

Deutscher Landkreistag • Lennéstraße 11 • 10785 Berlin
Deutscher Städtetag • Hausvogteiplatz 1 • 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Vorsitzenden Dr. Edgar Franke, MdB

Per Mail:
gesundheitsausschuss@bundestag.de
ma01.pa14@bundestag.de

Bearbeitet von

Dr. Irene Vorholz/DLT
Tel.: 030 / 590097-341
Fax: 030 / 590097-440
E-Mail: irene.vorholz@landkreistag.de

Dr. Uda Bastians/DST
Tel.: 030 / 37711-420
Fax: 030 / 37711-409
E-Mail: uda.bastians@staedtetag.de

Az: 431-01/1.4

Datum: 11.10.2016

Öffentliche Anhörung am 17.10.2016 zu den Vorlagen

- a) **Gesetzentwurf der Bundesregierung**
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) (BT-Drs. 18/9518)
sowie Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 410/16 (Beschluss))
und Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0206.1)
- b) **Antrag der Fraktion DIE LINKE.**
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten (BT-Drs. 18/8725)
- c) **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen (BT-Drs. 18/9668)

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,

für die Einladung zur o. g. Anhörung sagen wir herzlichen Dank. Gerne nehmen wir vorab wie folgt schriftlich Stellung.

Zusammenfassung:

- **Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII ist dringend notwendig, damit das Sozialhilferecht und das bereits geänderte Pflegeversicherungsrecht harmonisiert werden. Dies gelingt aber nur zum Teil. Zugleich führt das mit großem zeitlichem Abstand zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz nachlaufende Dritte Pflegestärkungsgesetz zu einer solchen zeitlichen Enge vor dem Inkrafttreten am 1.1.2017, dass eine geordnete Vorbereitung und Umsetzung kaum möglich ist. Es bedarf entsprechender Übergangsregelungen.**
- **Der Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes führt zu deutlichen Mehrbelastungen in der Sozialhilfe, die im Finanztableau nicht ausgewiesen sind. Zum einen werden mehr Menschen die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, als im**

Entwurf angenommen. Zum andern sind die beim Zweiten Pflegestärkungsgesetz bereits behaupteten und vorliegend gegengerechneten Entlastungen nicht nachvollziehbar. Die Mehrbelastungen müssen den Sozialhilfeträgern vollständig ausgeglichen werden.

- Die Schnittstellen zwischen Pflege und Behinderung sind nicht streitfrei geklärt. Der diesbezügliche Vorschlag des Bundesrats, der auf den Zeitpunkt des Eintritts einer Behinderung abstellt, wird unterstützt.
- Der Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes hält an der derzeitigen Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen in Behinderteneinrichtungen nicht nur fest, sondern weitet sie sogar noch aus. Die Diskriminierung sollte aufgehoben werden. Den pflegeversicherten Betroffenen müssen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.
- Die Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege betreffen nur marginale Bereiche und bleiben weit hinter den Erwartungen der kommunalen Spitzenverbände und den auch in der Fachwelt geäußerten Erfordernissen zurück. Die Ausgestaltung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erweckt den Eindruck, als seien sie nicht wirklich gewollt. Der Änderungsvorschlag des Bundesrates sollte aufgegriffen werden.

Zu a)

Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) sowie Stellungnahme des Bundesrates und Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Grundsätzliche Anmerkungen:

Einheitlicher Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich

Wir begrüßen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen einbezieht. Die kommunalen Spitzenverbände haben die Erarbeitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konstruktiv unterstützt. Sie haben in beiden Beiräten beim BMG aktiv mitgewirkt und stets darauf hingewiesen, dass der einheitliche Lebenssachverhalt der Pflegebedürftigkeit in den beiden Leistungsgesetzen, die sich mit der Abdeckung dieses Lebensrisikos befassen – SGB XI und SGB XII –, einheitlich geregelt sein muss. Daher war zu kritisieren, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) lediglich im Recht der Pflegeversicherung nach dem SGB XI eingeführt wurde, obschon das ergänzende Leistungssystem des SGB XII für die bedarfsdeckende Versorgung zwingend mit dem Recht der Pflegeversicherung im Einklang stehen muss. Unser Petition war und ist, im SGB XII denselben Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen wie im SGB XI – dies erfolgt nun allerdings nicht ganz, wie auszuführen sein wird.

