betreuungsleistung abrechnen. Aufgrund fehlender Regelung in den Vergütungsvereinbarungen besteht gegenüber dieser Praxis bisher keine Handhabe.

Auf den Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Änderung des § 7 Absatz 3 SGB XI wird hingewiesen: Voraussetzung einer Information der Pflegekassen in Bezug auf Leistungen und Preise der Betreuungsangebote nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 und 4 SGB XI ist eine Regelung der Vergütung der von den ambulanten Pflegediensten erbrachten Betreuungsleistungen.

- G 32. Zu Artikel 1 Nummer 40 Buchstabe a
(§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und
Nummer 5 SGB XI) und
Buchstabe b
(§ 109 Absatz 2 Satz 1 und
Satz 2 Nummer 7, 8 - neu - und
Nummer 9 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 40 wie folgt zu fassen:

'40. § 109 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort "Geschlecht," die Wörter "Geburtsjahr, nach Teilzeit- und Vollbeschäftigung sowie Berufsrückkehrenden binnendifferenziertes" sowie nach dem Wort "Umschulung" ... < weiter wie Gesetzentwurf > eingefügt.

bb) In Nummer 5 werden ... < weiter wie Gesetzentwurf > eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Pflegebedürftiger" ein Komma und die Wörter "pflegender Angehöriger" eingefügt.

bb) In Satz 2 Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und es werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

"8. Bedarfe pflegender Angehöriger,

9. Maßnahmen und Leistungen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger, insbesondere Leistungen der sozialen Sicherung für die Pflegepersonen, differenziert nach Pflegestufen." '

Begründung:

Die von der Bundesregierung geplante Ausdifferenzierung der Datengrundlage wird zwar grundsätzlich begrüßt. Sie reicht jedoch allein nicht aus, um benötigte umfangreiche Planungsdaten verfügbar zu machen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Darstellung des Fachkräftebedarfs ist es sinnvoll, noch weitere Bereiche wie zum Beispiel

- Zahl und Binnendifferenzierung der Teilzeitbeschäftigten oder
- Zahl der Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer

aufnehmen.

Entsprechende Daten sind auch zur Wahrnehmung der Infrastrukturverantwortung nach § 9 SGB XI durch die Länder notwendig.

Belastbare Zahlen und Daten aus der Pflegestatistik zur Situation von pflegenden Angehörigen, ihren Bedarfen sowie Maßnahmen und Leistungen zu ihrer Unterstützung und Entlastung fehlen bisher. Diese sind jedoch nötig, um auch in den Ländern und Kommunen passgenaue Maßnahmen für Angehörige planen zu können.

G 33. Zu Artikel 1 Nummer 40 Buchstabe b (§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 40 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

- b) In Nummer 5 werden nach dem Wort "Pflegebedürftige" die Wörter "und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" < entspricht dem Gesetzentwurf >

sowie nach dem Wort "Wohnort" ein Komma und die Wörter "Wohnort vor Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung" eingefügt.'

Begründung:

Je besser regionale Bedarfslagen und Bedarfsentwicklungen in der Pflege bekannt sind, desto zielgenauer können Bund, Länder und Kommunen Initiativen zur Gestaltung der sich abzeichnenden Herausforderungen der pflegerischen Versorgung ausrichten. Entsprechend muss bekannt sein, an welchem Ort Pflegebedürftigkeit entsteht. Da aktuell die räumliche Zuordnung der Pflegebedürftigen über den Standort der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geschieht, werden in der Pflegestatistik nicht Bedarfsstrukturen, sondern Angebotsstrukturen erfasst. Die Pflegestatistik erfasst nicht die Zahl der Pflegebedürftigen, zum Beispiel je Land, sondern die Zahl derer, die durch Einrichtungen eines Landes versorgt werden. Dieser Tatbestand erschwert die Planung zielgenauer Maßnahmen zur Verhinderung und Reduzierung von Pflegebedürftigkeit und zur Gestaltung der pflegerischen Infrastruktur.

Die Erfassung des Wohnortes der Pflegebedürftigen ist in § 109 Absatz 1 Nummer 5 SGB XI als Kann-Bestimmung angelegt. Bei einer Umsetzung dieser Kann-Bestimmung durch eine Überarbeitung der "Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege", ließe sich der Wohnort der ambulant versorgten Sachleistungsempfänger korrekt erfassen. Pflegebedürftige, die im Rahmen der vollstationären Unterbringung ihren Wohnort wechseln, würden hingegen weiterhin nach Standort des Pflegeheims erfasst werden. Um die Möglichkeit zu eröffnen, diesem statistischen Artefakt entgegenzuwirken, bedarf es einer weiteren Ergänzung des § 109 SGB XI im vorgeschlagenen Sinne.

