

Die Regelungen des PSG I im Einzelnen

Quelle: Peter Uschding, *Juris Aktuell*

1. Leistungsverbesserungen bei der häuslichen Pflege

a) Erhöhung der Leistungsbeträge durch Umsetzung der Dynamisierungsklausel

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden seit ihrer Einführung erstmals mit dem PflWG zum 01.07.2008 in mehreren Stufen (zum 01.07.2010 und 01.07.2012) um gegriffene Summen heraufgesetzt. Durch die mit dem PflWG in § 30 SGB XI neu eingeführte Überprüfungs- und Anpassungspflicht war für das Jahr 2014 erstmals eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung vorgeschrieben. Mit dem PSG I kommt der Gesetzgeber dieser selbstgesetzten Pflicht nach. Bei der Bemessung des Steigerungssatzes geht er vor allem von der kumulierten Preisentwicklung in den letzten drei Jahren aus; dieser Orientierungswert ist in § 30 Satz 2 SGB XI vorgegeben. Die Leistungsbeträge für Pflegesachleistung, Pflegegeld, teil- und vollstationäre Pflege (einschließlich Kurzzeitpflege) werden in allen Pflegestufen sowie bei Pflegesachleistungen und vollstationärer Pflege auch in Härtefällen zum 01.01.2015 um 4 v.H. angehoben; um denselben Satz wird auch der Höchstbetrag der Kostenübernahme bei Verhinderung einer Pflegeperson erhöht. Zur „besseren Übersichtlichkeit“ der komplexen Regelungen der sog. Verhinderungspflege wurde § 39 SGB XI zudem in drei Absätze unterteilt; wobei sich der neu eingefügte Abs. 3 allerdings auf die neu eingeführte Flexibilisierung zwischen Ersatz- bzw. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege bezieht (vgl. unten IV.1.c).

Die Anhebung um (nur) 4 Prozent leitet der Gesetzgeber aus einer stärkeren Berücksichtigung der sehr moderaten Inflationsentwicklung ab (BT-Drs. 18/1798, S. 26). Bei Leistungen, die erst mit dem im Oktober 2012 verabschiedeten PNG eingeführt worden sind (Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI und Übergangsleistungen an Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI), soll die Preisentwicklung der letzten zwei Jahre mit einem Anpassungssatz von 2,67 Prozent berücksichtigt werden. Die Leistungsbeträge wurden kaufmännisch auf volle Euro gerundet. Von der Dynamisierung werden aber auch eher randständige Leistungen erfasst, wie etwa die Vergütung für Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI, die pauschale Leistung der Pflegeversicherung bei Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Behinderteneinrichtung (nach § 43a SGB XI, jetzt 266 statt zuvor 256 Euro) oder die Leistungsbeträge für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) von 31 Euro auf 40 Euro monatlich. Der Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI) wurde dagegen überproportional von 2.557 auf 4.000 Euro erhöht. Bei Wohngruppen erhöht sich der Gesamtbetrag dadurch auf bis zu 16.000 Euro.

b) Ausbau der Ersatzpflege und Kombination mit Kurzzeitpflege

Die Möglichkeiten der Nutzung von (häuslicher) Ersatz- und (stationärer) Kurzzeitpflege wurden erheblich flexibilisiert. Bei Verhinderung einer häuslichen Pflegeperson kann künftig für bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) im Kalenderjahr Ersatzpflege in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen übernommen wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (§ 39 Abs. 2 SGB XI). Die Aufwendungen, die von der Pflegekasse hierfür übernommen werden, sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe begrenzt. Neu eingeführt wurde zudem eine Kombinationsmöglichkeit mit dem Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege: Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach Absatz 1 können bis zu 50 Prozent des Betrages für Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) für häusliche Verhinderungspflege eingesetzt werden, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Dies soll vor allem den Anspruchsberechtigten zugutekommen, die während einer längeren Zeitspanne einen Ersatz für ihre angestammte Pflegeperson benötigen, die aber andererseits eine Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht nutzen können bzw. wollen.

