

# Stellungnahme

**Diakonie**   
**Deutschland**

Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e.V.

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 65211-1634  
Telefax: +49 30 65211-3634  
maria.loheide@diakonie.de

Berlin, 07.07.2015

## **Stellungnahme der Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

Die Stellungnahme der Diakonie Deutschland erfolgt zu den Themen

- I. Pflegeberatung
- II. Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung
- III. Dynamisierung der Leistungen
- IV. Beitragssatzerhöhung

Zu weiteren inhaltlichen Aspekten des Referentenentwurfs nimmt die Diakonie Deutschland im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Wir verweisen auf die entsprechende Positionierung der BAGFW.

## **I. Pflegeberatung**

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist das Thema „Pflegeberatung“ von grundsätzlicher Bedeutung. Wichtigste Ziele bei der Pflegeberatung müssen sein, dass sie ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet ist und dass sie bei den Ratsuchenden ankommt und wohnortnah angeboten wird.

Insbesondere im Vorfeld und zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit sind Betroffene und ihre Angehörigen auf Beratung über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche der verschiedenen Sozialgesetzbücher angewiesen. Aber auch im weiteren Verlauf einer Pflegebedürftigkeit ist Beratung nötig, da Angebote/Leistungen an die sich ändernden Situationen angepasst werden müssen oder auch neue Ansprüche entstehen. Beratungsbedarf besteht insbesondere dann, wenn die Übernahme der Pflege durch berufstätige Angehörige nur mit Unterstützung Dritter organisiert werden kann.

Die Diakonie Deutschland setzt sich darüber hinaus für eine Verankerung eines Leistungsanspruchs des Versicherten auf ein sozialarbeiterisches beziehungsweise pflegfachliches Case-Management im Sinne einer Lotsenfunktion ein, das ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet ist und unabhängig vom leistungssteuernden Fallmanagement der Pflegekassen und anderer Sozialleistungsträger erfolgt, dies wird auch die Änderungen in § 7a nicht gewährleistet.

Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass mit dem PSG II auch die Weiterentwicklung der Beratung nach § 37 Abs. 3 ff. verfolgt werden soll. Das Gesetz beinhaltet hierzu verschiedene Instrumente, zu denen bezieht die Diakonie Deutschland gemeinsam mit den anderen Verbänden der freien Wohlfahrtspflege Stellung.

### **§ 7 neu: Aufklärung, Auskunft**

#### **Referentenentwurf**

Die Regelungen zur Pflegeberatung der Pflegekassen werden in § 7a SGB XI zusammengefasst. Aufgabe der Pflegekassen nach dem hier geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft der Versicherten. Diese Aufgaben können auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen ohne Qualifikation als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater im Sinne von § 7a wahrgenommen werden. Die zuständige Pflegekasse hat zukünftig die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen explizit über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3 zu informieren. Die durch die Landesverbände der Pflegekassen zu erstellenden Leistungs- und Preisvergleichslisten sollen zukünftig auf der Internetseite des jeweiligen Verbands veröffentlicht werden und nur auf Anforderung dem Versicherten auch in Papierform zugesandt werden. Die Inhalte der Leistungs- und Preisvergleichslisten werden präzisiert. Sie sollen neben den Aussagen zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten der Leistungen u.a. auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Abs.1a umfassen. Neu eingeführt wird die Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 1 bis 3 – neu – aufzunehmen. Letztes ist auf Grund von Vereinbarungen von den nach Landesrecht für die

Anerkennung dieser niedrighschwelligigen Angebote zuständigen Stellen in einem vereinbarten technischen Standard an die zuständigen Pflegekasse und an den Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln.

### **Bewertung**

Die Trennung der Regelungsinhalte der §§ 7 und 7a ist zu begrüßen, ebenso wie die damit einhergehende Beschränkung der Inhalte des § 7 auf die Auskunft, Aufklärung und Information.

