

**Vorschläge des
Forums behinderter Juristinnen und Juristen – FbJJ –
zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und der
Versorgungsqualität von Versicherten durch Erweiterung des
Arbeitgebermodells in der gesetzlichen Krankenversicherung und
sozialen Pflegeversicherung**

**Bearbeitet von:
Arne Frankenstein
Horst Frehe**

Bearbeitungsstand: 8.1.2020

Forum behinderter Juristinnen und Juristen**I. Vorbemerkung und Begründung****1. Hintergrund des Vorschlages**

Das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG) bezweckt eine Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege. Es hat zum Ziel, die besonderen Bedarfe von intensivpflegebedürftigen Versicherten angemessen sicherzustellen und dabei eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Stand zu gewährleisten sowie Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

In der jetzigen Fassung verfehlt der Referentenentwurf aber dieses Ziel. Das Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) teilt die gegenüber dem Gesetzentwurf vorgebrachte Kritik insbesondere hinsichtlich der fehlenden Umsetzung der Rechte aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und des in ihr verankerten Auftrags zur Schaffung eines inklusiven und diskriminierungsfreien Gemeinwesens. Der Gesetzentwurf verkennt, dass zwar nicht alle behinderten Menschen pflegebedürftig, aber alle pflegebedürftigen Menschen im Sinne der Definition der UN-BRK behindert sind. Behinderte Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung fallen in den persönlichen Anwendungsbereich der Konvention. Im Hinblick auf das in Art. 19 UN-BRK verankerte Recht von Menschen mit Behinderungen auf eine selbstbestimmte Lebensführung, freie Wahl ihres Wohnorts und die unzulässige Verweisung auf besondere Wohnformen mit anderen Menschen mit Behinderungen, müssen die erforderlichen Hilfen auch in der von ihnen gewünschten Wohnform erbracht werden. Auch in Anbetracht des die gesamte Konvention durchziehenden Prinzips der Autonomie und Selbstbestimmung ist es die völkerrechtliche Pflicht, die Versorgung im eigenen Lebensumfeld unabhängig von Grad und Schwere der Behinderung zu ermöglichen, wenn dies von den Betroffenen gewünscht wird. Gesetzgeberisches Handeln hat sich hieran auszurichten. Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat deshalb in seinen Abschließenden Bemerkungen zum ersten Staatenbericht Deutschlands im Jahr 2015 empfohlen, ausreichende Finanzmittel verfügbar zu machen, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern und die selbstbestimmte Lebensführung zu fördern, einschließlich höherer Finanzmittel für die Bereitstellung ambulanter Versorgungsoptionen in der Gemeinde.

Vor diesem Hintergrund ist die Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich verpflichtet, Instrumente zur Verfügung zu stellen, durch die Menschen mit Behinderungen eine selbstbestimmte Wahl der Unterstützungsleistungen und des Aufenthaltsorts treffen können. Die rechtlichen Regelungen müssen deshalb so geändert werden, dass für alle Leistungen des Sozialrechts die persönliche Assistenz als Leistungsform anerkannt und eine bedarfsdeckende, personenzentrierte Unterstützung für alle Menschen mit Behinderungen unabhängig von Art und Schwere der Beeinträchtigung rechtlich und praktisch ermöglicht wird (vgl. zuletzt die

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

Vorschläge des FbJJ zur Verwirklichung der UN-BRK vom 14.03.2019, S. 25 f.). Solange dies nicht erfolgt, können die Anforderungen der UN-BRK nicht erfüllt werden. Hierzu gehört auch die umfassende Etablierung der Assistenz im Sinne des § 78 SGB IX. Als erster Schritt zur notwendigen Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen bietet sich die Erweiterung des „Arbeitgebermodells“ in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung an. Aufgrund des hohen Grads der mit dem Arbeitgebermodell verbundenen Eigenverantwortlichkeit ist es prädestiniert, um die Eignung zur Sicherstellung der pflegefachlichen Versorgung zu belegen. Das Arbeitgebermodell ist zudem dem bestehenden Sozialgesetzbuch nicht fremd, insoweit sei exemplarisch auf § 63b Abs. 4 SGB XII verwiesen. Geboten erscheint zukünftig die Ausweitung auf sämtliche Angebote der Assistenz und deren Erbringung, insbesondere auch durch Dienste und Assistenzgenossenschaften.