G 34. Zu Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe b (§ 114 Absatz 3 Satz 2a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe b ist in § 114 Absatz 3 nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

"Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den für die Aufsichtsbehörden zuständigen obersten Landesbehörden getroffen werden."

Begründung:

Es ist mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand zu rechnen, wenn die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen der Zusammenarbeit bei den jeweiligen Aufsichtsbehörden abfragen müssen, ob Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in einer aufsichtsrechtlichen Prüfung bereits berücksichtigt sind. Hier sollte es auch die Möglichkeit geben, länderbezogene Vereinbarungen zu treffen.

G 35. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a (§ 114a Absatz 1 Satz 2 und Satz 2a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 43 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

'a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort "Prüfungen" die Wörter "stationärer Pflegeeinrichtungen" eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen." '

Begründung:

Eine kurzfristige Ankündigung am Tag vor der Prüfung ist bei ambulanten Pflegeeinrichtungen sachgerecht, weil damit eine reibungslosere Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Einrichtungen ermöglicht wird. Die Regelung soll für alle ambulanten Pflegedienste gelten, unabhängig von der Größe. Eine Differenzierung nach den organisatorischen Gegebenheiten ambulanter Pflegeeinrichtungen könnte zu einer uneinheitlichen Handhabung durch die Prüfinstitutionen führen. Ein möglichst einheitliches Verfahren ist auch im Sinne einer vergleichbaren Veröffentlichung der erbrachten Leistungen und der Qualität ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI.

G 36. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d (§ 114a Absatz 3a Satz 3 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d ist dem § 114a Absatz 3a folgender Satz anzufügen:

"Ist eine vertretungsberechtigte Person nicht am Ort der Prüfung anwesend und ist eine Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls der Zweck der unangemeldeten Prüfung erschwert werden würde."

Begründung:

Die Regelung in § 114a Absatz 3a SGB XI ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber noch nicht ausreichend. Hintergrund ist vermutlich die Entscheidung des Sozialgerichts Münster vom 24. Juni 2011 (S 6 P 14/11), wonach die datenschutzrechtlich erforderliche Einwilligung schriftlich erteilt werden muss. Dies kann bei nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern und nicht am Ort der Prüfung anwesenden rechtlichen Vertreterinnen und Vertretern die Durchführung von Prüfungen erschweren, die auch nach heimrechtlichen Vorschriften unangemeldet erfolgen. Auch wenn man die Auffassung vertreten kann, dass die Regelungen über die unangemeldeten Prüfungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch und in den landesheimrechtlichen Gesetzen *leges speciales* gegenüber den allgemeinen Datenschutzvorschriften sind, die regelmäßig die Schriftform für die

Einwilligung erfordern, sollte zur eindeutigen Regelung aber eine Formulierung aufgenommen werden, nach der die Einwilligung zumindest ausnahmsweise auch mündlich (telefonisch) erfolgen kann, wenn andernfalls die unangemeldete Prüfung erschwert würde. Im Hinblick auf den Zweck 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.

G 37. Zu Artikel 1 Nummer 45 Buchstabe b (§ 117 Absatz 2 Satz 01, 02 und 03 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 45 Buchstabe b sind die dem Wortlaut des Absatzes 2 voranzustellenden Sätze wie folgt zu fassen:

"Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden Modellvorhaben mit dem Ziel einer abgestimmten oder arbeitsteiligen Vorgehensweise nach einheitlichen Grundsätzen bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften vereinbaren. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. Bei Bewährung können die Landesverbände der Pflegekassen mit den zuständigen obersten Landesbehörden eine Verlängerung des Modellvorhabens erstmalig für die Dauer von höchstens fünf Jahren vereinbaren und es danach auf Dauer zulassen."

Begründung:

In einzelnen Ländern ist die aufsichtsrechtliche Überprüfung stationärer Einrichtungen den Kreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung übertragen worden. Die Rechts- und Fachaufsicht liegt im Ministerium. Insofern ist die oberste Landesbehörde bei der Entscheidung über diesbezügliche Modellprojekte einzubeziehen.

Erfolgreich abgeschlossene Modellprojekte, die eine abgestimmte oder arbeitsteilige und damit bürokratieärmere Zusammenarbeit ermöglichen, müssen nach Ablauf der Modellphase fortgesetzt werden können. Sonst machen derartige Modellprojekte keinen Sinn.