Neu eingeführt wurde auch die Möglichkeit, die Höchstsumme für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege durch noch nicht ausgenutzte Leistungsbeträge aus der Ersatzpflege um bis zu 1.612 Euro (das ist der Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 SGB XI) auf insgesamt 3.224 Euro im Kalenderjahr aufzustocken. In diesem Fall erhöht sich der zeitliche Rahmen für die Nutzung von stationärer Kurzzeitpflege auf acht Wochen im Kalenderjahr.

Pflegebedürftige behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die zu Hause gepflegt werden, konnten bisher in begründeten Einzelfällen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 71 Abs. 4 SGB XI) und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich war oder nicht zumutbar erschien. Die Altersgrenze von 25 Jahren in § 42 Abs. 3 SGB XI wurde gestrichen. Maßgebend ist damit nunmehr allein, ob im Einzelfall eine angemessene Versorgung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar ist. Nach Auffassung des Gesetzgebers ist dies allerdings beschränkt auf Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden. Die Öffnung von Behinderteneinrichtungen für die Durchführung von Kurzzeitpflege soll nicht dazu führen, den Aufenthalt von behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen jeweils für vier Wochen je Kalenderjahr durch die Pflegeversicherung zu finanzieren, indem bei dort wohnenden Pflegebedürftigen vier Wochen im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert werden (BT-Drs. 18/1798, S. 28).

c) Leistungsausweitungen bei der Kombination von Pflegesachleistung und Tages- bzw. Nachtpflege

Das PSG I eröffnet eine anrechnungsfreie Kumulation von Ansprüchen auf teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege einerseits und von Ansprüchen auf Leistungen bei häuslicher Pflege (ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 und § 123 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI) andererseits. Eine Anrechnung der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf die für ambulante Pflegeleistungen in der jeweiligen Pflegestufe zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge findet nicht mehr statt. Ebenso wenig wird die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen auf die für die teilstationäre Pflege nach § 41 Abs. 2 SGB XI zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge angerechnet. Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination dieser Leistungsarten (Abs. 4 bis 7 des § 41 SGB XI) wurden aufgehoben. Auch mit dieser Maßnahme soll ein gewichtiger Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf geleistet werden.

d) Ausweitung der niedrigschwelligen Betreuungsleistungen und Öffnung auch für Pflegebedürftige ohne Einschränkung der Alltagskompetenz

Die durch Kostenerstattung geltend zu machenden Leistungen nach § 45b SGB XI konnten bislang zweckgebunden nur für Betreuungsmaßnahmen eingesetzt werden und standen allein Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu, bei denen die Voraussetzungen von § 45a SGB XI festgestellt waren. Durch den neu eingefügten Abs. 1a in § 45b sind nunmehr auch Pflegebedürftige aller Pflegestufen ohne Einschränkung der Alltagskompetenz anspruchsberechtigt. Der Kostenerstattungsanspruch aus § 45b Abs. 1 SGB XI kann nunmehr zudem nicht nur wie bisher für zusätzliche Betreuungs-, sondern auch für zusätzliche Entlastungsleistungen genutzt werden. Als zusätzliche Entlastungsleistungen sieht der Gesetzgeber etwa: Unterstützung im Haushalt, organisatorische Hilfestellungen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder Maßnahmen, die der Entlastung pflegender Angehöriger dienen (BT-Drs. 18/1798, S. 29). Insbesondere die hauswirtschaftliche Versorgung konnte bislang nur als Sachleistung in Anspruch genommen werden, oder sie war beim Bezug von Pflegegeld Gegenstand der umfassenden Sicherstellung der häuslichen Versorgung, die vom Pflegebedürftigen selbst zu organisieren ist.

e) Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Zur Finanzierung niedrigschwelliger Leistungen können Pflegebedürftige oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz neben den relativ geringfügigen Beträgen nach § 45b