2. Was ist das Arbeitgebermodell?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23.12.2016 ist das Arbeitgebermodell mit Wirkung zum 01.01.2017 in § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII aufgenommen und dort legal-definiert worden. Es folgt dem menschenrechtsbasierten Ansatz, dass pflegebedürftige Menschen ihre Pflege eigenverantwortlich durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen können. Dazu müssen sie über besondere Kernkompetenzen verfügen. Nach internationalen Kriterien (Frehe, in: Die Randschau 01/1996, S. 8 ff.) gehören dazu die Kompetenz, die Person auswählen zu können (Personalkompetenz), sie anleiten zu können (Anleitungskompetenz), den Ort (Raumkompetenz) und den Ablauf der Leistung bestimmen zu können (Organisationskompetenz). Gleichzeitig muss die Organisation der verschiedenen Leistungen in der Hand der leistungsberechtigten Personen liegen und die Unterstützungsleistung nicht in unterschiedliche Module untergliedert werden. Das Arbeitgebermodell wurde in den 70er- und 80er-Jahren von behinderten Assistenznehmern entwickelt und soll gewährleisten, dass allein ihnen die Entscheidungsbefugnis über die Umsetzung ihres Unterstützungsbedarfs verbleibt. Es privilegiert die selbst organisierte Pflege durch besondere Pflegekräfte gegenüber der Leistungserbringung durch Einrichtungen und Dienste und ist historisch gewachsen. Die Einführung eines gegenüber anderen Arten der Leistungserbringung privilegierten Arbeitgebermodells für das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht ist insoweit systematisch folgerichtig und würde einige der bestehenden rechtlichen Barrieren überwinden, die der selbstbestimmten Lebensführung des Personenkreises von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen oftmals entgegenstehen. Zugleich würde sie zur Herstellung von Konvergenz des Leistungsrechts im gegliederten Sozialleistungssystem beitragen, die notwendige Diversifikation von bedarfsgerechten Leistungsangeboten fördern und auf diese Weise der langfristigen Absicherung eines die Menschenwürde sicherstellenden, personenzentrierten Leistungsangebots für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in Zeiten zunehmend verschärfter Probleme bei der Akquise von Fachkräften dienen. Die Verantwortung für die

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

Befriedigung des persönlichen Pflegebedarfs würde damit vorrangig bei den leistungsberechtigten Personen liegen.

3. Herstellung von Konvergenz im gegliederten Leistungsrecht

Einen Gleichlauf der rechtlichen Instrumente in der Organisation selbstbestimmter Lebensführung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen zwischen den Regelungssystemen herzustellen, die im gegliederten System Leistungen für behinderte Menschen vorsehen, wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Konvergenz des Leistungsrechts für behinderte Menschen, der gleichsam bestehende Gleichbehandlungsprobleme überwinden könnte. Die Einführung des Arbeitgebermodells könnte somit einen materiell-rechtlichen Beitrag zu dem leisten, was das SGB IX als gemeinsames Dach der Rehabilitation und Teilhabe seit seinem Bestehen im Jahr 2001 bezweckt.

Über die Kodifikation im Sozialhilferecht hinaus hat das Arbeitgebermodell bereits heute erhebliche Praxiswirkung auch in anderen Zweigen der Sozialversicherung. Die Möglichkeit, seine Pflege durch Hauspflege im Rahmen des Arbeitgebermodells zu organisieren, bietet z.B. auch das gesetzliche Unfallversicherungsrecht in § 44 Abs. 5 SGB VII. Es ist systematisch nicht überzeugend, dass diese Kodifikation für die häusliche Krankenpflege nach dem SGB V und die Pflege nach dem SGB XI bisher nicht verwirklicht worden ist.

4. Weiterentwicklung der Grundlegungen im Krankenversicherungsrecht

Die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten ist auch im Recht der Krankenversicherung nach dem SGB V ein angestrebtes Ziel. Beispiele hierfür sind die Einführung des persönlichen Budgets oder die Selbstbeschaffung einer Haushaltshilfe. Bereits § 37 Abs. 4 SGB V (Häusliche Krankenpflege) und § 38 Abs. 4 SGB V (Haushaltshilfe) sehen die Möglichkeit vor, dass Versicherte die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft erstattet bekommen, wenn die Krankenkasse keine Kraft stellen kann oder Gründe bestehen, davon abzusehen. Zwar gilt im Krankenversicherungsrecht grundsätzlich, dass die Leistung durch Geld- oder Sachleistungen erbracht wird, § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V ermöglicht jedoch die Leistungserbringung auf Antrag auch in Form eines persönlichen Budgets. Voraussetzung ist, dass sich die Leistungen auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und durch Geldleistungen oder Gutscheine erbracht werden können (§ 29 Abs. 1 Satz 5 SGB IX). Im Bereich der Krankenversicherung können hierunter insbesondere Leistungen der häuslichen Krankenpflege fallen, soweit es sich nicht ohnehin nach § 11 Abs. 2 SGB V um Leistungen zur Teilhabe handelt.