G 38. Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 46 ist § 118 wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind nach den Wörtern "behinderter Menschen" die Wörter "sowie pflegender Angehöriger" einzufügen.
- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sind nach den Wörtern "behinderten Menschen" die Wörter "sowie der pflegenden Angehörigen" einzufügen.

Begründung:

Neben den auf Bundesebene "maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen" sind Organisationen für die Belange pflegender Angehöriger nicht berücksichtigt.

G 39. Zu Artikel 1 Nummer 47a - neu - (§ 121 Absatz 1 Nummer 1, 2, 5 und 6 SGB XI) und Artikel 4a - neu - (§ 193 Absatz 8 - neu - VVG)

- a) In Artikel 1 ist nach Nummer 47 folgende Nummer 47a einzufügen:

'47a. § 121 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird aufgehoben.

b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

"2. entgegen § 50 Absatz 1 Satz 1 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,"

c) Nummer 5 wird aufgehoben.

d) Nummer 6 wird aufgehoben.'

b) Nach Artikel 4 ist folgender Artikel 4a einzufügen:

'Artikel 4a

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Dem § 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch ...geändert worden ist, wird folgender Absatz 8 angefügt:

"(8) Absatz 4 gilt entsprechend für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch." '

Begründung:

Nach § 23 SGB XI sind Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, verpflichtet, auch ihr Pflegerisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzusichern. Nach geltendem Recht sind zur Durchsetzung und Kontrolle dieser Versicherungspflicht Verstöße gegen Versicherungspflichten in der privaten Pflegeversicherung durch das Bundesversicherungsamt und die zuständigen Stellen der Länder zu verfolgen und zu ahnden (§ 121 SGB XI und §§ 35 ff. OWiG).

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde ab dem Jahr 2009 die Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen (PKV) eingeführt, soweit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (§ 193 VVG). Damit ist die Verpflichtung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages nach §§ 22 und 23 SGB XI verbunden.

Im Versicherungsvertragsgesetz ist neben der Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages auch das Verfahren bei einer Nichtversicherung geregelt (§ 193 Absatz 3 VVG). Dieses ist analog im Falle eines Verstoßes gegen die Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages anzuwenden. Die Regelung des § 121 SGB XI zur Durchsetzung und Anpassung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages ist somit entbehrlich geworden.

Ebenfalls entbehrlich ist die Verfolgung von Verstößen gegen Beitragspflichten gemäß § 121 Absatz 1 Nummer 6 SGB XI. § 193 Absatz 6 VVG regelt analog zu § 16 Absatz 3a SGB V ein Ruhen der Leistungen bei Beitrags- oder Prämienrückständen. Die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) sieht bei Beitragsrückständen kein Ruhen der Leistungen vor. Entsprechend soll § 193 Absatz 6 VVG nicht zur Anwendung kommen.

Die Regelungen des § 121 Absatz 1 Nummer 1, 5 und 6 SGB XI sind daher zu streichen. Dies würde auch zum Bürokratieabbau beitragen, da das Meldeverfahren der privaten Versicherungsunternehmen an das Bundesversicherungsamt beziehungsweise die Länder sowie gegebenenfalls durchzuführende Ordnungswidrigkeitenverfahren entfielen. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand und damit entstehen keine Mehrkosten.

- G 40. Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 123 Absatz 2,
§ 124 Absatz 2 Satz 1 und
Absatz 3a - neu - SGB XI)

In Artikel 1 ist Nummer 48 ist wie folgt zu ändern:

a) In § 123 Absatz 2 sind die Wörter "sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40" durch die Wörter "sowie Ansprüche nach den §§ 38a, 39 und 40" zu ersetzen.

b) § 124 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 2 Satz 1 sind die Wörter "als pflegerische Betreuungsmaßnahmen" zu streichen.

bb) Nach Absatz 3 ist folgender Absatz 3a einzufügen:

"(3a) In dem von § 123 festgelegten Umfang kann häusliche Betreuung auch von den nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungsangeboten erbracht werden."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe, die von den Leistungen des § 123 Absatz 2 SGB XI profitieren, sollten ebenfalls in den Genuss der zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI sowie der Förderung im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten

Wohngruppen gemäß § 45e SGB XI kommen. Gerade für diesen Personenkreis stellen ambulant betreute Wohngruppen eine sehr gute Alternative zur stationären Versorgung dar, so dass eine Ausweitung des Anspruchs fachlich konsequent ist. Aus diesem Grund ist die Aufzählung in § 123 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI um § 38a SGB XI zu erweitern. Aufgrund der Verweisung in § 45e SGB XI auf § 38a SGB XI erhält der oben genannte Personenkreis dann auch den Förderbetrag nach § 45e SGB XI.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Die Definition der häuslichen Betreuung als "pflegerische Betreuungsmaßnahmen" ist verwirrend und entbehrlich, so dass sie zu streichen ist.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Die verbesserten Leistungen gemäß § 123 SGB XI sollten nicht nur für Leistungen der häuslichen Betreuung durch professionelle Pflegedienste, sondern auch für Betreuungsleistungen von niedrigschwelligen Angeboten eingesetzt werden können. Dies dient nicht nur der Flexibilisierung der Ansprüche. Dem Anspruchsinhaber wird auch ermöglicht, passgenaue Leistungen für sich einzukaufen. Würde keine Öffnung erfolgen, bestünde die Gefahr, dass niedrigschwellige Angebote im geringeren Umfang als bisher in Anspruch genommen werden.

G 41. Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 123 Absatz 5 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 48 ist dem § 123 folgender Absatz 5 anzufügen:

"(5) Die nach dieser Vorschrift gewährten Pflegesachleistungen können auch für die Inanspruchnahme anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 verwendet werden."

Begründung:

Aus der Öffnung des ambulanten Sachleistungsanspruchs auch für Betreuungsleistungen im Gesetzentwurf ergibt sich eine ungelöste Schnittstelle zu den

zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.

Auf der einen Seite können zugelassene Pflegedienste Betreuungsleistungen jetzt sowohl nach § 36 und § 123 SGB XI des Gesetzentwurfs als auch - bereits nach gegenwärtiger Rechtslage - nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 SGB XI erbringen. Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit dieser Finanzierung aus beiden Quellen für die nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Angebote im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 SGB XI nicht.

Deshalb wird angeregt, den Leistungsrahmen des § 123 SGB XI mit dem Ziel zu öffnen, den Betroffenen ein Wahlrecht einzuräumen, das die Erbringung von Betreuungsleistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote sowohl auf der Grundlage des § 123 SGB XI des Gesetzentwurfs als auch des bestehenden § 45b SGB XI erlaubt. Diese Flexibilisierung würde es erlauben, den Einkauf der unterschiedlichen Sachleistungen (ehrenamtliche Betreuung, professionelle Betreuung, somatische Pflege) jeweils nach dem individuellen Verhältnis von Pflege- und Betreuungsbedarf an die Situation des einzelnen Betroffenen anzupassen.

G 42. Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 124 Absatz 2 Satz 3 - neu - SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 48 ist dem § 124 Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"§ 36 Absatz 1 Satz 2 und 5 gilt entsprechend."

Begründung:

Durch den Verweis auf § 36 Absatz 1 und 2 SGB XI wird es Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ermöglicht, Betreuungsleistungen auch gemeinsam in Anspruch zu nehmen und so die durch Betreuung abgesicherte Zeit zu erweitern.

So kann die Betreuung flexibler erfolgen. Es wäre dann zum Beispiel zulässig, dass zwei betroffene Nachbarn gemeinsam - und dafür doppelt so lange - in einer der beiden Häuslichkeiten betreut werden.

Für die ambulanten Pflegesachleistungen sieht § 36 Absatz 1 Satz 2 SGB XI ausdrücklich vor, dass diese auch zulässig sind, wenn der Pflegebedürftige nicht im eigenen Haushalt gepflegt wird.

Nach § 36 Absatz 1 Satz 5 SGB XI können mehrere Pflegebedürftige Pflege- und Betreuungsleistungen gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Mit der Änderung soll eine entsprechende Flexibilität für die Empfänger von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI geschaffen werden.

G 43. Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

- a) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwieweit auch für die zahnärztliche Versorgung von Versicherten, die dem in § 87 Absatz 2i SGB V aufgeführten Personenkreis angehören, sich aber nicht in stationären Pflegeeinrichtungen befinden, eine Verpflichtung der Vertragsparteien entsprechend derjenigen in § 87 Absatz 2j in Verbindung mit § 119b Absatz 2 SGB V aufgenommen werden kann, um sicherzustellen, dass auch für diese Personen in einer bundesweiten Vereinbarung konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele festgelegt werden können.
- b) In diesem Zusammenhang ist aus Sicht des Bundesrates auch eine stärkere Berücksichtigung der Besonderheiten der Mundhygiene von Pflegebedürftigen und insbesondere älteren Menschen in der Ausbildung der Pflegeberufe zu prüfen.
- c) Außerdem bittet der Bundesrat zu prüfen, ob auch für die aufsuchende zahnärztliche Versorgung ambulant gepflegter Personen nach § 87 Absatz 2i SGB V eine Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes parallel zu der vorgesehenen Regelung in § 119b Absatz 1 SGB V vorgesehen werden kann.