Keine ausreichende Vorbereitungszeit

Durch das sehr späte Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) sehen wir erhebliche Schwierigkeiten auf die Kommunen zukommen. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XII parallel zum SGB XI zum 1.1.2017 in Kraft treten soll, verbleibt nach dem voraussichtlichen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens kurz vor Weihnachten 2016 keine ausreichende Zeit, um die Änderungen im SGB XII vorzubereiten. Angesichts des sehr langen Zeitraumes, der der Pflegeversicherung für die notwendigen Vorbereitungen zur reibungslosen Einführung des neuen Begriffs eingeräumt wurde, befremdet dies sehr. Es ist nicht akzeptabel, dass ein Gesetz, das erhebliche finanzielle und administrative Auswirkungen auf die Kommunen hat, in einem solchen Verfahren durchgezogen wird.

Ungeklärte Schnittstelle Pflege – Behinderung

Ein zentrales Anliegen muss es sein, die Schnittstelle zwischen der teilhabeorientierten Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung klar und eindeutig zu gestalten. Dabei steht außer Frage, dass das System der Pflegeversicherung, das mit den Beiträgen der Versicherten das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit zum Teil absichern soll, Vorrang haben muss vor den Leistungen der steuerfinanzierten Eingliederungshilfe. Diese grundlegende Erwartung wird im vorliegenden Gesetzentwurf, der im Zusammenhang mit dem ebenfalls im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Bundesteilhabegesetz gesehen werden muss, ebenso wenig erfüllt wie die Forderung nach einer klaren Abgrenzung von teilhabeorientierter Pflege und Eingliederungshilfe.

Die bestehende Diskriminierung von pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird mit dem Regierungsentwurf des PSG III fortgeschrieben und zudem auch noch ausgeweitet. Dies ist weder mit dem Verbot der Diskriminierung nach dem Grundgesetz noch mit der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang zu bringen. Pflegeversicherte Menschen mit Behinderungen dürfen nicht von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen werden, nur weil sie in einem Umfeld leben, das auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Beträchtliche Mehrbelastungen der Sozialhilfe

Hinzu kommt, dass die Kostenauswirkungen des Entwurfs für die Träger der Sozialhilfe stark unterschätzt werden. Bereits zum PSG II hat das Institut für Sozialforschung und die Gesellschaftspolitik (ISG) Mehrkosten von bis zu 1 Mrd. € jährlich errechnet; andere Schätzungen liegen noch deutlich höher. Der Entwurf hält dagegen eine Entlastung in Höhe von 330 Mio. €, abschmelzend auf 230 Mio. €, fest. Auch die Annahmen des Bundes für die Belastungen nach dem PSG III in Höhe von 202 Mio. € im Einführungsjahr und 184 Mio. € jährlich in den Folgejahren sind nicht überzeugend. Es werden deutlich höhere Mehrausgaben erwartet, als im Entwurf ausgewiesen werden.

Zunächst ist davon auszugehen, dass der leistungsberechtigte Personenkreis durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht unerheblich ausgeweitet wird. Zugleich werden die Ausgaben der Hilfe zur Pflege insbesondere für Menschen, die bisher nicht pflegeversichert sind, werden durch die neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erheblich ansteigen. Durch die Ausweitung des Anwendungsbereichs von § 43a SGB XI auch auf ambulant betreute Wohngemeinschaften werden zusätzliche Lasten von der Pflegeversicherung auf die Eingliederungshilfe verschoben. Auch wird der erhebliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (neue Software, Schulungen, neue Leistungsbescheide für alle Berechtigten etc.) nicht ausreichend abgebildet. Wir lehnen die Mehrbelastungen in der Sozialhilfe nachdrücklich ab.