Abs. 1 Satz 2 SGB XI (100 oder 200 Euro monatlich) auch nicht verbrauchte Beträge aus dem Anspruch auf Verhinderungspflege (§ 45b Abs. 1 Satz 7 SGB XI) oder der Pflegesachleistung nach den §§ 36 und 123 SGB XI (§ 45b Abs. 3 SGB XI) einsetzen. § 45b Abs. 3 SGB XI enthält eine neuartige Kombinationsmöglichkeit im Leistungssystem der Pflegeversicherung. Die Regelung ermöglicht eine Übertragung nicht verbrauchter Beträge aus dem Budget der Pflegesachleistung (nach § 36 bzw. § 123 SGB XI) in das für Betreuungs- und Entlastungsleistungen verfügbare Budget (nach § 45b Abs. 1 SGB XI). Hierdurch sollen die Wahlrechte der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe (zusammenfassende Definition jetzt: Anspruchsberechtigte) verbessert werden. Die Abrechnung erfolgt im Wege der Kostenerstattung; die auf diesem Weg abgerufenen Leistungen werden auf das Sachleistungsbudget angerechnet; bei einer Kombination mit Pflegegeld steht dieses entsprechend § 38 SGB XI nur anteilig zur Verfügung. Maximal können jedoch nur 40% der für ambulante Pflegesachleistungen je nach Pflegestufe vorgesehenen Leistungsbeträge für niedrigschwellige Leistungen eingesetzt werden. Im Regierungsentwurf (BT-Drs. 18/1798) waren zunächst 50% vorgesehen; die Herabsetzung auf 40% erfolgte durch Beschluss des Gesundheitsausschusses (BT-Drs. 18/2909).

Die Begrenzung macht deutlich, dass der Gesetzgeber der Sicherstellung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung weiterhin Priorität einräumt. Dies wird in Satz 3 des § 45b Abs. 3 SGB XI ausdrücklich klargestellt. Hieraus kann zugleich der Schluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber bei einer höheren Quote der Kostenerstattung befürchtete, dass hierdurch die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen zurückgedrängt werden würde, was im Hinblick auf den Qualitätsstandard der Pflege offensichtlich nicht als erstrebenswert angesehen wird. Die neuartige Ausweitung der Möglichkeit, Betreuungs- und Entlastungsleistungen per Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können, wird begleitet von Maßnahmen, die die Pflegequalität absichern sollen. Zum einen sind die Abs. 3 bis 5 sowie 7 und 8 des § 37 SGB XI anzuwenden, in denen die Abrufung von Beratungseinsätzen geregelt ist; eine unterbliebene Nutzung der Beratung ist von der Pflegekasse durch Kürzung oder Entziehung der Kostenerstattung zu sanktionieren (§ 45b Abs. 3 Satz 7 HS. 2 SGB XI). Zum anderen werden die Landesregierungen ermächtigt, Einzelheiten über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung dieser Angebote durch Rechtsverordnung zu bestimmen (§ 45b Abs. 4 SGB XI). In diesem Zusammenhang werden die Länder etwa zu regeln haben, welche Qualifikationsanforderungen die Helferinnen und Helfer erfüllen müssen, die von Einrichtungen mit niedrigschwelligen Angeboten eingesetzt werden (BT-Drs. 18/1798, S. 36). Gleichzeitig ordnet der erheblich umgestaltete § 45c SGB XI jetzt zusätzlich eine Förderung von niedrigschwelligen Entlastungsangeboten aus Mitteln der Pflegeversicherung an. Dessen Absatz 3a enthält in Satz 4 eine beispielhafte, nicht abschließende Aufzählung von Angeboten, die als niedrigschwellige Entlastungsangebote in Betracht kommen.

f) Anhebung des Zuschusses für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Bei den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes fällt die Erhöhung des Leistungsrahmens wesentlich stärker aus als bei den übrigen Leistungen; nämlich von 2.557 Euro auf 4.000 Euro je Maßnahme. Bei mehreren Pflegebedürftigen, etwa in Wohngruppen (§ 38a SGB XI) erhöht sich der Betrag für derartige Maßnahmen von bis zu 10.228 Euro auf bis zu 16.000 Euro. Auch hierdurch soll der Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege gestärkt werden (BT-Drs. 18/1798, S. 27).