Begründung:

Nach § 87 Absatz 2j SGB V soll eine zusätzliche Vergütung für zahnärztliche Leistungen geschaffen werden, die über die Bewertung der Leistung für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen nach § 87 Absatz 2i SGB V hinausgeht. Voraussetzung ist der Abschluss einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine zahnärztliche Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen nach § 119b Absatz 2 SGB V.

§ 119b Absatz 2 SGB V des Gesetzentwurfs sieht vor, dass die Vertragspartner der Bundesmantelverträge bis spätestens 30. September 2013 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, Anforderungen an eine kooperative und koordinierte Versorgung, von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren müssen.

Diese Regelungen sind aus Sicht des Bundesrates zu begrüßen und stellen die Weichen für eine wesentliche Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger dar. Die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen führt jedoch dazu, dass ambulant gepflegte Personen, die nicht (mehr) zu einer selbständigen Mundhygiene in der Lage sind und dazu der Unterstützung durch die pflegenden Personen bedürfen, schlechter gestellt sind als stationär gepflegte Personen, ohne dass ein sachlicher Grund dafür erkennbar wäre.

Der Großteil der pflegebedürftigen Personen wird nicht stationär, sondern ambulant in verschiedenen Versorgungsformen gepflegt. Der in § 87 Absatz 2i Satz 1 SGB V genannte Personenkreis, für den im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen eine zusätzliche Leistung für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten vorgesehen ist, weil er die Zahnarztpraxis aufgrund der Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder dauerhafter erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen kann, dürfte in der Regel ebenso wenig zur selbständigen Mundhygiene in der Lage sein wie Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung. Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen zählen aufgrund ihrer verminderten motorischen und/oder intellektuellen Fähigkeit zur Durchführung einer adäquaten Mundhygiene zur Hochrisikogruppe für Karies- und Zahnfleischerkrankungen.

Nach Aussagen der Bundeszahnärztekammer ist die Zahngesundheit dieser Versichertengruppe deutlich schlechter als die anderer Bevölkerungsgruppen. Einschränkungen der Mundhygienefähigkeit führen dazu, dass erreichte Erfolge in der zahnmedizinischen Prävention und Zahnerhaltung rasch verlorengehen. In der Folge entstehen Schmerzen. Die Kaufunktion und die

damit einhergehende Lebensqualität gehen unwiederbringlich verloren. Daraus folgende Einschränkungen bei der Ernährung und Infektionen im Mundraum können zu unter Umständen schweren Folgeerkrankungen führen. Auch bei der ambulanten Pflege ist also eine aufsuchende zahnärztliche Versorgung allein nicht ausreichend, sondern eine Zusammenarbeit von Zahnärztinnen und Zahnärzten mit den für die Pflege und damit für die Mundhygiene verantwortlichen Personen erforderlich.

G 44. Zu Artikel 4 Nummer 1a - neu - (§ 9 Absatz 2 SGB VI)

In Artikel 4 ist nach Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

'1a. In § 9 Absatz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und es werden die Wörter "der Träger der Rentenversicherung berücksichtigt bei seiner Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger." angefügt.'

Begründung:

Die Änderung des § 9 Absatz 2 SGB VI trägt der besonderen Situation pflegender Angehöriger Rechnung. Sie soll sicherstellen, dass die zuständigen Träger der Rentenversicherung bei ihren Entscheidungen über die Genehmigung einer Rehabilitationsmaßnahme die besonderen Belastungen der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen haben. Pflegenden Angehörigen soll damit der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen erleichtert werden.

G 45. Zu Artikel 5 Absatz 2 (Inkrafttreten)

In Artikel 5 ist in Absatz 2 nach der Angabe "Nummer 25," die Angabe "Nummer 33, Nummer 34," einzufügen.