Die zuständige Pflegekasse hat die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c zu informieren. Dies ist unserer Ansicht nach richtig, aber nicht ausreichenden. In vielen Regionen sind die nächstgelegenen Pflegestützpunkte sofern vorhanden überhaupt nicht wohnortnah, analoges gilt für die Pflegeberatung nach § 7a durch die Pflegekasse. Das hat zur Folge, dass die Inanspruchnahme der Beratung für die Ratsuchenden mit einem relativ hohen Aufwand verbunden ist und häufig nicht in Anspruch genommen wird. Es gibt aber vielfach Beratungsstellen in anderer Trägerschaft, die gut erreichbar sind und diese Aufgabe auch erfüllen. Daher sollte die Pflegekasse nicht nur auf den nächstgelegenen Pflegestützpunkt sondern auch auf andere Beratungsstellen hinweisen. Die Pflicht der Pflegekasse zur Aushändigung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste an Antragsteller wird auf die Fälle beschränkt, in denen der Pflegebedürftige einen entsprechenden Ausdruck anfordert. Dies ist zu restriktiv. Wir schlagen deshalb vor, dass die zuständige Pflegekasse den Versicherten auch über die Möglichkeit der Zusendung eines Ausdrucks im Rahmen des Gesprächs informiert, neben dem Hinweis auf die entsprechende Internet-Veröffentlichungen der Landesverbände der Pflegekassen. Die Erweiterung der Vergleichslisten um verschiedene Kriterien sowie um die Angebote nach § 45a Abs. 1 bis 3 dient der Verbesserung der Informationen über die pflegerischen und niedrighschwelligigen Angebote zur Unterstützung im Alltag, die im Umfeld erreichbar sind. Sie unterstützen das Wahlrecht der Versicherten der Inanspruchnahme der Leistungen und sind positiv zu bewerten.

### **Änderungsvorschläge**

In § 7 Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c“ die Wörter „und sonstige Beratungsstellen“ eingefügt.

## **§ 7a Pflegeberatung/ mit § 17 Absatz 1a Erlass einer Richtlinie**

### **Referentenentwurf**

Dem Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung ein zuständiger Pflegeberater (bei dem auch die Leistungsanträge gestellt werden können) oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden.

Des Weiteren soll zukünftig bei der systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs im Rahmen des Versorgungsplans auch die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 mit einbezogen werden. Maßgeblich für den Versorgungsplan sind die Vorgaben der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a.

Neu eingeführt wird ein Anspruch darauf, dass die Pflegeberatung nach § 7a auch gegenüber den pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen, sofern der Anspruchsberechtigte dem zustimmt, erfolgen kann.

Für die Durchführung der Pflegeberatung sollen einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt werden, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen, die Pflegeberatungen im Sinne des § 7a durchführen, unmittelbar verbindlich sind. Das Nähere hierzu wird in einer Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt. Den maßgeblichen Akteuren in diesem Bereich werden hierbei Beteiligungsrechte eingeräumt.

Durch eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene soll eine strukturierte Zusammenarbeit der die Pflegeberatung durchführenden Personen und Stellen gewährleistet werden. Ziel dieser Zusammenarbeit nach dem neuen Absatz 7 ist die Verbesserung des unmittelbaren Informationszugangs einerseits und die Information Pflegebedürftiger und ihrer pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangebote andererseits. Zu den Rahmenvereinbarungen sind auch die für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbände auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 SGB XII anzuhören.

Die Regelung, dass sich die Pflegekassen an der Finanzierung und Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können, wird von § 7 Abs. 4 in § 7a Abs. 8 neu überführt. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung infolge des Wegfalls der Pflegeberatung in § 7.

Darüber hinaus wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig zum 30.06.2020 und danach alle 3 Jahre einen Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a und über die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung nach § 37 Absatz 3 bis 8 vorzulegen.

### **Bewertung**

Die geplante unverzügliche Benennung eines zuständigen Pflegeberater oder einer sonstiger Beratungsstelle vor der erstmaligen Beratung wird von der Diakonie Deutschland positiv bewertet. Diese stellt einen wichtigen Aspekt für eine an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen orientierte Beratung dar. Jedoch muss auch sichergestellt werden, dass auf Wunsch des Pflegebedürftigen ein Wechsel des Pflegeberaters stattfinden kann oder die Pflegeberatung vorzeitig beendet werden kann.