Unzureichende Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Schließlich sollte durch das PSG III die Rolle der Kommunen für eine bessere Pflegeinfrastruktur vor Ort gestärkt werden. Nach wie vor fehlt den Kommunen die für die Steuerung der Pflegeinfrastruktur notwendige gesetzliche Unterstützung, um regulierend in Situationen der Unter- oder Überversorgung eingreifen zu können. In der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege waren einige Maßnahmen verabredet worden. Angesichts des Wissensvorsprungs der kommunalen Ebene gegenüber den Pflegekassen über die Pflegestruktur vor Ort halten wir eine stärkere kommunale Pflegeplanung für erforderlich. Ebenso sinnvoll wäre eine stärkere Einbindung der Kommunen in die Beratungsstrukturen. Dies – in Verbindung mit der Anpassung der Sozialräume an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft – könnte zu einem deutlichen Schub in der Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen führen. Auch der Grundsatz „ambulant vor stationär“ könnte so gestärkt wer-

den. In dem PSG III-Entwurf werden dagegen die in der Bund-Länder-AG ohnehin schon abgeschwächten Ansätze weiter zurückgefahren. Insbesondere die überbürokratisierten Vorschläge zu einer modellhaften Beratung durch die Kommunen nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes, der das Modell bekanntlich ablehnt, zeigen dies deutlich. Wir bekräftigen stattdessen den Änderungsvorschlag des Bundesrats zu §§ 123 f. SGB XI-E, der den Belangen der Praxis besser Rechnung trägt.

Im Einzelnen:

Zu Artikel 1, Änderungen des SGB XI

§ 7c SGB XI-E, Pflegestützpunkte

In § 7c SGB XI-E sollte für die Schaffung neuer Pflegestützpunkte eine Anschubfinanzierung ergänzt werden, wie sie bei der Einführung der gesetzlichen Regelung zu den Pflegestützpunkten vorgesehen war. Dies halten wir aus Gründen der Gleichbehandlung sowie zur Unterstützung der erfolgreichen Umsetzung vor Ort für angezeigt.

Zugleich sollte klargestellt werden, dass es keine Beschränkung auf nur einen Pflegestützpunkt im Zuständigkeitsbereich eines Landkreises/einer Stadt gibt, sondern dass auch mehrere Pflegestützpunkte eingerichtet werden können. Dies würde den Belangen der Pflegebedürftigen nach einer wohnortnahen Beratung insbesondere in Flächenlandkreisen stärker Rechnung tragen.

Sofern in der Begründung (wie auch mehrfach sonst im Entwurf) der umgangssprachliche Begriff „kommunalen Stellen“ verwendet wird, sollte richtig gestellt werden, dass dies die kommunalen Gebietskörperschaften bzw. genauer: die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe sind.

§ 8a SGB XI-E, Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Bei der nun gesetzlich vorgesehenen Bildung von sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen fehlt die Beteiligung der örtlichen Sozialhilfeträger (Landkreise und kreisfreie Städte). Diese verfügen über umfangreiche Kenntnisse der örtlichen Pflegeinfrastruktur. Ihre Beteiligung sollte ergänzt werden.

§ 13 SGB XI-E i.V.m. § 63b Abs. 1 SGB XII-E, Verhältnis von Pflege und Eingliederungshilfe

Das heutige Gleichrangverhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege stellt die Praxis vor große Schwierigkeiten. Dies will der Entwurf in weiten Teilen zu Lasten der Eingliederungshilfe lösen, indem diese für vorrangig erklärt wird. Dies ist nachdrücklich abzulehnen. Es bedarf einer vorrangigen und in diesem Punkt vollständigen Verantwortung der Pflegekasse. Dies liegt schon in der Struktur der Pflegeversicherung als beitragsfinanziertes Versicherungssystem begründet, dessen Versicherte einen Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben.

