



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 3/2018, 06. Juli 2018

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen.....	2
2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	4
2.1. Nr. 4 zu § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege	4
2.2. Nr. 6 zu § 87 Abs. 2a SGB V – Videosprechstunden	7
2.3. Nr. 7 zu § 119b SGB V – Kooperationsverträge	9
3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	11
3.1. Nr. 2 zu § 8 SGB XI – Pflegepersonal-Sofortprogramm.....	11
3.2. Neu zu § 8 SGB XI – Zukunftssicherung der Pflegefinanzierung.....	14
3.3. Neu zu § 30 SGB XI – Dynamisierung der Leistungen.....	16
3.4. Nr. 8 zu § 45b SGB XI – Entlastungsbetrag.....	18
3.5. Nr. 14 zu § 89 SGB XI – Wegekostenzuschlag.....	20

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Dr. Florian Dimer, Christine Eberle, Herbert Möller, Rieke Sturzenegger, Tim Wallentin
Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)

Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 10.03.2017, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Vorbemerkungen

Die Bundesregierung verfolgt wichtige Ziele, wählt jedoch den falschen Weg. Es ist notwendig, sofort mehr Geld für zusätzliches Personal in den 13.600 Pflegeeinrichtungen¹ zur Verfügung zu stellen. Und es ist überfällig, die Ungleichbehandlung der 780.000 pflegebedürftigen Menschen in Heimen² bei der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege auszugleichen. Diese beiden Ziele können jedoch nicht in einem Konzept verwoben werden. Sie müssen unabhängig voneinander verfolgt werden, sonst ändert sich letztlich nichts für die Heimbewohner.³

Zusätzliche Stellen bringen nur sechs Minuten pro Bewohner am Tag

Die vorgesehenen 640 Millionen Euro für 13.000 zusätzliche Stellen sollen von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die Pflegeeinrichtungen gezahlt werden, um Personallücken zu füllen. Das ist ein erster Schritt, doch der Personalnotstand in den Heimen ist damit kaum zu lindern. Gleichzeitig verspricht die Bundesregierung den Pflegebedürftigen in Heimen einen „um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege“. Diese Erwartung ist realitätsfern. Denn die zusätzlichen Stellen bringen rechnerisch allenfalls sechs Minuten mehr Zeit pro Heimbewohner am Tag. Eine substanzielle pflegerische Verbesserung oder gar eine angemessene medizinische Behandlungspflege ist damit nicht zu leisten. Daher müssen dem Stellen-Sofortprogramm zügig weitere Maßnahmen für mehr Personal in der Pflege folgen. Die Kosten dürfen jedoch nicht auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden.

Pauschale für Behandlungspflege im Heim einführen

An der ungleichen Finanzierung der Behandlungspflege ändert das Sofortprogramm faktisch nichts. Heimbewohner zahlen für die medizinische Behandlungspflege im Monat geschätzt 300 Euro aus der eigenen Tasche. Dies sind insgesamt rund 3 Milliarden Euro pro Jahr. Für zuhause versorgte Pflegebedürftige wird diese Leistung von der Krankenversicherung übernommen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, einen anderen Weg zu wählen. Die Medizinische Behandlungspflege muss künftig auch für Heimbewohner direkt von der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden. Hierzu ist eine pauschale Abgeltung pro Pflegebedürftigem in Höhe von 300 Euro unabhängig vom Pflegegrad notwendig. Behandlungspflege darf dann nicht mehr in die Pflegesätze eingerechnet werden. Dies senkt die Eigenanteile der Heimbewohner. Die 13.000 zusätzlichen Stellen zur ersten Linderung des Personalnotstands werden dann als Vergütungszuschlag aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 16.01.2017, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf>.

² Vgl. Bundestags-Drucksache 19/1572, S. 2.

³ Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige beider Geschlechter.

Videosprechstunden können persönlichen Kontakt nicht ersetzen

Videosprechstunden sind eine sinnvolle Ergänzung im Kontakt zwischen Patienten und Arzt. Sie können jedoch die persönliche Untersuchung nicht ersetzen. Besonders bei pflegebedürftigen und demenziell erkrankten Menschen ist der persönliche Besuch des Haus- und auch des Facharztes unabdingbar. Es wäre fatal, wenn eine Stärkung der Videosprechstunden gleichzeitig zu einem weiteren Rückgang der Hausbesuche führt. Daher fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Ausweitung von Videosprechstunden engmaschig zu evaluieren. Nur so kann unerwünschten Effekten wie einem weiteren Rückgang der ärztlichen Hausbesuche schnell entgegengewirkt werden.