Begründung:

Die in Artikel 1 Nummer 33 (§ 87 Satz 2 SGB XI) vorgesehene Änderung, wonach Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde, bedarf der Umsetzung in Rahmenverträgen und sämtlichen Vergütungsvereinbarungen. Für die erforderlichen Anpassungen wird ein zeitlicher Vorlauf benötigt. Artikel 1 Nummer 34 (§ 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI) ist als Folgeänderung ebenfalls davon betroffen.

G
AS
FS46. Zur Verbesserung der Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren durch geeignete Regelungen zu ermöglichen, dass die zuständigen Sozialhilfeträger mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 47a SGB XI in Verbindung mit § 197a SGB V zusammenarbeiten und hierfür alle relevanten Daten austauschen können.

Begründung:

Auch die Sozialhilfeträger (als Kostenträger für die Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII) sind zunehmend Sachverhalten ausgesetzt, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit ihrer Aufgabenerfüllung hindeuten. Da die in § 197 Absatz 1 SGB V genannten organisatorischen Einheiten nach § 47a SGB XI auch für die Bekämpfung von Fehlverhalten bei den Pflegekassen zuständig sind und insbesondere im Bereich der Pflege dieselben Akteure im Mittelpunkt der Untersuchungen stehen wie bei den Sozialhilfeträgern, ist es zwingend erforderlich, eine sichere Rechtsgrundlage für die notwendige Zusammenarbeit mit diesen Stellen sowie den erforderlichen Datenaustausch zu schaffen.

AS
FS 47. Zum Versicherungsschutz pflegender Personen

Der Bundesrat stellt fest, dass durch die übergangsweise gewählte Rechtskonstruktion einer Leistungsgewährung an Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§§ 123 ff. SGB XI) eine Lücke im Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung für die Personen entsteht, die diesen Personenkreis pflegen. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, diese Lücke zu schließen.

Begründung

Die Regelung, dass Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch im Vorgriff auf eine Neugestaltung der Pflegebedürftigkeit im Wege von Übergangsregelungen auch für bislang nicht erfasste Personenkreise gewährt werden, führt dazu, dass die Pflegenden nicht gemäß § 2 Absatz 1 Nummer 17 SGB VII unfallversichert sind, da diese Vorschrift ausschließlich auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI abstellt. Vor dem Hintergrund, dass ein einheitlicher Versicherungsschutz für die Pflegepersonen gewährt werden sollte, ist es erforderlich, auch für diesen Personenkreis Versicherungsschutz vorzusehen.

G 48. Zum Gesetzentwurf allgemein*

a) Der Bundesrat stellt fest: *

G
Fz aa) Der Gesetzentwurf der Bundesregierung bleibt hinter den Notwendigkeiten und den Erwartungen zurück.

* Die Überschrift und Buchstabe a sind mitbeschlossen bei Annahme einer der Doppelbuchstaben aa bis jj.

- G bb) Er wird seinem Namen nicht gerecht. Die erforderliche Neuausrichtung der Pflege ist wieder einmal verschoben worden.
- G Fz cc) Die Bundesregierung hat es versäumt, die notwendigen Weichen für eine umfassende, solidarische, gerechte und zukunftssichere Reform der Pflege zu stellen.
- G dd) Das vom damaligen Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler für 2011 angekündigte "Jahr der Pflege" ist ungenutzt verstrichen. Die Bundesregierung hat es zu Beginn der Legislaturperiode versäumt, die detaillierten Vorschläge zur Umsetzung der Beiratsergebnisse zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufzugreifen.

Einzelne im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahmen, insbesondere die teilweise höheren Leistungen für Menschen mit Demenz sowie die Ansätze zur Flexibilisierung des Leistungsrechts, gehen zwar in die richtige Richtung; da die Bundesregierung aber kein Gesamtkonzept für die Zukunft der Pflege hat, wird mit diesen Einzelmaßnahmen keine Neuausrichtung der Pflege im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung erreicht.

- G ee) - Die Bundesregierung lässt die Einführung des von einem breiten Konsens getragenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs außen vor. Sie weicht den notwendigen politischen Entscheidungen, insbesondere zur Finanzierung eines zukunftsfähigen Leistungssystems und der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, aus. Leistungen der Pflegeversicherung werden damit auch weiterhin überwiegend nach dem Zeitaufwand für einzelne Verrichtungen und nicht nach der Beeinträchtigung der Selbständigkeit eines Menschen vergeben. Dies wird den Bedürfnissen vieler pflegebedürftiger Menschen nicht gerecht. Trotz

Teilverbesserungen werden Menschen mit einem - häufig demenzbedingten - allgemeinen Betreuungsbedarf bei der Feststellung der Pflegestufen weiterhin benachteiligt. Bei den Leistungen in Pflegestufe III bleibt es dabei, dass Demenz nicht berücksichtigt wird.