Die Abgrenzungsnorm des § 13 Abs. 3 SGB XI-E sieht – dem widersprechend – außerhalb des häuslichen Umfelds einen Vorrang der Eingliederungshilfe vor den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Bei Leistungserbringung im häuslichen Umfeld wird zwar ein Vorrang der Pflegeleistungen festgeschrieben, allerdings nur, wenn nicht die Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Dieses offene Tatbestandsmerkmal in der Rückausnahme wird zu vielfältigen Abgrenzungsschwierigkeiten führen, da stets umstritten sein wird, wann die Eingliederungshilfe bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit im Sinne des neuen teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Vordergrund steht. Insbesondere kann es nicht sein, dass die Ent-

scheidung hierzu (allein) der Pflegekasse obliegen soll; eine Entscheidung zu Lasten der Eingliederungshilfe lässt sich leicht treffen. Da es um Zuständigkeitsregelungen geht und diese als Schutzvorschriften für den Bürger ausgestaltet sind, muss dieser aus dem Gesetz entnehmen können, wer für ihn zuständig ist.

Hinzu kommt, dass unklar ist, was ein „häusliches Umfeld“ ist. Gehören ambulant betreute Wohngemeinschaften dazu? Diese Fragestellung zieht sich durch alle einzelnen Leistungstatbestände, die im Zusammenhang mit der Häuslichkeit stehen.

Nachdrücklich zu kritisieren ist, wie ausgeführt, zudem, dass die Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe beibehalten werden soll. Sofern behinderte Menschen pflegebedürftig sind, müssen ihnen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.

§ 37 Abs. 8 SGB XI-E, Beratungsbesuche

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind von der Pflegekasse zu vergüten. In § 37 Abs. 8 SGB XI-E ist vorgesehen, dass auch Kommunen, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, solche Beratungsbesuche durchführen können. Im Gegensatz zu allen anderen Stellen, die diese Besuche durchführen, soll den Kommunen hierfür jedoch keine entsprechende Vergütung zugestanden werden.

Hintergrund des Anliegens, diese Beratungsbesuche auch kommunal durchführen zu können, ist gerade die Verbesserung der Beratung durch ein breiteres Beratungsspektrum, als es von reinen Pflegefachkräften geboten werden kann. Damit wäre auch ein zeitlich und qualitativ verbessertes Angebot möglich. Dass sich die Pflegekassen trotz der grundsätzlichen Vergütungspflicht gegenüber allen anderen Beratungsstellen bei den Kommunen umsonst bedienen können sollen, ist abzulehnen.

§ 43a SGB XI-E, Inhalt der Leistung

Die Ausweitung der pflegebedürftige behinderte Menschen benachteiligenden Regelung des § 43a SGB XI ist nachdrücklich abzulehnen. Bereits die heutige Regelung diskriminiert die versicherten Betroffenen, wenn sie in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen (s. grundsätzliche Anmerkungen). Diese Diskriminierung erweitert § 43a SGB XI-E nun noch auf den Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Dies verstößt nicht nur gegen die UN-Behindertenrechtskonvention, sondern auch gegen die Gleichheitsgrundsätze des Art. 3 GG. Es ist nicht ersichtlich, warum den Betroffenen, die pflegeversichert sind, geringere Leistungen der Pflegeversicherung zustehen sollen als nicht behinderten Versicherten.

§§ 123, 124 SGB XI-E, Modellvorhaben zur kommunalen Beratung

Der Bundesrat hat bereits im Gesetzgebungsverfahren zum PSG II einen Regelungsvorschlag zu dem gemeinsamen von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden verarbeiteten Modellprojekt zur kommunalen Beratung vorgelegt. Dieser Vorschlag hätte bereits damals aufgegriffen werden können; er setzt die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen um.

Die im PSG III-Entwurf vorgesehene Regelung der Bundesregierung legt dagegen den Schluss nahe, dass das Modellprojekt nicht gewollt ist. Vorgesehen ist ein überkomplexes System. Die zwingende Übernahme der Pflegekurse nach § 45 SGB XI erscheint unnötig, die Vielzahl der im Gesetz vorgesehenen zwingenden Beratungsgegenstände übertrieben. Diese umfangreichen Vorgaben stehen zudem in Kontrast zu dem eng eingegrenzten Beratungsfel-

dern der Pflegeversicherung. Als gesetzliche Vorgaben engen sie jedweden eigenen Gestaltungsspielraum ein. Es ist aber gerade der Sinn von Modellvorhaben, unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten auszuprobieren.