Die Einbeziehung der Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 bei der systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs ist sachgerecht. Die Pflegeberater sollen bei Vorliegen entsprechender Hinweise aktiv eine Beratung anbieten und – auf Wunsch des Versicherten – auf eine Genehmigung der laut Versorgungsplan für notwendig erachteten Maßnahmen durch den jeweils zuständigen Leistungsträger hinwirken. Durch die Einbeziehung der Beratung nach § 37 Absatz 3 findet auch eine strukturelle Verknüpfung der Ergebnisse der verschiedenen Beratungsformen im SGB XI statt und die Einbeziehung der Beratungen nach § 37 Absatz 3 statt.

Zukünftig soll die Pflegeberatung nach § 7a auch gegenüber den pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen, sofern der Anspruchsberechtigte dem zustimmt. Dies entspricht der Lebenswirklichkeit in der häuslichen Pflege und in der Regel auch dem Wunsch des pflegebedürftigen Menschen, dass die Pflegeberatung in Anwesenheit eines vertrauten Menschen stattfindet. Gleichzeitig erleichtert es die rechtzeitige Organisation und Koordinierung der Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen im Einzelfall.

Mit der Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17 Absatz 1a werden einheitliche und fundierte Vorgaben für die Beratung bis zum 31.07.2018 eingeführt. Die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Nummer 2 sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c unmittelbar verbindlich sind. Dies ist prinzipiell positiv zu bewerten wie auch die Tatsache, dass den maßgeblichen Akteuren in diesem Bereich u.a. auch den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege Beteiligungsrechte eingeräumt werden, da diese auch an der Umsetzung der Inhalte im Sinne einer Vereinheitlichung des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte der Pflegeberatung nach § 17 Absatz 1a mitwirken.

In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a sind auch Vorgaben für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen geplant, unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 7a Absatz 7. Dies ist zu unterstützen. Positiv bewertet wird auch, dass mit dem neuen Absatz 7 eine Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den nach Landesrecht bestimmten Stellen der örtlichen Altenhilfe und den Sozialhilfeträgern sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden bei der Beratung durch das Schließen von Rahmenverträgen unter Beteiligung vorgesehen wird, unter Beteiligung der für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbände auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 SGB XII.

Generell begrüßt die Diakonie Deutschland die Weiterentwicklung der Beratung nach § 37 Absatz 3ff. SGB XI und unterstützt auch diesbezügliche Berichtspflichten. Es ist jedoch kritisch zu hinterfragen, welche Kriterien herangezogen werden, um Erkenntnisse und Hinweise zur Wirkung der Beratungsbesuche zu erfassen. Das ZQP erarbeitet gegenwärtig einen Qualitätsrahmen für die Pflegeberatung in der Häuslichkeit, insbesondere für die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3ff. in der Häuslichkeit. Hieraus könnten nach seiner Verabschiedung und Umsetzung in den Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 Erkenntnisse gewonnen werden.

### **Änderungsvorschlag**

In § 7a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt „Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung vorzeitig beendet oder ein anderer zuständiger Pflegeberater benannt werden“.

## **§ 7b – neu Beratungsgutscheine**

### **Referentenentwurf**

Die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen sollte durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz gestärkt werden durch die Einführung des § 7b. Dieser mit den PNG neu eingeführte § beinhaltet ein verpflichtendes Angebot der Pflegekassen zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung. Die Pflegekassen können hierzu innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang den Beratungstermin selbst anbieten oder alternativ einen Beratungsgutschein ausstellen, der bei einer durch sie benannten Beratungsstelle eingelöst werden kann. Mit dem PSG II wird nun zur Verbesserung der Beratung die Frist von 14 Tagen, die für die Benennung eines konkreten Beratungstermins und einer Kontaktperson bzw. für die Aushändigung eines Beratungsgutscheines durch die Pflegekasse einzuhalten ist, beibehalten. Es wird darüber hinaus zusätzlich gesetzlich geregelt, dass die 14-Tage-Frist künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen, die z.B. auf ein Neueinstufungsverfahren, den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Pflege durch berufstätige Angehörige abzustellen.