In Abgrenzung zum persönlichen Budget kann von einem Arbeitgebermodell indes erst gesprochen werden, wenn für die im Rahmen eines persönlichen Budgets zu

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

erbringenden Leistungen Pflegekräfte durch die leistungsberechtigte Person selbst angestellt werden. Dies ist in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang nicht vorgesehen, vielmehr stehen diesen die leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben der §§ 132a, 132b, 132d, 132j SGB V entgegen, die zugunsten einer Leistungserbringung im Arbeitgebermodell – insoweit – in ihrer jetzigen Fassung zu modifizieren sind und für die Zukunft einer grundsätzlichen Revision bedürfen. Der Grundsatz der Budgetneutralität (§ 29 Abs. 2 Satz 6 SGB IX, der für das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht gilt) trägt dafür Sorge, dass diese Art der Leistungserbringung zu keinen Kostensteigerungen führt und vor allem die selbstbestimmten Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen erhöht werden.

5. Überwindung rechtlicher Barrieren im Pflegeversicherungsrecht

Das Regelungsregime des SGB XI ist demgegenüber bislang wenig offen für die Leistungserbringung in Form eines persönlichen Budgets. In § 35a SGB XI ist zwar eine Beteiligung der Pflegekassen an einem trägerübergreifenden persönlichen Budget vorgesehen. Als budgetfähige Leistungen kommen insoweit insbesondere häusliche Pflege (§ 36 SGB XI), das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) in Betracht. Der mit dem persönlichen Budget verfolgte Paradigmenwechsel – vom Sachleistungsprinzip hin zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Organisation, erfährt im Rahmen der Pflegeversicherung indes eine erhebliche Einschränkung. Nur solche Leistungen, die ohnehin als Geldleistung vorgesehen sind (Pflegegeld und Pflegegeldanteil der Kombinationsleistung), sind budgetfähig. Im Übrigen ist lediglich die Ausstellung von Gutscheinen möglich, die wiederum nur bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen eingelöst werden können. Diese Einschränkung besteht nirgends anders und ist weder systematisch überzeugend noch praxistauglich, um den bestehenden Bedarfslagen sachgerecht zu begegnen.

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung hatte sich der Gesetzgeber zunächst entschieden, das Arbeitgebermodell im Sozialhilferecht in Abgrenzung zum Leistungskatalog des SGB XI zu normieren. Nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI dürfen die Pflegekassen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI) gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). Gemäß § 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI können Pflegebedürftige mit Pflegekräften, die häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen, grundsätzlich kein Beschäftigungsverhältnis begründen. Soweit dennoch ein Beschäftigungsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Pflegekraft abgeschlossen wurde, muss der Arbeitsvertrag gekündigt werden, es sei denn, der Vertrag war bereits vor dem 1.5.1996 geschlossen worden und die Pflegekasse hatte die Leistungen vor diesem Zeitpunkt vergütet (Bestandsschutz nach § 77 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB XI). Damit korrespondierend bestimmen § 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI, dass Pflegesachleistungen nur durch solche Pflegekräfte erbracht und damit von

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

der Pflegekasse vergütet werden, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag geschlossen hat. Will die pflegebedürftige Person mit von ihm selbst gewählten Pflegekräften einen Vertrag schließen, ist er von Pflegesachleistungen nach dem SGB XI ausgeschlossen und kann an deren Stelle nur Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch nehmen.

Diese Regelungen müssen dringend geändert werden, um die soziale Pflegeversicherung an das übrige Regelungssystem anzupassen, die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen zu stärken und die Leistungserbringung zukunftsfähig zu gestalten. Dass sich gerade das soziale Pflegeversicherungsrecht nicht als fördernder Kontextfaktor für langfristig pflegebedürftige, sondern als rechtliche Barriere erweist, macht deutlich, dass das mit der Schaffung des SGB XI verbundene und richtige sozialpolitische Ansinnen sich nur für einen kleinen Teil der Leistungsberechtigten positiv auswirkt. Für den Personenkreis der langfristig erheblich pflegebedürftigen wirkt es sogar gegenteilig.

6. Diversifikation bedarfsgerechter Angebote

Langfristig pflegebedürftige Menschen mit Behinderung haben – abhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit, ihrer sozialen, familiären und ökonomischen Situation – unterschiedliche Bedarfe und unterschiedliche Wünsche, um ihren Bedarf zu decken. Demgemäß werden ganz unterschiedliche Leistungen in ganz unterschiedlichen Wohnumfeldern nachgefragt. Um diesen unterschiedlichen Bedarfen passgenaue Bedarfsdeckungsmöglichkeiten gegenüberzustellen, muss das Leistungsangebot unbedingt – und nicht nur bezogen auf das Arbeitgebermodell – diversifiziert werden. Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit einem allein pflegebezogenen Budget und insbesondere mit einem auch andere Leistungen einbeziehenden integrierten Budget waren erfolgreich (Siebert/Klie: Das »Integrierte Budget«, in: NDV 88 (8): 341–346), sind aber weder von den Pflegekassen noch vom Bundesministerium für Gesundheit weiterverfolgt worden. Dieses Versäumnis könnte nun nachgeholt werden.

Die Einführung bzw. Stärkung des Arbeitgebermodells würde zu dieser überfälligen Diversifikation von bedarfsgerechten Angeboten beitragen. Nur durch eine zunehmende Diversifikation können die Vorgaben der UN-BRK verbunden werden mit den sich verschärfenden Bedingungen bei der Akquise von Fachkräften, die die bedarfsgerechte Erbringung von Leistungen ermöglichen. Sie ist Grundbedingung dafür, dass die gesetzlich vorgesehenen Leistungssysteme auch zukünftig Leistungen im gebotenen Umfang überhaupt und im Einzelfall bedarfsgerecht, personenzentriert und wirtschaftlich sicherstellen können. Durch die Arbeitgeberstellung der pflegebedürftigen Leistungsberechtigten wird auch die Last der Verantwortung bei der Personalgewinnung unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflege- und Krankenkassen gerechter verteilt. Sie bildet die Kehrseite des Zugewinns an Selbstbestimmung durch Gestaltung eigener Vertragsbeziehungen mit den

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

Pflegenden und ist von den leistungsberechtigten Personen bei ihrer Entscheidung für oder gegen ein solches Modell sorgfältig abzuwägen.

7. Qualitätsgesicherte Versorgung

Besonders klärungsbedürftig ist die Frage, wie die fachgemäße Erbringung von Tätigkeiten sichergestellt werden kann. Diese Klärung ist von Verfassungswegen geboten, da den Gesetzgeber insoweit eine Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) trifft, die auch durch Art. 17 UN-BRK untermauert wird.

Pflegekräfte sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Arbeitgebermodell in der Sozialhilfe dann „besondere Pflegekräfte“, wenn sie nicht in häuslicher oder nachbarschaftlicher Verbundenheit pflegen (BSG, Urteil vom 28.02.2013, B 8 SO 1/12 R juris, Rn. 17). Diese Begrenzung trägt dafür Sorge, dass Missbrauch vermieden wird. Mit ihr einher geht die richtige Schlussfolgerung, dass nur solche Personen Leistungen gegen Geld erbringen dürfen, die hierzu nicht bereits anderweitig verpflichtet sind oder in einem Näheverhältnis zur leistungsberechtigten Person stehen, das Missbrauch Vorschub leisten könnte.

Förmliche Qualifikationsanforderungen sind im Arbeitgebermodell der Sozialhilfe wegen der mit der Arbeitgeberstellung des zu Pflegenden verbundenen Gestaltungshoheit und der vom Gesetzgeber gewollten Privilegierung nicht zu stellen (BSG, Urteil vom 28.02.2013, B 8 SO 1/12 R juris, Rn 16). Unerheblich ist insoweit, ob die beschäftigten Pflegekräfte über eine besondere Ausbildung im pflegerischen Bereich verfügen. Es genügt, dass sie angelernt und in ihre Arbeit eingewiesen worden sind. Welche Qualifikationsanforderungen an „geeignete“ Pflegekräfte (§ 36 Abs. 4 Satz 2 SGB XI) für die Erbringung von Sachleistungen zu richten sind, ist nicht von Belang. Es muss allerdings ein umfassendes, konkretes Konzept vorliegen, dass die Sicherstellung der Pflege belegt (Meßling, in: Juris Praxis Kommentar, SGB XII, § 66 Rn. 47).

Die Beschränkungen in den §§ 71, 72 SGB XI sollen der Qualitätssicherung dienen (Igl/Welti: Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1999 (1): 21–55.). Sie ähneln insoweit dem Arztvorbehalt in der gesetzlichen Krankenversicherung, entfalten jedoch – anders als dieser – strukturelle rechtliche Barrieren, die der gleichberechtigten Teilhabe von langfristig pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen entgegenstehen. Es überzeugt deshalb nicht, diese Beschränkung aufrecht zu erhalten. Vielmehr muss überlegt werden, wie die zweifelsohne wichtige Qualitätssicherung auf andere Weise sichergestellt werden kann. Dies gilt umso mehr, als der pflegerische Qualitätsstandard bislang weit weniger standardisiert und objektiviert ist als der medizinische Standard. Es wäre insoweit ratsam, überhaupt erst einmal diesen Standard für das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht zu beschreiben und ihn sodann einer Beratung und Überprüfung zur Sicherstellung und Weiterentwicklung zugänglich zu machen. Denkbar erscheint, den Gemeinsamen

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

Bundesausschuss mit der Festlegung und den Medizinischen Dienst bzw. den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit der Überwachung und Beratung zu betrauen. Diesem Ansatz folgt dieser Vorschlag.

8. Fazit

Aus verfassungsrechtlichen, menschenrechtlichen und rechtssystematischen Gründen weist die Rechtswissenschaft schon lange darauf hin, dass bestehende rechtliche Barrieren sowohl für den betroffenen Personenkreis als auch für die – auch diesem Gesetzentwurf zugrundeliegenden – sozialpolitischen Zielvorstellungen problematisch sind (Welti, *Ambulante Unterstützung im Spiegel von Leistungsgesetzen*, in: Wansing/Windisch (Hrsg.): *Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe*, S. 80-88). Die Einführung eines Arbeitgebermodells in der nachfolgend vorgeschlagenen Fassung wäre eine gute erste Möglichkeit, das soziale Leistungsrecht in der bestehenden rechtlichen Regelungssystematik und ohne weitreichende Konsequenzen zeitigende Novellierungserfordernisse personenzentrierter und wirtschaftlicher zu gestalten und so die normativen Bekenntnisse zur Selbstbestimmung (§ 1 SGB IX; § 2 SGB XI) mit Leben zu füllen. Es ist Grundbedingung für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der unzureichenden Angebotsstrukturen, die viel zu sehr von der Dichotomie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und viel zu wenig durch Bedarfsgerechtigkeit geprägt ist. Für diesen Fall könnte tatsächlich einer mit dem Namen des Gesetzes bezweckten Stärkung der Rehabilitation und Pflege Vorschub geleistet werden. Weitergehende Änderungen – wie insbesondere auch der Einbezug der Leistungserbringung durch Dienste und Assistenzgenossenschaften – müssen freilich folgen.

II. Änderungsvorschläge

Änderung des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG) in der Fassung des Referentenentwurfs der Bundesregierung:

Artikel 1

Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Nach § 37 c wird folgender § 37 d eingefügt:

„§ 37 d

Arbeitgebermodell

¹Versicherte, die ihre Pflege eigenverantwortlich durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte im Sinne von § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII (Arbeitgebermodell) sicherstellen, erhalten die Leistungen nach den §§ 37-37c abweichend von den §§ 132a, 132b, 132d, 132j im Rahmen des Arbeitgebermodells in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für behinderte Menschen. ²Sie können nicht verpflichtet werden, die Leistungen in besonderen Wohnformen in Anspruch nehmen zu müssen.“

(...)

2. § 92 wird wie folgt geändert:

(...)

b) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird nach dem Wort „Krankenpflege“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Soziotherapie“ die Wörter „außerklinischer Intensivpflege, jeweils sowohl außerhalb als auch im Arbeitgebermodell“ eingefügt.

Artikel 2

Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

3. § 35a Satz 3 SGB XI erhält folgende Fassung:

„Im Rahmen des Arbeitgebermodells können sie auch als Geldleistungen im persönlichen Budget erfolgen.“

(...)

4. § 77 Abs. 1 Satz 4 SGB XI erhält folgende Fassung:

Forum behinderter Juristinnen und Juristen

„In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen, es sei denn, die Beschäftigung von Pflegekräften durch den Pflegebedürftigen erfolgt eigenverantwortlich durch von ihm selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte im Sinne von § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII (Arbeitgebermodell).“

(...)

5. Nach § 112 a wird ein neuer § 112 b eingefügt:

„§ 112 b**Qualitätsverantwortung im Arbeitgebermodell**

(1) Pflegebedürftige, die ihre Pflege eigenverantwortlich durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte im Sinne von § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII (Arbeitgebermodell) sicherstellen, sind unbeschadet ihrer Eigenverantwortlichkeit verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung durchzuführen sowie bei Qualitätsprüfungen mitzuwirken.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene mit den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualitätssicherung in der durch selbst beschäftigte Pflegekräfte sichergestellten Pflege. Diese haben dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit Rechnung zu tragen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die betreffenden Pflegebedürftigen unmittelbar verbindlich. Sie haben die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.

(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten die diese Pflegebedürftigen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.“