Verfallsregel für den Entlastungsbetrag ändern

70 Prozent der Pflegebedürftigen rufen den Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich nicht ab.⁴ Die Bundesregierung plant, die abgerufenen Leistungen künftig differenzierter zu erfassen. Doch ist längst bekannt, dass bezahlbare Angebote für solche Hilfen fehlen. Daher fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz Bund und Länder auf, die hohen Zulassungshürden für Anbieter von hauswirtschaftlichen Entlastungsangeboten zu senken und bundesweit einheitlich zu regeln. Auch Angehörige, Nachbarn oder Minijobber sollten unter bestimmten Voraussetzungen hierfür zugelassen werden. Zudem müssen die Preise für nicht-pflegerische Leistungen begrenzt werden. Wegen fehlender Angebote drohen bei vielen Pflegebedürftigen die angesparten Entlastungsbeträge zu verfallen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, das Verfallsverfahren in eine gedeckelte Ansparregelung zu ändern. Künftig sollen Entlastungsbeträge nicht nach Ablauf einer zeitlichen Frist verfallen, sondern zeitlich ungebunden bis zu einem festgelegten Höchstbetrag angespart werden können.

Reform der Pflegefinanzierung auf den Weg bringen

Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung soll zum 1. Januar 2019 um 0,3 Beitragspunkte steigen. Die zusätzlichen Mittel werden benötigt, um die bereits bestehenden Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen zu finanzieren. Zukünftige Tarifierhöhungen und Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege sind dabei nicht berücksichtigt. Das zeigt, die Finanzierung der Pflege muss insgesamt auf den Prüfstand. Steigende Eigenanteile machen schon heute viele Pflegebedürftige arm und abhängig von Sozialleistungen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die Pflegekosten künftig vollständig aus der Pflegeversicherung zu finanzieren. Für Lebenshaltung und Nebenkosten kommen die Pflegebedürftigen weiterhin selbst auf. Das Bundesministerium für Gesundheit ist in der Pflicht, ein Konzept zum Umbau der Pflegeversicherung zu erarbeiten. Hierbei muss die Pflegequalität als wichtiger Faktor in die Finanzierung einbezogen werden. Bis dahin gilt es, die Leistungen der Pflegeversicherung verbindlich und regelhaft jedes Jahr an die Einkommensentwicklung anzupassen. Um den Kaufkraftverlust abzufedern und künftige Tarifsteigerungen aufzufangen, sind die Pflegesachleistungen zudem einmalig zum 1. Januar 2019 pauschal um 500 Euro zu erhöhen.

⁴ Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege: Perspektive informell Pflegenden auf ihre Pflegesituation, Februar 2018, abrufbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pflegereform.pdf.

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. Nr. 4 zu § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege

2.1.1. Referentenentwurf

In der Altenpflege soll die Krankenversicherung 13.000 zusätzliche Pflegekräfte pauschal vollfinanzieren, um so den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser zu berücksichtigen. Hierfür zahlt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dann jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Abhängig von der Zahl ihrer Bewohnerplätze können Pflegeheime Mittel zur Finanzierung zwischen einer halben (bei bis zu 40 Plätzen) und zwei zusätzlichen Stellen (bei über 120 Plätzen) beantragen. Die Einrichtungen sollen dadurch „bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden“. Der Aufwand der Behandlungspflege in der stationären Altenpflege werde dadurch „pauschal teilweise berücksichtigt“. Zudem verspricht die Bundesregierung den Pflegebedürftigen mit den zusätzlichen Pflegekräften „insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege“.

2.1.2. Stellungnahme

Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen steht seit langer Zeit in der Kritik. Für Pflegebedürftige, die zuhause leben, werden diese Leistungen von der Krankenversicherung getragen. Bei Heimbewohnern springt die Krankenkasse nur ein, wenn ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht. Grundsätzlich sollen für Pflegebedürftige in Heimen die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekasse abgegolten sein. Doch diese Pauschalen spiegeln allenfalls den Aufwand der Grundpflege wider. In der Praxis müssen die pflegebedürftigen Menschen in Heimen daher die Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten selbst tragen. Dies sind auf Basis aktueller Studien⁵ geschätzt 300 Euro pro Monat.

Schon jetzt sind fast 320.000 pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen auf die „Hilfe zur Pflege“ angewiesen.⁶ Der Großteil dieser Betroffenen lebt in Pflegeheimen. Diese Zahl wird weiter steigen. Die bestehende Regelung zur Behandlungspflege dürfte dafür mitverantwortlich sein. Gleichzeitig schafft sie eine deutliche Ungerechtigkeit. Obwohl auch Bewohner von Pflegeheimen Beiträge in die Krankenversicherung zahlen, entscheidet die Versorgung zuhause oder im Heim darüber, ob die Kosten der Behandlungspflege von der Krankenkasse

⁵ Vgl. VKAD, Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017.

⁶ Statistisches Bundesamt, Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII, Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege im Laufe des Jahres 2016, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html.

übernommen werden oder selbst zu zahlen sind. Für dieses Problem bietet die Bundesregierung mit ihren Vorschlägen keine zufriedenstellende Lösung.