2. Umgestaltung der Voraussetzungen für einen Wohngruppenzuschlag

Durch den erst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG vom 23.10.2012, BGBl, 2246) mit Wirkung vom 30.10.2012 in § 38a SGB XI eingeführten Zuschlag für Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben, soll ein weiterer Anreiz für die Inanspruchnahme häuslicher Pflegeleistungen gesetzt werden. Zugleich soll angesichts der zunehmenden Singularisierung der Gesellschaft eine neuartige Versorgungsform gefördert werden, die eine effizientere Organisation der häuslichen Pflege ermöglichen soll. Das PSG I hat die

Vorschrift grundlegend umgestaltet. Zum einen wurde die Zahl der Mitglieder einer Wohngruppe begrenzt; zum anderen werden nunmehr auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (die nicht wenigstens der Pflegestufe I zugeordnet sind, aber die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen) als Mitbewohner und Leistungsberechtigte (über § 123 SGB XI) einbezogen. Den Pflegekassen werden zudem umfassende Datenerhebungen ermöglicht, um das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen nachprüfen zu können.

Die Pauschalleistung von 205 Euro kann nur beansprucht werden, wenn mindestens zwei und höchstens elf weitere Personen gemeinschaftlich pflegerisch versorgt werden und davon mindestens zwei weitere Personen entweder pflegebedürftig oder in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt (§ 45a SGB XI) sind. Vor dem Inkrafttreten des PSG I wurden Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Voraussetzungen zumindest der Pflegestufe I nicht erfüllten, als Mitbewohner nicht berücksichtigt. Ein Beispiel für die Hektik des Gesetzgebers liefert die Festsetzung der Höchstzahl der Mitglieder einer Wohngruppe in § 38a Abs. 1 Nr. 1 SGB XI. Sie war im PSG I auf „neun weitere Personen“ (also insgesamt zehn Personen) festgesetzt worden. Auf Veranlassung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BT-Drs. 18/3449, S. 13) wurde die Zahl in Art. 8 des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl I, 2462) auf „weitere 11 Bewohner“ (also insgesamt zwölf) erhöht, weil es sich hierbei um einen Praxiswert handele, der auch in etlichen heimrechtlichen Regelungen verwendet werde.

Die schnelle Änderung des § 38a SGB XI nur zwei Jahre nach seiner Einführung war aus der Sicht des Gesetzgebers notwendig, weil die Pflegekassen die Anspruchsvoraussetzungen in ihrer ursprünglichen Fassung nur unter Schwierigkeiten ermitteln konnten. Dies galt zum einen für die in § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI in der Fassung des PNG enthaltene Bezugnahme auf „die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften“; dies führte angesichts unterschiedlicher landesrechtlicher Regelungen zwangsläufig zu einer uneinheitlichen Leistungsgewährung. Umsetzungsschwierigkeiten verursachte auch die im ursprünglichen Abs. 2 des § 38a SGB XI enthaltene Forderung, dass eine Wohngruppe nur förderungsfähig sei, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen nicht eingeschränkt sei. Hiermit sollte eine missbräuchliche Deklaration einer stationären Pflegeeinrichtung als Wohngruppe verhindert werden. Die Neufassung der Vorschrift unternimmt nunmehr in Abs. 1 Nr. 4 den Versuch, dieses Ziel mit Kriterien zu erreichen, die aus dem Leistungserbringungsrecht der Pflegeversicherung vertraut sind, wie dem Vergleich mit der Ausgestaltung des Leistungsumfangs in Rahmenverträgen für stationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI.