G
Fz ff) - Die Bundesregierung hat nicht die Kraft, um die Finanzierung der Pflegeversicherung nachhaltig zu sichern. Die Beitragserhöhung stellt die Finanzierung der Ausgaben nur bis zum Jahr 2015 sicher.

G
Fz gg) - Anstelle eines schlüssigen Finanzierungskonzepts kündigt die Bundesregierung ein weiteres Gesetz zur steuerlichen Förderung einer freiwilligen privaten Pflege-Zusatzversicherung an. Dieser Weg ist keine Lösung für Haushalte mit unterdurchschnittlichem Einkommen, er führt zu Mitnahmeeffekten bei Besserverdienenden und er ist letztlich Klientelpolitik für die Versicherungswirtschaft.

Fz hh) - Der Bundesrat weist zudem bereits jetzt kritisch darauf hin, dass die vorgesehene Einführung einer steuerlich geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung eine vertikale Verschiebung von Finanzierungslasten zu Ungunsten von Ländern und Gemeinden bewirken würde, weil das Aufkommen der Lohn- und Einkommensteuer - an dem die Haushalte von Ländern und Gemeinden beteiligt sind - entsprechend vermindert wird.

G ii) - Die Bundesregierung benachteiligt unverändert Menschen mit Behinderungen in der Pflegeversicherung. In vollstationären Einrichtungen werden sie weiter von Versicherungsleistungen ausgeschlossen und auf einkommens- und vermögensabhängige Fürsorgeleistungen verwiesen, obwohl auch sie Beiträge in die Pflegeversicherung gezahlt

und damit Ansprüche auf diese Versicherungsleistungen haben. Die Regelung widerspricht der Zielrichtung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und dem Leitbild einer inklusiven Gesellschaft.

- G jj) - Die Bundesregierung erkennt nicht, dass Pflege und Pflegepolitik mehr sind als die Pflegeversicherung. Die erforderliche Einbettung der Pflegeversicherung und ihrer Leistungen in sozialräumliche Unterstützungskonzepte unterbleibt. Die Verantwortung und die Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen hinsichtlich einer quartiersnahen, aufeinander abgestimmten Hilfe- und Versorgungsstruktur werden nicht ausreichend gestärkt.
- G b) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf für eine nachhaltige und umfassende Reform der Pflege vorzulegen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die folgenden Elemente:

- aa) Die zeitnahe Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene umfassende Erhebung von Einschränkungen der Selbständigkeit führt insbesondere für Menschen mit Demenz zu mehr Gerechtigkeit. Zudem vollzieht der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff einen notwendigen Paradigmenwechsel in der Pflege, weg von einem defizitorientierten, hin zu einem teilhabeorientierten Ansatz. Vorschläge zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegen seit dem Jahr 2009 vor. Es bedarf politischer Entscheidungen, besonders zur Ausgestaltung des Leistungsrechts, der Schnittstellen zwischen Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch sowie der Hilfe zur

*

Buchstabe b ist mitbeschlossen bei Annahme einer der Doppelbuchstaben aa bis ff.

Pflege und Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und den finanziellen Rahmenbedingungen. Die Befassung von Expertengremien kann die notwendigen und längst überfälligen politischen Entscheidungen nicht ersetzen.

bb) Die Einführung einer Bürgerversicherung

Die demographische Entwicklung und die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führen zu Mehrkosten. Deshalb benötigt die Pflegeversicherung für die künftige Sicherstellung einer guten Pflege eine neue, verlässliche und auskömmliche Finanzierungsstruktur. Die Grundlage dafür ist eine solidarische Bürgerversicherung. Sie bedeutet eine Abkehr von der Aufspaltung der Gesellschaft nach zahlungskräftigen und weniger zahlungskräftigen Versicherten sowie nach Gruppen mit hohem und niedrigem Risiko einer Pflegebedürftigkeit. Sie bezieht alle Versicherten in ein solidarisches, gerechtes System ein und stellt die paritätische Tragung von Beiträgen durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sicher.

cc) Gleichberechtigte Leistungsansprüche für Menschen mit Behinderung

Die Begrenzung des Leistungsanspruchs in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ist zu streichen. Es darf keinen Ausschluss von Menschen mit Behinderung von den Leistungen der Pflegeversicherung geben.