Zwar werden Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen durch die 13.000 zusätzlichen Stellen finanziell nicht noch mehr belastet. Allerdings fehlt die dringend notwendige Entlastung. Die Kosten der Behandlungspflege bleiben weiterhin auf ihren Schultern. Auch scheint es angesichts der angespannten Personalsituation in den Pflegeheimen realitätsfern, den Pflegebedürftigen mit den zusätzlichen Stellen einen erhöhten Anspruch auf mehr Pflege zu versprechen. Denn die zusätzlichen Stellen bringen rechnerisch allenfalls sechs Minuten zusätzliche Zeit pro Heimbewohner am Tag.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die medizinische Behandlungspflege für Heimbewohner künftig direkt aus Mitteln der Krankenversicherung zu finanzieren. Dafür erhalten die Pflegeeinrichtungen pro Bewohner in den Pflegegraden 2 bis 5 einen pauschalen Betrag in Höhe von 300 Euro. Für Pflegebedürftige mit besonders hohem Bedarf werden wie bisher die tatsächlichen Leistungen vergütet. Im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) wird zudem klargestellt, dass die medizinische Behandlungspflege nicht mehr in die Kalkulation der Pflegesätze einbezogen werden darf. Die Pauschale wird zudem durch Koppelung an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Sozialgesetzbuches (SGB IV) dynamisiert.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Um die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung zu ermöglichen, wird der bestehende § 37 Abs. 2 SGB V wie folgt geändert:

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, **Schulen, Kindergärten und stationären Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches**, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. ~~Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.~~ Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen ~~4 und 5~~ **3 und 4** sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vo-

rübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Zur Einführung einer pauschalen Abgeltung der Behandlungspflege für Heimbewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 wird der Referentenentwurf in Artikel 7, Nr. 4, Buchstabe a angepasst:

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

~~„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches der Behandlungspflege nach Absatz 2 Satz 1 in stationären Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches zahlen die Krankenkassen von Amts wegen für jeden Versicherten, der Leistungen nach § 43 Abs. 2 des Elften Buches bezieht, an die Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2019 einen monatlichen Zuschlag in Höhe von 300 Euro. Der Zuschlag erhöht sich in den Folgejahren jeweils zum 1. Januar entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, erhalten Behandlungspflege nach Absatz 2 und sind von der Pauschalierung des Anspruchs nach Satz 1 ausgenommen. jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Hierzu erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“~~

In der Folge ist die medizinische Behandlungspflege in § 84 Abs. 1 SGB XI aus den Pflegesätzen herauszulösen:

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung. **Die Medizinische Behandlungspflege wird gemäß § 37 Abs. 2a SGB V von der Krankenversicherung finanziert.** ~~und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege.~~ In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

2.2. Nr. 6 zu § 87 Abs. 2a SGB V – Videosprechstunden

2.2.1. Referentenentwurf

Videosprechstunden sollen als telemedizinische Leistung weiter ausgebaut werden. Daher will die Bundesregierung ihren Anwendungsbereich durch eine gesetzliche Änderung deutlich ausweiten. Künftig soll grundsätzlich im Ermessen der Ärzte liegen, wann eine Videosprechstunde in Absprache mit den Patienten sachgerecht ist. Auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen soll die Videosprechstunde eine stärkere Bedeutung erhalten. So sollen Fallkonferenzen unter Beteiligung der Pflegekräfte künftig nicht nur vor Ort oder telefonisch, sondern auch als Videosprechstunde abrechenbar sein. Gleichzeitig sollen ambulante Dienste und Pflegeheime durch einmalige Zuschüsse bei der Anschaffung digitaler oder technischer Ausrüstung beispielsweise für Videosprechstunden unterstützt werden.

2.2.2. Stellungnahme

Als Ergänzung beim Kontakt zwischen Patient und Arzt sind Videosprechstunden ein sinnvolles Mittel. Sie können jedoch den Besuch vor Ort und die persönliche Untersuchung nicht ersetzen. Dies gilt für pflegebedürftige Menschen in besonderer Weise, von denen 42 Prozent außerdem demenziell erkrankt sind.⁷ Nur durch eine Untersuchung vor Ort kann sich der Arzt in diesen Fällen ein genaues Bild der Situation machen. Gleichzeitig ist ein alarmierender Rückgang der ärztlichen Hausbesuche festzustellen. In den letzten acht Jahren sank ihre Zahl nach Angaben der Bundesregierung um ein Fünftel.⁸ Auch diese Entwicklung trifft pflegebedürftige Menschen in besonderer Weise, da ihnen krankheitsbedingt ein Praxisbesuch oft nicht mehr möglich ist. Auch hier dürfen Videosprechstunden allenfalls ergänzend zum Einsatz kommen, den Besuch des Haus- oder Facharztes vor Ort können sie nicht ersetzen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz befürchtet, dass Videosprechstunden in der Praxis trotz anderslautender Bekundungen zu einer weiteren Reduzierung von Hausbesuchen und persönlichen Kontakten zwischen Arzt und Patienten führen werden. Sie fordert daher, ihren Einsatz engmaschig zu evaluieren, um so unerwünschten Effekten schnell entgegenwirken zu können. Für alle Beteiligten muss bei der Anwendung dieser Technologien das Wohl der Patienten und Pflegebedürftigen im Zentrum stehen.