Besonders fragwürdig ist § 123 Abs. 4 SGB XI-E. Danach beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (ohne die Kommunen auch nur anzuhören) Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung des Modellvorhabens. Da sich der Spitzenverband wiederholt kritisch zu dem Modellvorhaben geäußert hat, ist mit weiteren Einschränkungen und unrealistischen Vorgaben zu rechnen. Solcher zentraler Empfehlungen bedarf es nicht, sie behindern die örtliche Umsetzung vielmehr. Daher wäre auch eine gemeinsame Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene nicht hilfreich. Sie würde vielmehr den Pflegekassen sogar eine Veto-Position einräumen, Zeit kosten und wiederum die Handlungsspielräume für die Modelle vor Ort einschränken. Die Vorgaben für die Voraussetzungen und die Inhalte der Modellvorhaben sollten ausschließlich vom Bundesgesetzgeber im SGB XI und sodann von den Ländern bei der Zulassung der Modellvorhaben normiert werden.

Abzulehnen ist des Weiteren, dass die einzelne Modellkommune „gemeinsam und einheitlich“ mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine Vereinbarung nach § 123 Abs. 5 SGB XI-E schließen soll. Kommunale Modelle müssen nach den konkreten Gegebenheiten und den unterschiedlichen Erfordernissen im Landkreis und der Stadt ausgestaltet werden können. Sie müssen daher zwangsläufig örtlich unterschiedlich sein dürfen. Eine „einheitliche“ Vereinbarung mit einer Vereinigung auf Landesebene läuft dem zuwider und verhindert die Berücksichtigung der örtlichen Unterschiede.

Schließlich ist abzulehnen, dass die Evaluation der Modellvorhaben nach § 124 Abs. 3 SGB XI-E dem GKV-Spitzenverband übertragen werden soll und für die Einbeziehung der Länder lediglich ein Benehmen vorgesehen ist – eine Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände ist nicht einmal vorgesehen. Es bedarf dringend einer neutralen Stelle ohne eigene Interessen. Die Evaluation sollte vom BMG ausgeschrieben und an unabhängige Wissenschaftler vergeben werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf den Änderungsantrag 27 zu §§ 123, 124 SGB XI-E eingebracht, der als Kompromissvorschlag einen für die kommunale Praxis noch gangbaren Weg vorsieht. Er wird von uns unterstützt und sollte vollständig übernommen werden. Weitere Abstriche würden an der Sinnhaftigkeit der Modellvorhaben zweifeln lassen.

Zu Artikel 2, Änderungen des SGB XII

§ 61a SGB XII-E, Begriff der Pflegebedürftigkeit

Zur Vermeidung von Verwerfungen sowie von neuen Ungerechtigkeiten sollte im SGB XII derselbe Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, wie er im SGB XI bereits normiert worden ist. Nach § 14 SGB XI i.d.F. ab 1.1.2017 muss die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Eine solche Einschränkung findet sich in § 61a SGB XII-E nicht. Damit sind auch Leistungen zu gewähren, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt, während dies im SGB XI nicht der Fall ist.

Richtig ist, dass unterhalb des Pflegegrades 1 keine Pflegebedürftigkeit besteht. Die Situation ist hier anders als bei der vormaligen Pflegestufe 1. Da diese erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit einsetzte, wurde ein geringerer Bedarf über die Pflegestufe 0 aufgefangen. Der Pflegegrad 1 setzt dagegen bereits bei einem deutlich geringen Ausmaß an Pflegebedürftig-

keit ein, so dass unterhalb dessen kein Bedarf an Hilfe zur Pflege bestehen kann. Ein etwaiger Bedarf ist über den Lebensunterhalt oder ggf. andere Regelungen zu decken.

§ 63 SGB XII-E, Begleitung in der letzten Lebensphase

Wir geben zu bedenken, dass die explizite Erwähnung der zweifellos wichtigen Begleitung in der letzten Lebensphase als Bestandteil der Hilfe zur Pflege die bestehenden und ungelösten Abgrenzungsprobleme zur häuslichen Krankenpflege und den Hospizdiensten verschärft. Die Leistungen des SGB XII sollten den Leistungen der Pflegekasse entsprechen.