Leistungsverbesserungen bei der stationären Pflege

Die Leistungsbeträge bei stationärer Pflege wurden ebenfalls um den allgemeinen Dynamisierungsfaktor von 4 v.H. erhöht. Dies ist bei den Pflegestufen I und II die erste Erhöhung seit dem Inkrafttreten der Leistungen bei stationärer Pflege am 01.07.1996! Für die Pflegestufe III sowie für Härtefälle waren die Leistungen mit dem PflWG geringfügig erhöht worden. Von erheblich größerer Bedeutung als die Dynamisierung der individuellen Leistungsbeträge ist für die stationäre Pflege jedoch die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel der Pflegeversicherung für Betreuungspersonen zur Verbesserung der Betreuungsrelationen in Pflegeheimen. Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen können bisher nach § 87b SGB XI zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzen. Der von der Pflegeversicherung finanzierte Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften hat sich in der Praxis vor allem im Hinblick auf die erhebliche Zunahme dementiell erkrankter Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen bewährt (BT-Drs. 18/1798, S. 39). Bei der Bemessung der Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte werden nunmehr jedoch nicht nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigt, sondern alle pflegebedürftigen Bewohner sowie diejenigen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Der Vergütungszuschlag wird von den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen mit der Pflegeeinrichtung für die Gesamtzahl der von ihr zu versorgenden Versicherten vereinbart und von ihnen getragen; die den

Vergütungszuschlag begründenden Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen und die Träger der Sozialhilfe dürfen dagegen mit den Vergütungszuschlägen auch dann nicht belastet werden, wenn die Kosten für die in der Einrichtung zusätzlich beschäftigten Betreuungskräfte die von den Kostenträgern gezahlten Vergütungszuschläge übersteigen (§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Die Aufwendungen für das zusätzliche Personal dürfen schon nach der mit dem PflWG eingeführten Regelung in § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI berücksichtigt werden. Auch die Relation von zusätzlichen Betreuungskräften zur Zahl der betreuten Heimbewohner wurde von 1 : 24 auf 1 : 20 verbessert (§ 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI). Die Dimension dieser Veränderung wird deutlich, wenn man bedenkt, dass mit dem PNG die ursprünglich im PflWG auf 1 : 25 festgesetzte Betreuungsrelation lediglich auf 1 : 24 herabgesetzt worden war.

Weitere Änderungen im Vergütungsrecht der Pflegeeinrichtungen

„Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI). Bei der Prüfung dieser Vorgabe durch die Kostenträger ist vor allem das Kriterium der wirtschaftlichen Betriebsführung, das sich auch in der entsprechenden Regelung der Vergütung von ambulanten Pflegeeinrichtungen (§ 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) findet, häufig umstritten. Das PSG I fügt jetzt sowohl bei den Regelungen über die Bemessung der Pflegesätze (§ 84 Abs. 2 Satz 5 SGB XI) als auch bei den Grundsätzen für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen (§ 89 Abs. 1 Satz 4 SGB XI) eine Bindung an Tarifverträge ein: „Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“. Der ebenfalls neu eingefügte Abs. 7 des § 84 SGB XI, der über die Verweisung in § 89 Abs. 3 Satz 4 SGB XI auch für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt, verpflichtet die Einrichtungsträger, die tarifvertraglich bzw. nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Vergütung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und dies ggf. gegenüber den Kostenträgern auch nachzuweisen.

Für Träger von Pflegeheimen ist eine weitere Dynamisierung von Bedeutung: Auch die sog. Abstufungsprämie, die von den Kostenträgern gezahlt wird, wenn sich der Pflegebedarf eines Heimbewohners reduziert und dieser einer niedrigeren Pflegestufe zugeordnet wird (§ 87a Abs. 4 SGB XI), wurde zum 01.01.2015 um die allgemeine Dynamisierungsrate von 4 Prozent auf 1.597 Euro erhöht.

Die Regelungen der §§ 89 Abs. 3 Satz 1 und 120 Abs. 3 SGB XI zur Vergütung von bzw. Vertragsgestaltung bei ambulanten Pflegediensten wurden auf Veranlassung des Gesundheitsausschusses (BT-Drs. 18/2909, S. 43 f.) weitestgehend auf die Fassung vor dem PNG zurückgeführt. Die Verpflichtung zur Vereinbarung von alternativen Vergütungen ist damit wieder rückgängig gemacht worden.