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, erschienen am 16.01.2017, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf>.

⁸ Bundestags-Drs. 19/2683, S. 3.



2.2.3. Änderungsvorschlag

Im Referentenentwurf wird in Artikel 7 Nr. 6 zu § 87 Absatz 2a Satz 17-20 SGB V wie folgt ergänzt:

„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist eine Regelung zu treffen nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die bisherige Vorgabe von Indikationen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g. **Ein Jahr nach Inkrafttreten dieser Regelung hat der Bewertungsausschuss die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich hierüber quartalsbezogen unter Berücksichtigung der Entwicklung der haus- und fachärztlichen Besuche außerhalb des ärztlichen Bereitschafts- oder Notfalldienstes bei Patienten in ihrem Haushalt und in stationären Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 des Elften Buches zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend.**“

2.3. Nr. 7 zu § 119b SGB V – Kooperationsverträge

2.3.1. Referentenentwurf

Die Bundesregierung nennt die Stärkung der medizinischen Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen eines ihrer wesentlichen Ziele. Dazu ist vorgesehen, die bereits in § 119b Abs. 1 Satz 1 bestimmte Kooperation zwischen Pflegeheimen und geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern verbindlicher auszugestalten. Die bisherige „Soll-Vorschrift“ wird in eine „Muss-Vorschrift“ umgewandelt. Außerdem soll die Frist von 6 Monaten, in der die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf Antrag Kooperationsverträge vermitteln müssen, auf 3 Monate verkürzt werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen werden zudem verpflichtet, eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit im Rahmen der Kooperationsverträge zu benennen. Neben Regelung zu einheitlichen Anforderungen für die elektronische Kommunikation und zum Einsatz telemedizinischer Dienste wird eine Berichtspflicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen geschaffen. Erstmals zum 30.06.2019 und danach alle 3 Jahre sind Kooperationsverträge zwischen Heimen und Vertragszahnärzten zu evaluieren und der Bundesregierung darüber Bericht zu erstatten.

2.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die „Soll-Regelung“ zur Kooperation zwischen Heimen und Vertragsärzten in eine „Muss-Vorschrift“ umgewandelt werden soll. Dazu gehört auch die fachärztliche Versorgung. Die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit in den Heimen ist hierfür eine sinnvolle Ergänzung. Jedoch sind deren Aufgaben im Referentenentwurf nicht ausreichend beschreiben. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, im Gesetz die Koordination der ärztlichen, insbesondere der fachärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung der Heimbewohner als Aufgabenbeschreibung zu ergänzen. Hinzu kommt die Unterstützung der Ärzte bei der Planung und Durchführung der diagnostischen, medizinischen sowie therapeutischen Maßnahmen.

Eine Berichtspflicht im Turnus von 3 Jahren reicht nicht aus, um zur Verbesserung der ärztlichen sowie der fach- und zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bei Bedarf zügig nachzusteuern. Insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung haben Kooperationsverträge und neue Abrechnungsziffern bisher kaum gewirkt. So sind laut einer aktuellen Studie mehr als die Hälfte der 780.000 Heimbewohner zahnärztlich unterversorgt.⁹ Aber auch Urologen, Gynäkologen und Neurologen werden in Pflegeheimen selten gesehen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die im Referentenentwurf vorgesehene Berichtspflicht für die vertragszahnärztliche Versorgung auf alle anderen Kooperationsverträge zwischen Haus- und Fachärzten sowie Pflegeheimen auszudehnen. Außerdem ist der Berichtsturnus auf jährlich zu verkürzen.

⁹ Vgl. BARMER, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8, Zahnreport 2018.

2.3.3. Änderungsvorschlag

Zur Konkretisierung der Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkräfte in Heimen wird in Artikel 7, Nr. 7, Doppelbuchstabe cc die Änderung von § 119b Abs. 1 SGB V wie folgt ergänzt:

cc) Dem Absatz 1 ~~wird folgender Satz~~ **werden folgende Sätze** angefügt:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit nach Satz 1. **Die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft umfasst die Koordination der ärztlichen, insbesondere der fachärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten in der stationären Pflegeeinrichtung. Sie unterstützt die kooperierenden Ärzte bei der Planung und Durchführung der diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.**“

Zur Anpassung der Berichtspflichten wird in Artikel 7, Nr. 7, Buchstabe c der Ergänzungsvorschlag zu § 119b Abs. 3 SGB V wie folgt geändert:

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung** und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf **die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche** Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen und berichten der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von **einem Jahr**, erstmalig bis zum 30. Juni 2019.“

3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

3.1. Nr. 2 zu § 8 SGB XI – Pflegepersonal-Sofortprogramm

3.1.1. Referentenentwurf

In der Altenpflege soll die Krankenversicherung 13.000 zusätzliche Pflegekräfte pauschal vollfinanzieren, um so den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser zu berücksichtigen. Hierfür zahlt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Abhängig von der Zahl ihrer Bewohnerplätze können Pflegeheime Mittel zur Finanzierung zwischen einer halben (bei bis zu 40 Plätzen) und zwei zusätzlichen Stellen (bei über 120 Plätzen) beantragen. Die Einrichtungen sollen dadurch „bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden“. Der Aufwand der Behandlungspflege in der stationären Altenpflege werde dadurch „pauschal teilweise berücksichtigt“. Zudem verspricht die Bundesregierung den Pflegebedürftigen mit den zusätzlichen Pflegekräften „insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege“.

3.1.2. Stellungnahme

Das Sofortprogramm für 13.000 zusätzliche Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein erster Schritt, um der Personalnot in Heimen entgegenzuwirken. Dem müssen jedoch zügig weitere Maßnahmen für mehr Personal in der Pflege und eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte folgen. Die Kosten dürfen aber nicht auf die pflegebedürftigen Menschen in den Heimen abgewälzt werden. Schon heute beträgt ihr Eigenanteil an den Pflegekosten beispielsweise in Baden-Württemberg durchschnittlich 826 Euro und in Nordrhein-Westfalen 676 Euro. Bundesweit liegt der Durchschnitt bei 602 Euro.¹⁰ Hinzu kommen die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Investitionen. Schon jetzt sind fast 320.000 pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen auf die „Hilfe zur Pflege“ angewiesen.¹¹ Der Großteil dieser Betroffenen lebt in Pflegeheimen. Diese Zahl wird weiter steigen. Daher ist es notwendig, zusätzliche Stellen und Tarifsteigerungen in der Altenpflege aus Mitteln der Pflegeversicherung oder durch einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln zu finanzieren.

Die Bundesregierung plant, das 13.000-Stellen-Sofortprogramm aus Mitteln der Krankenversicherung zu finanzieren. Als Begründung hierfür dient der Aufwand der Heime im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Eine sachgerechte Antwort auf die Un-

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Antwort auf die schriftliche Frage im Juni 2018, Arbeitsnummer 6/220, 26.06.2018.

¹¹ Statistisches Bundesamt, Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII, Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege im Laufe des Jahres 2016, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html.

gleichbehandlung von Pflegebedürftigen in Heimen bei der Finanzierung der Behandlungspflege ist dies jedoch nicht. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher zur Abgeltung der Kosten für Behandlungspflege in Heimen, eine durch die Krankenversicherung finanzierte Pauschale pro Heimbewohner einzuführen (siehe 2.1.). Das Pflegestellen-Sofortprogramm muss in der Folge als Vergütungszuschlag aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Auch die private Pflege-Pflichtversicherung ist hieran beteiligt. Zudem muss klargestellt werden, dass die Pflegebedürftigen mit diesem Vergütungszuschlag weder ganz noch teilweise finanziell belastet werden.

3.1.3. Änderungsvorschlag

Um das Sofortprogramm für 13.000 Stellen in der Altenpflege als Vergütungszuschlag aus Mitteln der Pflegeversicherung zu finanzieren, wird im Referentenentwurf in Artikel 10, Nr. 2 der in § 8 SBG XI neu einzufügende Absatz 6 wie folgt geändert:

(6) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten ~~als Ergänzung zur Pflegevergütung nach dem achten Kapitel abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1~~ auf Antrag **aus Mitteln der Pflegeversicherung** einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der **Pflege medizinischen Behandlungspflege**. Damit werden die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflegeeinrichtung insgesamt gestärkt. Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. ~~Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und der privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet.~~ Der Anspruch beläuft sich für die Einrichtungen auf die Kosten für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei 41 bis 80 Plätzen,
3. 1,5 Stellen bei 81 bis 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei über 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere für die Antragstellung sowie für seine Mitglieder das Zahlungsverfahren. Dabei hat die Auszahlung des gesamten Zuschlags einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung. **Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten.**



Zur Klarstellung, dass durch diesen Vergütungszuschlag Pflegebedürftige nicht finanziell belastet werden dürfen, wird in der Folge zudem der bestehende § 84 Abs. 8 SGB XI wie folgt ergänzt:

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. **Dies gilt auch für den Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der Pflege nach § 8 Absatz 6.**

3.2. Neu zu § 8 SGB XI – Zukunftssicherung der Pflegefinanzierung

3.2.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf enthält keine Regelung zur Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung.