## **Bewertung**

Das PSG II erweitert nun den mit dem PNG eingeführten Anspruch des Pflegebedürftigen auf ein verpflichtendes Angebot der Pflegekassen zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung. Dies erachten wir für sinnvoll, es löst nicht das grundsätzliche Problem, dass die bestehenden gesetzlich initiierten Beratungsstrukturen bislang nicht den erhofften Erfolg zeigten.

Trotz des Rechtsanspruches auf Beratung zeigen Erhebungen unter den Betroffenen einen zu geringen Informationsstand. Die politische und fachliche Diskussion wird durch die Frage nach der Infrastrukturgestaltung der Beratungsstrukturen dominiert. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber vielfach von den ratsuchenden Menschen nicht angenommen wird. Der Leistungsberechtigte muss sich den Anbieter der Beratungsleistung aussuchen und bei Bedarf auch jeweils noch eine andere Perspektive einholen können.

Die Diakonie Deutschland fordert deshalb den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Er ist in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten

Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände oder der Verbraucherzentralen
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste
- Pflegestützpunkte oder
- Gemeinsame Servicestellen

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen in diese Regelung einbezogen werden.

## **Änderungsvorschläge**

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

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

## **§ 7c Pflegestützpunkte – neu-**

### **Referentenentwurf**

Die in § 92c getroffenen Regelungen zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte werden aufgrund des engen Sachzusammenhangs aus dem vergütungsrechtlichen Achten Kapitel unverändert in die im Ersten Kapitel geregelten allgemeinen Vorschriften und Anforderungen an den Auftrag der Pflegekassen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7 ff. verschoben. Die Regelungen des § 92c Absatz 5 und 6 zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung sind ausgelaufen und werden ebenso wie § 92c zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

### **Bewertung**

Die neue Verortung der Pflegestützpunkte sowie die Aufhebung der ausgelaufenen Regelungen zur Anschubfinanzierung sind sachlogisch.

## **II. Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung**

Menschen mit (lebenslangen) Behinderungen und pflegerischen Bedarfen als auch pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen sollten perspektivisch unabhängig von ihrem Wohnort in gleicher Weise Zugang zu den Leistungssystemen des SGB XI und SGB XII/SGB IX haben. Leistungen zur Pflege nach SGB XI und zur gesellschaftlichen Teilhabe nach SGB XII/ SGB IX sind als bedarfsgerechte und aufeinander abgestimmte Leistungen nebeneinander zu gewähren.

Die Reform der Pflegeversicherung muss mit der Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) abgestimmt werden, um leistungsrechtlichen Abgrenzungsschwierigkeiten entgegenzusteuern.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, bei der anstehenden zweiten Stufe der Reform zur Pflegeversicherung die UN – Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen und mit einer entsprechenden Normenprüfung zu versehen.

## **§ 43a – neu Leistungen der vollstationären Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung**

### **Referentenentwurf**

Menschen mit Behinderungen, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII leben, erhalten bisher bei anerkannter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI einen pauschalierten Betrag nach § 43a SGB XI in Höhe von 266 Euro. Einen Anspruch auf diesen pauschalierten Betrag, der nicht erhöht wurde haben sie zukünftig bei Vorliegen eines Pflegegrades 2 bis 5.

### **Bewertung**

Menschen mit Behinderungen sollten nach Ansicht der Diakonie sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe (neu) als auch Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig voneinander und nebeneinander in Anspruch nehmen können. Dies muss auch gelten, wenn Menschen mit Behinderungen Leistungen der Eingliederungshilfe z. B. in Wohnstätten mit einem 24 stündigen Assistenz- und Unterstützungsangebot wahrnehmen und gleichzeitig pflegerische Leistungen benötigen.