dd) Stärkung sozialräumlicher, quartiersnaher Strukturen

Die Kommunen sind mit den notwendigen gesetzlichen Kompetenzen und Ressourcen auszustatten, um den Wandel der Angebotsstrukturen hin zu neuen Wohn- und Pflegeformen sowie die

umfassende, sozialräumliche Koordinierung und Gestaltung auf örtlicher Ebene federführend zu gestalten. Hierzu ist eine Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung im Rahmen ihrer Präventionsausgaben zu prüfen. Zur Sicherstellung quartiersnaher Versorgungsangebote müssen die örtlichen Ressourcen der Zivilgesellschaft wie die der Familien, der Nachbarschaften, des freiwilligen und ehrenamtlichen Engagements gestärkt und insbesondere mit den wohnortnahen professionellen Pflege- und Betreuungsstrukturen sinnvoll verknüpft werden.

ee) Stärkung der Rehabilitation

Die Koordinierung gesundheitlicher und pflegerischer Hilfen sowie die medizinische Rehabilitation und aktivierende Pflege sind über die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus zu verbessern. Dazu ist beispielsweise die Begutachtung der Rehabilitationsfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen um notwendige Maßnahmen der aktivierenden Pflege zu ergänzen. Zudem ist sicherzustellen, dass der in § 40 SGB V verankerte Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation eingelöst wird. Die bestehende Sanktionsregelung bei nicht rechtzeitig erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist dafür nicht ausreichend. Vor dem Hintergrund der oft eingeschränkten Mobilität pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sind darüber hinaus insbesondere im Bereich der Rehabilitation wohnortnahe, ambulante Strukturen anzustreben. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Rahmenbedingungen der geriatrischen Rehabilitation zu verbessern, damit entsprechende Angebote insgesamt deutlich ausgebaut werden.

ff) Umfassende Verbesserung der sozialrechtlichen Ansprüche pflegender Angehöriger

Die geplanten Detailänderungen allein reichen für umfassende sozialrechtliche Verbesserungen für pflegende Angehörige nicht aus.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Rückgangs familialer Pflegepotentiale sind im Bereich der Angehörigenpflege verstärkte Anreizsetzungen notwendig. Ein wirklicher Mehrwert kann nur durch deutlich weiterführende Leistungen erreicht werden.

G Begründung (nur für das Plenum):

Die einzelnen Leistungsverbesserungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung bergen die Gefahr einer weiteren Zersplitterung der Regelungen in der Pflegeversicherung. Durch zunehmende Sonderregelungen wird die Pflegeversicherung für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen immer unüberschaubarer.

Ein systematisches Gesamtkonzept, das gleichzeitig Antworten auf den wirklichen Handlungsbedarf gibt, beinhaltet der Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011 zur Reform der Pflegepolitik.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die damit verbundenen notwendigen Änderungen des Leistungsrechts führen für die Pflegeversicherung zu Mehrkosten von etwa 4,5 Milliarden Euro pro Jahr. Zur Umsetzung der notwendigen Reform, zur Bewältigung des demographischen Wandels und zur Sicherung von Niveau und Qualität ihrer Leistungen ist die Pflegeversicherung mit zusätzlichen Finanzmitteln auszustatten, denn gute Pflege kostet Geld. Wesentliches Element hierbei ist die Einführung einer Bürgerversicherung. Dabei ist insbesondere eine umfassende Einbeziehung der bisher privat versicherten Menschen anzustreben.

Eine zukunftsfähige Gestaltung des Leistungsrechts schafft die Grundlage dafür, dass die zusätzlichen Herausforderungen an die Pflegeversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung durch am Menschen orientierte, wohnumfeldnahe Betreuungsstrukturen bewältigt werden können. Den reformbedingten Mehrkosten stehen daher die durch Prävention, niedrigschwellige Betreuungsstrukturen, ambulante Versorgung und Stärkung der Pflege durch Angehörige zu erzielenden kostenbegrenzenden Wirkungen gegenüber. Insbesondere die Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung und zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger führen zu Entlastungseffekten durch die Vermeidung vollstationärer Pflege bei der Pflegeversicherung und den Trägern der Sozialhilfe, die naturgemäß allerdings nicht exakt beziffert werden können. Zudem ist die Pflege schon heute nicht nur Kostenfaktor, sondern ein wirtschaftlich relevanter Dienstleistungsbereich, der sozialversicherungs- und steuerpflichtige Beschäftigung schafft.

B

49. Der **Wirtschaftsausschuss**

empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.

*