3.2.2. Stellungnahme

Die Bundesregierung hat mit den Pflegestärkungsgesetzen zugesagt, der Beitragssatz der Pflegeversicherung werde bis 2022 stabil bleiben. Dennoch soll jetzt der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,3 Punkte angehoben werden. Diese zusätzlichen Mittel sind nötig, um die bestehenden gesetzlichen Ansprüche auf Pflegeleistungen zu finanzieren. In der Pflege sind zudem weitere Kostensteigerungen absehbar, beispielsweise durch die angekündigten Tarifierhöhungen für Pflegekräfte, die Konzertierte Aktion Pflege und die ausstehende einheitliche Personalbemessung in Pflegeheimen. Diese Maßnahmen sind wichtig und notwendig. Ihre Finanzierung darf jedoch nicht den pflegebedürftigen Menschen auf die Schultern geladen werden. Schon jetzt sind fast 320.000 pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen auf die „Hilfe zur Pflege“ angewiesen.¹² Der Großteil dieser Betroffenen lebt in Pflegeheimen. In einigen Regionen sind die Selbstkosten für Pflegebedürftige in Heimen in den letzten Monaten drastisch angestiegen. Alleine für die Pflege müssen sie im Bundesschnitt 602 Euro aus der eigenen Tasche bezahlen.¹³ Hinzu kommen die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Investitionen.

Für eine zukunftssichere und bezahlbare Pflege muss die Finanzierung grundlegend reformiert werden. Derzeit ist die Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung mit pauschalisierten Leistungsbeträgen der Pflegekassen ausgestaltet. Was an Pflegekosten darüber hinausgeht, zahlen die Pflegebedürftigen selbst. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz tritt dafür ein, die Pflegekosten künftig vollständig aus der Pflegeversicherung zu finanzieren. Ausgaben für Lebenshaltung und Nebenkosten tragen die Pflegebedürftigen dann weiterhin selbst. Ein solcher Systemwechsel ermöglicht zudem, die Qualität der Pflege zu einem wichtigen Maßstab bei der Finanzierung zu machen. Zu- und Abschläge sind hier ein geeignetes Mittel. Denn heute zahlen pflegebedürftige Menschen noch viel zu oft gutes Geld für eine schlechte Pflege.

Daher soll das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt werden, bis 2024 ein Konzept für die vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Pflegekassen zu erarbeiten. Hierbei ist unabhängiger wissenschaftlicher Sachverstand mit einzubeziehen. In der Diskussion ist derzeit auch ein ähnliches Modell mit einer gedeckelten Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten (sogenannte „echte Teilkaskoversicherung“). Auch dieses

¹² Statistisches Bundesamt, Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII, Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege im Laufe des Jahres 2016, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Zahlen-Fakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html.

¹³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Antwort auf die schriftliche Frage im Juni 2018, Arbeitsnummer 6/220, 26.06.2018.



Szenario soll Teil des Konzeptes sein. Die einkalkulierte Selbstbeteiligung darf jedoch 200 Euro im Monat nicht überschreiten.

3.2.3. Änderungsvorschlag

Um das Konzept für eine vollständige Finanzierung der Pflegekosten in Auftrag zu geben, wird in § 8 SGB XI nach Absatz 4 ein neuer Absatz 5 eingefügt:

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt, mit Unterstützung von fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen bis zum 31. Dezember 2024 ein Konzept zur vollständigen Finanzierung der Pflegekosten von Pflegebedürftigen nach § 14 durch die Pflegeversicherung dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorzulegen. Darin sind Fragen der Finanzierung, Leistungsausgestaltung, Leistungsvergütung und Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Zusätzlich ist in dieses Konzept ein Szenario aufzunehmen, bei dem die Pflegebedürftigen einen pauschalen Sockelbetrag als Selbstbeteiligung zu den Pflegekosten leisten, der 200 Euro pro Monat nicht übersteigen darf.

3.3. Neu zu § 30 SGB XI – Dynamisierung der Leistungen

3.3.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf enthält keine Neuregelung zur verbindlichen Dynamisierung von Leistungen der Pflegeversicherung.

3.3.2. Stellungnahme

Bis zur in 3.2. vorgeschlagenen Reform der Pflegefinanzierung sind Sofortmaßnahmen zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen notwendig. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege steigen ihre Eigenanteile stetig an. Fairere, höhere Löhne für die Pflegekräfte werden diese Entwicklung weiter beschleunigen. Gleichzeitig wurde bei den Erhöhungen der Leistungsbeträge der Kaufkraftverlust vom Gesetzgeber bisher nicht in angemessener Weise berücksichtigt. So müssen die pflegebedürftigen Menschen auch diesen Wertverlust letztlich über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten ausgleichen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher als Sofortmaßnahme zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen vor, die ambulanten und stationären Sachleistungen der Pflegeversicherung pauschal um 500 Euro monatlich zu erhöhen. Damit wird die Zeit überbrückt, bis die oben vorgeschlagene Umwandlung der Pflegeversicherung abgeschlossen ist. Zudem werden so die anstehenden Tarifierhöhungen für Pflegekräfte aufgefangen. Sollte die Pflegeversicherung nicht über ausreichend Mittel hierfür verfügen, ist auch ein Zuschuss aus Steuermitteln zu erwägen, wie er beispielsweise von der Gesundheitsministerin des Landes Rheinland-Pfalz in die Diskussion gebracht wurde.¹⁴