Teilhabeleistungen nach SGB XII/ SGB IX, die als behinderungsspezifische Nachteilsausgleiche konzipiert sind, können nicht durch Leistungen nach SGB XI ersetzt werden, deren Focus auf der Wiederherstellung der Selbständigkeit von pflegebedürftigen Personen liegt oder der Entlastung von pflegende Angehörigen dient. Dies gilt umgekehrt in gleicher Weise.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland besteht dringlicher Handlungsbedarf § 43a SGB XI zu ändern. § 43a SGB XI ist nach Maßgabe des Art. 19 UN BRK so zu modifizieren, dass Art und Höhe des Anspruches auf Pflegeleistungen unabhängig von der gewählten Wohnform einzelfallbezogen entsprechend dem individuellen Bedarf gewährt werden. Der Pauschalbetrag in Höhe von max. 266 Euro mtl. für Menschen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, muss durch entsprechende Beträge ersetzt werden, die nach den individuellen Pflegestufen bzw. künftigen Pflegegraden der Pflegeversicherung gestaffelt sind. Das Referenzsystem für die Staffelungshöhen sollte sich an die Leistungsbeträge nach § 36 oder 41 SGB XI anlehnen. Ein solcher Lösungsansatz würde sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen zusätzlich ungekürzt Pflegegeld bspw. bei Aufenthalt bei ihren Angehörigen außerhalb der Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhielten.

Zudem würde dieser Ansatz keine Änderungen im Leistungserbringungsrecht nach sich ziehen, so dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe keine Versorgungsverträge nach SGB XI abschließen müssten. Andernfalls wären bei einer ersatzlosen Streichung von § 43a SGB XI pflegerische Leistungen von zugelassenen ambulanten Pflegediensten mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI nach den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in der Einrichtung zu erbringen.

Es wird von einer prognostizierten Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises nach § 43a um 60.000 Personen ausgegangen. Daraus sollen Entlastungseffekte für die Sozialhilfeträger im Bereich der Eingliederungshilfe in Höhe von 250 Mio. Euro jährlich resultieren. Die Gesetzesbegründung enthält keine Berechnungsgrundlagen hierzu. Dies sollte in der Begründung zum Kabinettentwurf nachgeholt werden.

## **§ 36 neu: Pflegesachleistung i.V. mit der Aufhebung des §124**

### **Referentenentwurf**

Die derzeitige Vorziehregelung der häuslichen Betreuung nach § 124 wird in § 36 integriert. Hierbei wird in § 36 der Begriff der „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ aus § 124 Abs. 2 übernommen.

### **Bewertung**

Die Änderungsregelung des § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI führt an dieser Stelle den Begriff der „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ ein und greift dabei auf die Gesetzesbegründung zum bisherigen § 124 zurück, ohne den Begriff jedoch im Gesetzestext genauer zu definieren. Zudem entsteht mit der Formulierung in § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI der Eindruck, als gäbe es diese „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ auch in der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Dementsprechend wird in der Gesetzesbegründung argumentiert, es gäbe erhebliche Überschneidungen zu den praktischen Leistungen der Eingliederungshilfe. Es erfolgt somit eine faktische und sprachliche Gleichsetzung der Leistungen in Eingliederungshilfe und Pflege mit der Begründung, dass in der praktischen konkreten Ausführung die Leistungen gleich seien. Obwohl gesehen wird, dass Ursprung und Zielrichtung von Pflege und Eingliederungshilfe sehr unterschiedlich sind, soll hier entgegen der geltenden Rechtslage ein Vorrang/Nachrang-Verhältnis eingeführt werden in dem Sinn, dass die durch die Eingliederungshilfe erbrachten Leistungen vorrangig

seien. Dieser Ansatz ignoriert, dass Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen gerade nicht deckungsgleich sind, man dies auch nicht konstruieren kann und daher bei entsprechenden Bedarfen die Leistungen auch nebeneinander gewährt werden müssen. Ignoriert wird zudem, dass diese Unterschiedlichkeit auch nicht ohne Grund in der Regel eine andere Ausbildung der in diesen Bereichen Beschäftigten erfordert.