§ 64 SGB XII-E, Vorrang häuslicher Pflege

Hier verweisen wir auf das zu § 13 SGB XI-E Gesagte.

§ 64b SGB XII-E, Häusliche Pflegehilfe

Bisher werden die angemessenen Kosten für eine Pflegehilfe durch die Träger übernommen. Die nun vorgesehene Formulierung legt nahe, dass stattdessen eine Sachleistung gewählt werden muss. Dies ist vermutlich nicht gewollt und sollte sprachlich korrigiert werden.

§ 64d SGB XII-E, Pflegehilfsmittel

In § 64d SGB XII-E ist der Verzicht auf eine ärztliche Verordnung vorgesehen, ohne dass (wie im SGB XI) eine Überprüfung mit dem MDK erfolgt. Es sollte daher vorgesehen werden, dass jedenfalls die Empfehlung des MDK zu dem Pflegehilfsmittel vorliegen muss.

Darüber hinaus wirft die vorgesehene leihweise Überlassung der Hilfsmittel Schwierigkeiten auf. Während die Pflegekassen entsprechende Verträge mit Sanitätshäusern etc. geschlossen haben, ist dies angesichts des kleineren Berechtigtenkreises in der Sozialhilfe weder geübte Praxis noch verwaltungsökonomisch sinnvoll. Zur Lösung dieses Problems könnte eine Verpflichtung beitragen, den Trägern der Sozialhilfe einen Zugang zu den Verträgen der Pflegekassen einzuräumen.

§ 65 SGB XII-E, Stationäre Pflege

Ausweislich der Regelung ist ein Zugang zur stationären Pflege erst ab Pflegegrad 2 möglich. Dies führt zu erheblichen Problemen für den Personenkreis, der dieses Kriterium nicht erfüllt. Dies sind Personen, die bereits in entsprechenden Einrichtungen leben bzw. unterstützt werden. Hier bedarf es einer Bestandsschutzregelung.

§ 70 SGB XII-E, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Es fehlt in der Neuregelung die Einschränkung, dass die dort vorgesehenen Leistungen nicht bei Personen geleistet werden, deren Bedarfe zur Weiterführung des Haushalts bereits gedeckt sind. Hierzu gehören Personen, die häusliche Pflegehilfe erhalten, ebenso Personen, die Pflegegeld beziehen. Eine doppelte Bedarfsdeckung muss ausgeschlossen sein.

Wünschenswert wäre auch eine Klärung des Verhältnisses der Leistungen nach § 70 SGB XII zu den Leistungen nach § 27b Abs. 3 SGB XII erfolgt. Die Rechtsgrundlagen der sog. Haushaltshilfe sind dermaßen vielfältig, dass eine Klarstellung der Verhältnisse der Regelungen im SGB XII, SGB XI und im zukünftigen Bundesteilhabegesetz notwendig erscheint.

§ 98 Abs. 5 SGB XII

In der Rechtsprechung ist die Anwendung der Regelung auf ambulant betreute Wohngemeinschaften umstritten. Eine Klarstellung wäre wünschenswert.

§ 137 SGB XII-E, Überleitung der Pflegegrade zum 1.1.2017

Die Übergangsregelung sieht lediglich eine schematische Überleitung der bisherigen Pflegestufe in einen neuen Bedarfsgrad vor. Etwaige Feststellungen zur eingeschränkten Alltagskompetenz, die in dem Überleitungsrecht des Pflegeversicherung von Bedeutung sind, bleiben unerwähnt. Somit wird auch nicht die in der Praxis noch offene Frage gelöst, wie Personen einzustufen sind, die in der bisherigen Pflegestufe 0 sind, aber eingeschränkt alltagskompetent sind. Hier bedarf es angesichts der Lücke im PSG II einer Regelung.