Ausweitung von Qualitätsprüfungen bei aktuellem Anlass

Vor dem Hintergrund, dass Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nicht als Vollerhebungen erfolgen, sondern auf der Basis von Stichproben, wurde in § 114 Abs. 5 SGB XI nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt, der die Einbeziehung von Pflegebedürftigen in eine Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung vorsieht, bei denen im Rahmen einer Prüfung, in die sie an sich nicht einbezogen werden sollten, Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege auftreten.

Im Zusammenhang mit dieser Änderung stehen Ergänzungen in § 115 Abs. 1a SGB XI, wo die Darstellung der Pflegequalität in Transparenzberichten geregelt ist. Durch den neu eingefügten Satz 3 wird klargestellt, dass bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 5 SGB XI die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität bildet. Der ebenfalls neu eingefügte Satz 6 enthält den Auftrag, bei der Darstellung der Qualität auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.

Bildung eines Pflegevorsorgefonds

Im Hinblick auf demographiebedingt steigende Leistungsausgaben hat das PSG I als Vierzehntes Kapitel Vorschriften zur Bildung eines Pflegevorsorgefonds angefügt (§§ 131

bis 139 SGB XI), um die Beitragsentwicklung langfristig zu stabilisieren und auf diese Weise die steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen zu verteilen und auch der Gefahr einer Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung zu begegnen. Der Pflegevorsorgefonds bildet ein Sondervermögen des Bundes. Die Verwaltung des Sondervermögens einschließlich der Anlage der aus dem Ausgleichsfonds stammenden Mittel wurde der Deutschen Bundesbank übertragen (§ 134 SGB XI). Das Bundesversicherungsamt führt dem Sondervermögen zulasten des Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI (dem vor allem Pflegeversicherungsbeiträge der Rentenversicherungsträger zufließen) monatlich einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht (§ 135 SGB XI). § 136 SGB XI sieht vor, dass ab dem Jahr 2035 das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität verwendet werden kann, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf Leistungsverbesserungen beruht, die über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehen.

Erhöhung des Beitragssatzes

Der zuletzt zum 01.01.2013 auf 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhte allgemeine Beitragssatz wird durch das PSG I um 0,3 Beitragssatzpunkte erhöht. Die Erhöhung ist aus der Sicht des Gesetzgebers erforderlich, um die Leistungserhöhungen und den Aufbau des Pflegevorsorgefonds finanzieren zu können.

V. Die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung

In der Pflegeversicherung gilt seit einiger Zeit der aus der Fußballersprache abgewandelte Leitsatz: Nach der Reform ist vor der Reform! Seit dem schwerpunktmäßig am 01.07.2008 in Kraft getretenen PflWG ist das PSG I nach dem PNG (größtenteils zum 01.01.2013 in Kraft getreten) innerhalb kurzer Zeit das dritte umfangreiche Änderungsgesetz. Und der Titel macht schon deutlich, dass alsbald ein zweites Pflegestärkungsgesetz folgt, dessen Verabschiedung spätestens für das Jahresende 2016 geplant ist. Dann erst soll der bereits seit Mitte 2009 vorliegende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden, der die schwer erträgliche Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen beseitigen soll. Die Umsetzung des neuartigen Bemessungssystems für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im (Teilkasko-)Leistungssystem der Pflegeversicherung verlangt politische Weichenstellungen, für die bislang erst vage Vorschläge vorliegen (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Stand: 27.06.2013). Die Begründung des Regierungsentwurfs zum PSG I beruft sich mehrfach auf Vorschläge des Expertenbeirats. Ein wichtiger Schritt ist die jetzt vorgenommene Öffnung des § 45b SGB XI für Pflegebedürftige ohne Einschränkung der Alltagskompetenz und die Ausweitung der Bemessungsbasis für zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeheimen, die bislang nur auf die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz abstellte. Beide Maßnahmen führen letztlich zum Abbau von Sonderrechten und zu einer Gleichbehandlung aller Versicherten, die nach Maßgabe des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als leistungsberechtigt in Betracht kommen. Die Umsetzung des Gleichheitssatzes im Leistungsrecht der Pflegeversicherung ist eine seit langem überfällige Maßnahme des Gesetzgebers, die nicht zwangsläufig höhere Finanzmittel erfordert.“