Mit der vorgeschlagenen Änderung des § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB XI wird eine entsprechende Regelung zur Negativdefinition von Häuslichkeit vorgeschlagen. Daraus folgt, dass wesentliche Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung wie z.B. Kindergarten, Ausbildung, Beruf, Schule, Rehabilitation von einem Leistungsanspruch nach § 36 ausgeschlossen sind. Hierdurch wird die Erbringung von pflegerischen Betreuungsleistungen auf die anderen Sozialleistungsträger verlagert werden. Gerade jedoch bei den ambulanten Eingliederungshilfeleistungen (z. B. im Bereich der ambulanten Wohnformen) sind pflegerische (Betreuungs-) Leistungen nach SGB XI kein Bestandteil der Eingliederungshilfen nach SGB XII.

Die Diakonie Deutschland sieht die Gefahr, dass zukünftig auch im ambulanten Bereich kein Nebeneinander von Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen mehr möglich sein wird, weil es einen Vorrang der häuslichen Betreuungsleistungen durch die Eingliederungshilfe geben soll und die anderen häuslichen Pflegeleistungen für die genannten Bereiche ausgeschlossen werden sollen.

Zudem besteht nach Ansicht der Diakonie Klärungsbedarf, inwieweit die vorgeschlagene Neuregelung des § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB XI mit den Systemveränderungen in der Eingliederungshilfe kompatibel sein werden.

### **III. Dynamisierung der Leistungen**

#### **§ 30 neu: Dynamisierung, Verordnungsermächtigung**

##### **Referentenentwurf**

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung wird ausgesetzt und die Prüfung der Dynamisierungsnotwendigkeit auf das Jahr 2020 festgelegt.

##### **Bewertung**

Mit Wirkung zum 01.01.2015 wurden die Leistungsbeträge im SGB XI angehoben, um die Entwicklung der Preise in den letzten drei Jahren zu berücksichtigen. Die 2015 vorgenommene Dynamisierung hat jedoch den Realwertverlust der Leistungen nicht ausgeglichen. Die Höhe der Beträge der Leistungen der Pflegeversicherung ist zwischen 1995 und 2008 nahezu unverändert geblieben. Mit der Pflegeversicherungsreform 2008 wurden erstmals Leistungen der Pflegeversicherung erhöht. Es gibt dennoch einen großen Nachholbedarf. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland liegt dieser beispielsweise in der vollstationären Pflege in den Pflegestufen I und II bei 25 %. Die fehlende Anpassung an die Preis- und Lohnentwicklung führt(e) zu einer deutlichen Kaufkraftreduktion und zu einem Verlust des Wertes der Pflegeleistungen. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist ein zweistufiges Dynamisierungsverfahren erforderlich. In der ersten Stufe sind die Leistungen wieder auf das Ausgangsniveau anzuheben, dass bei der Einführung der Pflegeversicherung gegeben war. In der zweiten Stufe sollte dann auf der Basis des um den Nachholbedarf kompensierten Niveaus eine Leistungsdynamisierung erfolgen, um auch zukünftig eine angemessene pflegerische Versorgung der Betroffenen aufrecht zu erhalten. Beides ist bisher nicht erfolgt. Diese Absenkung des realen Leistungsniveaus wurde insbesondere in der voll-

stationären Pflege bisher nicht ausgeglichen. Anstatt dessen sollen nun in § 43 SGB XI im Rahmen der Neufestsetzung der Leistungsbeträge teilweise weitere Absenkungen der Leistungsniveaus vorgenommen werden. (Hierzu beziehen wir gemeinsam mit den anderen in der BAGFW kooperierenden Verbänden Stellung.)