Es fehlt insbesondere auch eine Regelung zu den bereits bewilligten Leistungen vor Inkrafttreten des PSG III. Es ist ausgeschlossen, zum 1.1.2017 allen bisherigen Leistungsberechtigten die Leistungen nach dem dann geltenden Rechtsgrundlagen zu bewilligen. Es muss eine Bestandsschutzregelung ähnlich den Bestandsschutzregelungen im SGB XI geben, die im PSG II vorgesehen sind. Die vom Bundesrat hierzu vorgesehen Änderungsvorschläge werden von uns daher unterstützt.

Zu den Änderungen des SGB V

§ 37 SGB V-E, Häusliche Krankenpflege

Der von den Fraktionen CDU/CSU und SPD eingebrachte Änderungsantrag 25 befasst sich mit den Leistungen der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI und schlägt eine Änderung des § 37 SGB V vor. Beabsichtigt ist, dass Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nur dann Leistungen der Behandlungspflege erhalten, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Damit soll eine Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgegriffen werden, wonach vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen haben, ohne dass Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB XI in Anspruch genommen werden können.

Die Hürde für die Inanspruchnahme von Behandlungspflege wird durch die vorgeschlagene Neuregelung deutlich zu hoch angesetzt. Das BSG spricht nur von solchen Maßnahmen, für die es keine besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen auch ausgeführt werden könnten. Die im Änderungsantrag vorgesehene Anforderung, dass die Behandlungspflege eine ständige Überwachung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, geht deutlich darüber hinaus und sollte zurückgeführt werden.

Zu b)

Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“

Der Antrag hält eingangs fest, dass Kommunen auf Planung und Ausgestaltung von qualifizierter Pflege kaum noch Einfluss nehmen können, kritisiert die ungeklärten Schnittstellen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und beschreibt die Schwierigkeiten der kommunalen Infrastruktur insbesondere im ländlichen Raum. Dies ist alles zutreffend und entspricht unseren Einschätzungen.

Nicht ganz erschließt sich der Vorschlag nach einer solidarischen Ausgestaltung der finanziellen Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung in II.3 des Antrags. Die Finanzausstattung der Kommunen erfolgt über Steuern sowie über Zuweisungen der Länder und Erstattungen des Bundes, während die Pflegeversicherung über Versicherungsbeiträge finanziert wird. Dies sind unterschiedliche Finanzierungssysteme. Wird die Pflegeversicherung, wie unter II.3b) des Antrags vorgesehen, zu einer Vollversicherung ausgestaltet, bedarf es keiner Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr, so dass die Kommunen nicht mehr einbezogen wären.

Zu c)

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“

Der Antrag greift eine Reihe unserer Positionen für eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege auf. Er beschreibt zutreffend die unzureichende Einbeziehung der Kommunen im gesamten Pflegekontext und erhebt konkrete Forderungen. Hervorzuheben ist die Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur in II.2 des Antrags. Diese wäre für die Versorgung im Sozialraum, die den Belangen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Rechnung trägt, von großer Bedeutung.

Auch die Schaffung von Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort in kommunaler Verantwortung in II.1 des Antrags ist richtig. Sofern die Begründung zu diesem Punkt ausführt, dass die 60 Modellprojekte zur kommunalen Beratung darin aufgehen würden, verstehen wir den Vorschlag so, dass er flächendeckend vorgesehen ist. Zu klären wäre dann die Finanzierung der neuen Aufgabe. Der vorgesehene Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung wäre als ein Instrument der Regelfinanzierung nicht praktikabel. Er wäre eine neue Mischfinanzierung und ewig Streitbefangen.

Zu hinterfragen ist der Vorschlag in II.6 des Antrags, den sog. Mehrkostenvorbehalt nach § 13 SGB XII aufzuheben. Dieser ist zentraler Bestandteil des SGB XII und für die Praxis wichtig. Andernfalls würde der Sozialhilfeträger sämtliche Kosten jeglicher Leistung übernehmen müssen. Dies würde dem Gebot, öffentliche Leistungen wirtschaftlich und sparsam einzusetzen, widersprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Irene Vorholz
Beigeordnete des Deutschen Landkreistages

Stefan Hahn
Beigeordneter des Deutschen Städtetages