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde die seit 1995 bestehende gesetzliche Regelung zur Dynamisierung der Leistungsbeträge (§ 30 SGB XI) um eine Prüf- und Berichtspflicht im Turnus von drei Jahren ergänzt. Verbindlich und regelhaft wurde sie dadurch jedoch nicht. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, die Leistungen der Pflegeversicherung jährlich und verbindlich an die Einkommensentwicklung im Land anzupassen. Dies ist mit wenig bürokratischem Aufwand möglich, indem sie an die Entwicklung der Bezugsgröße im Vierten Sozialgesetzbuch (§ 18 SGB IV) gekoppelt werden. Dieses Verfahren findet schon heute beispielsweise bei der Familienversicherung oder bei den Leistungen für stationäre Hospize Anwendung. Auch dies ist als Übergangsregelung gedacht bis zur Einführung einer vollständigen Übernahme der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung (siehe 3.2.).

¹⁴ Vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Pressemitteilung, Bätzing-Lichtenthäler: Reform Pflegeversicherung bringt Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, abrufbar unter: <https://www.rlp.de/fr/service/presse/einzelansicht/news/detail/News/baetzing-lichtenthaeler-reform-pflegeversicherung-bringt-verbesserungen-fuer-pflegebeduerftige-menschen-1/>.



3.3.3. Änderungsvorschlag

Zur einmaligen Erhöhung der Pflegesachleistungen und zur regelhaften, verbindlichen Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung wird § 30 SGB XI wie folgt neu gefasst:

- (1) Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 Abs. 3 und § 43 Abs. 2 erhöht sich mit Wirkung zum 1. Januar 2019 einmalig pauschal um jeweils 500 Euro.**
- (2) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind zum 1. Januar 2020 und in den Folgejahren jeweils zum 1. Januar entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.**

3.4. Nr. 8 zu § 45b SGB XI – Entlastungsbetrag

3.4.1. Referentenentwurf

Die Nutzung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI soll künftig differenzierter statistisch erfasst werden. Ziel ist, dass in der statistischen Auswertung der Pflegeversicherung auch danach unterschieden wird, für welche Leistungsarten und jeweils in welchem Umfang der Entlastungsbetrag eingesetzt wurde. Hierfür sollen durch Ergänzung von § 45b Abs. 2 SGB XI die Voraussetzungen geschaffen werden.

3.4.2. Stellungnahme

Mit Einführung der fünf Pflegegrade zum 01. Januar 2017 haben alle Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat (§ 45b SGB XI). Mit ihm sollen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Alltag unterstützt und entlastet werden, beispielsweise durch Hilfen beim Putzen und Kochen oder die Begleitung beim Spaziergang. Auch für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege kann er eingesetzt werden. Bei Pflegegrad 1 ist außerdem die Unterstützung bei der Körperpflege erstattungsfähig. Dieser Betrag wird in Form einer Kostenerstattung für Leistungen zugelassener Anbieter ausgezahlt.

Laut einer aktuellen Befragung rufen jedoch 70 Prozent der Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag nicht ab.¹⁵ Eine Marktanalyse ergab zudem, dass 56 Prozent der befragten Pflegedienste den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 keine Hilfen bei der Körperpflege anboten. Für die Badreinigung oder die Begleitung beim Spaziergang verlangten über 60 Prozent dieser Pflegedienste einen Stundensatz von 30 Euro oder mehr.¹⁶ Viele Pflegebedürftige können die Entlastungsleistungen somit gar nicht abrufen, da ausreichend bezahlbare Angebote fehlen.

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz den Bund und die Länder auf, Zulassungshürden für Anbieter von abrechenbaren Leistungen zu senken und bundesweit einheitlich zu regeln. Auch Angehörige und Nachbarn, die nicht die Pflegeperson sind, oder Minijobber sollten unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Zudem müssen Bund und Länder dafür sorgen, dass die Preise für nicht-pflegerische Leistungen begrenzt werden.

Nach der derzeitigen Regelung kann der Entlastungsbetrag angespart werden, wenn er im laufenden Monat nicht abgerufen wird. Die angesparte Summe verfällt jedoch spätestens zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Damit droht vielen Pflegebedürftigen, dass sie ihren angesparten Anspruch unverschuldet, aufgrund des unzureichenden Angebots an Leistungs-

¹⁵ Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege: Perspektive informell Pflegenden auf ihre Pflegesituation, Februar 2018, abrufbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pflegereform.pdf.

¹⁶ Vgl. Verbraucherzentrale: Marktcheck – Angebote der ambulanten Pflegedienste im Rahmen des Entlastungsbetrages, Februar 2018, abrufbar unter: https://www.pflegevertraege.de/sites/default/files/2018-02/Marktcheck%20Entlastungsleistungen%20durch%20Pflegedienste_2018.pdf.



erbringern, verlieren. Um dies zu verhindern, muss das heutige Verfallsverfahren in eine gedeckelte Ansparregelung umgewandelt werden. Dann verfallen die Ansprüche nicht nach einer zeitlichen Frist, sondern können bis zu einem festgelegten Höchstbetrag angespart werden. Diese Höchstgrenze sollte sich an der Summe der monatlichen Ansprüche von drei Jahren orientieren und beträgt dann 4.500 Euro.

3.4.3. Änderungsvorschlag

Zur Umwandlung des Verfallsverfahrens in eine gedeckelte Ansparregelung für den Entlastungsbetrag wird Artikel 10, Nr. 8, Buchstabe b des Referentenentwurfs zu § 45b SGB XI wie folgt geändert:

b) Der neue Satz 4 in Absatz 2 wird gestrichen. In Absatz 1 werden nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt:

„Wird die Leistung nach Satz 1 nicht ausgeschöpft, kann die Leistung maximal bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe der Summe der Leistung nach Satz 1 für drei Jahre angespart werden. Die Pflegeversicherung informiert den Pflegebedürftigen alle 6 Monate schriftlich über die Höhe des nicht verbrauchten Betrages des Entlastungsbetrages.“

3.5. Nr. 14 zu § 89 SGB XI – Wegekostenzuschlag

3.5.1. Referentenentwurf

Sowohl bei der Häuslichen Krankenpflege als auch bei ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig Wegezeiten besser honoriert werden, wenn längere Anfahrtswege notwendig sind. Zu diesem Zweck ist von den Rahmenvereinbarungspartnern für die häusliche Krankenpflege (§ 132a Abs. 1 SGB V) ein Wegekostenzuschlag festzulegen, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet. Dieser Zuschlag soll auch bei den Vergütungsvereinbarungen in der Pflegeversicherung (§ 89 SGB XI) berücksichtigt werden.

3.5.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Einführung eines Wegekostenzuschlags in der ambulanten Pflege bei längeren Anfahrtswegen. Dieser Zuschlag wird bei der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) nach dem Sachleistungsprinzip und somit vollständig von der Krankenversicherung übernommen. Im Geltungsbereich des SGB XI können bei der häuslichen Pflege durch den neuen Wegekostenzuschlag jedoch auch zusätzliche Kosten auf den Pflegebedürftigen zukommen. Der Zuschlag soll bei den Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Doch sind die Sachleistungsbeträge nach § 36 SGB XI pauschaliert und decken somit häufig nicht die vollständigen Pflegekosten ab. Darüber hinausgehende Pflegekosten muss der Pflegebedürftige aus der eigenen Tasche bezahlen. Dies kann dazu führen, dass pflegebedürftige Menschen in strukturschwachen Regionen den Zuschlag zu den Wegekosten faktisch selbst übernehmen müssen. So drohen sie schlechter gestellt zu werden im Vergleich zu Pflegebedürftigen in gut versorgten Regionen.

Um eine solche Ungleichbehandlung zu vermeiden, schlägt die Deutsche Stiftung Patientenschutz vor, die Honorierung der Wegekosten bei längeren Anfahrtswegen direkt als Zuschlag von der Pflegekasse zu zahlen. So bekommen Pflegebedürftige von Amts wegen zusätzlich zu den Sachleistungsbeträgen nach § 36 SGB XI von der Pflegekasse monatlich einen Zuschlag, wenn die Voraussetzungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 Satz 6 SGB V vorliegen. Anspruch auf den Wegekostenzuschlag haben Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.



3.5.3. Änderungsvorschlag

Zur Ausgestaltung des Wegekostenzuschlages im SGB XI als direkten Zuschlag der Pflegekasse wird der Vorschlag zu § 89 Abs. 3 SGB XI im Referentenentwurf in Artikel 10, Nr. 14 gestrichen und durch eine Änderung in § 36 SGB XI ersetzt:

~~In § 89 Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:~~

~~„Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches für angemessene Zuschläge zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit längeren Wegezeiten sind zu berücksichtigen.“~~

In § 36 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung haben von Amts wegen Anspruch auf einen Zuschlag auf den Pflegesachleistungsbetrag nach Absatz 3, wenn die Voraussetzungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches für längere Wegzeiten zur Versorgung des Pflegebedürftigen in unterversorgten ländlichen Gebieten vorliegen. Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 dem Pflegebedürftigen schriftlich mit.“