Das PSG I legte das Jahr 2017 als neuen Termin für eine erneute Prüfoption festgelegt, aber keinen Regelmechanismus für eine Dynamisierung. Dieser Prüfauftrag soll nun in das Jahr 2020 verlegt werden. Der Gesetzesbegründung ist dazu zu entnehmen: „Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung findet in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs statt. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die vorgesehene Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt zu integrieren. Dabei wird das auf die Leistungsdynamisierung entfallende Finanzvolumen gezielt verwendet, um zum einen die Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär weiter zu fördern und zum anderen im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen insbesondere in hohen Pflegegraden besser entgegenzuwirken. Die eigentlich ab dem Jahr 2018 vorzunehmende Erhöhung der Leistungen wird in die Neufestsetzung der Leistungsbeträge integriert.“ (S. 104)

Die Integration der vorgesehenen Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sieht die Diakonie Deutschland kritisch, da es hier nicht um eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen geht, sondern um eine Neufestsetzung der Leistungen, die in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedliche Auswirkungen hat. Dies variiert zwischen einer Erhöhung der Leistungen bis hin zu einer Leistungsabsenkung. Diese Neufestsetzung ersetzt nicht die regelhafte Dynamisierung der Leistungen.

Mit der geplanten Gesetzesänderung wird nur der Termin für eine erneute Prüfoption auf das Jahr 2020 festgelegt, aber kein Regelmechanismus für eine Dynamisierung eingeführt. Weiterhin soll die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren als Orientierungswert dienen, wobei sicherzustellen ist, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Außerdem können weiterhin bei der Prüfung der Dynamisierungsnotwendigkeit die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.

Die Diakonie Deutschland spricht sich im Gegensatz zum jetzigen § 30 SGB XI für eine unbürokratische und eindeutige Lösung aus, die nicht mit vielen Unwägbarkeiten behaftet ist. Der Orientierungswert der Dynamisierung muss auf der Basis valider Daten und unabhängig von finanzpolitischen Erwägungen erfolgen. Er sollte sich auf die Daten des Statistischen Bundesamtes beziehen. Nach Ansicht der Diakonie Deutschland - bietet sich hierzu der Verbraucherpreisindex an. Des Weiteren sind die Leistungen der Pflegeversicherung regelgebunden und verpflichtend, jährlich zu dynamisieren.

### **Änderungsvorschlag**

§ 30 Satz 1 und 2 SGB XI werden wie folgt neu formuliert:

**„Die Bundesregierung dynamisiert jährlich die Leistungen der Pflegeversicherung, erstmals im Jahre 2016. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeiten dient der Verbraucherpreisindex im letzten abgeschlossenen Kalenderjahr“**

§ 30 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

#### **IV. Beitragssatzerhöhung**

##### **§ 55 Absatz 1 neu: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

###### **Referentenentwurf**

Der Beitragssatz wird zum 01.01. 2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 Prozent angehoben.

###### **Bewertung**

Der Beitragssatz wird damit in dieser Legislaturperiode um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. Die in der 1. Stufe der Reform zum 01.01.2015 vorgenommene Erhöhung um 0,3 Prozentpunkte diente der Finanzierung von Mehrausgaben aufgrund von Leistungsverbesserungen und dem Aufbau des Vorsorgefonds. Für Letzteres sind 0,1 Beitragssatzpunkte festgeschrieben. Die für die 2. Reformstufe vorgesehene Erhöhung um 0,2 Beitragssatzpunkte soll nun der Finanzierung der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dienen. Sie ist hierfür nicht ausreichend. Im vorgelegten Referentenentwurf kann die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nur durch den Umweg der Integration der vorgesehenen Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung erreicht werden. Dies sehen wir kritisch, da es hier nicht um eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen geht, sondern um eine Neufestsetzung der Leistungen. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist die Anhebung der Beitragssatzpunkte nicht ausreichend, um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auszufinanzieren. Darüber hinaus können notwendige Leistungsverbesserungen, z.B. im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege nicht vorgenommen werden.

Die Beitragssatzerhöhung trägt nach Auffassung der Diakonie Deutschland dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung nicht in ausreichendem Maß Rechnung. Wir gehen deshalb davon aus, dass in den kommenden drei Jahren eine weitere Beitragssatzsteigerung erforderlich sein wird, denn eine gute Pflege muss in einer älter werdenden Gesellschaft solide gegenfinanziert werden.

Berlin, den 07.07.2015

Gez.  
Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik