

Stellungnahme des

ABVP e.V.

**zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
vom 22.06.2015**

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)**

Hannover, 07.07.2015

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Zusammenfassung	3
III. Die Vorschriften im Einzelnen	5
Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen, § 13 Absatz 3a SGB XI	5
Dynamisierung, Verordnungsermächtigung, § 30 Absatz 1 Satz 1 SGB XI	6
Pflegesachleistungen, § 36 Absatz 3 SGB XI	8
Pflegesachleistungen, § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI	9
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 37 Absatz 3, Sätze 4-6 SGB XI	11
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen § 38a Abs. 1 SGB XI	12
Qualitätsausschuss, § 113b SGB XI	13
Qualitätsprüfungen, § 114 Absatz 2, Satz 6	14
Qualitätsprüfungen, § 114 Absatz 5, Sätze 5-7 SGB XI	15
IV. Ausblick	16

Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)

I. Einleitung

Der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege (ABVP) e.V. vertritt bundesweit als einziger Verband ausschließlich die Interessen von Unternehmen der ambulanten Alten- und Krankenpflege inklusive der Tages- und Kurzzeitpflege. Als Unternehmensverband wird der ABVP von vielen hundert Betrieben getragen, die zusammen mehr als zehntausend Mitarbeiter beschäftigen. Er vereint somit Unternehmen, die die Zukunft der privaten ambulanten Pflege sichern und entscheidend mitgestalten. Damit repräsentiert der ABVP einen Querschnitt der ambulanten Pflegebranche, so dass die Expertise des Verbandes bei Themen der ambulanten Pflege seit seiner Gründung im Jahre 1998 ständig nachgefragt wird. Der Verband ist seitdem Mitglied der Vertragspartner auf Bundes- und den einzelnen Landesebenen sowie ständiges Mitglied in den Landespflegeausschüssen und den eingerichteten Schiedsstellen.

Der ABVP sieht sich im Gesundheitssektor neben der privaten Interessenvertretung auch maßgeblichen gesellschaftlichen Aufgaben verpflichtet. Pflege ist eine fürsorgliche und aufopfernde Tätigkeit. Dabei wird die Entscheidungskultur des ABVP nicht durch die Interessen vollstationärer Versorger beeinflusst. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften nimmt der ABVP wie folgt Stellung:

II. Zusammenfassung

Der Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) ist ein weiterer notwendiger Schritt im Hinblick auf die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen. Er führt mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) ein aus pflegewissenschaftlicher Sicht sachgerechteres Prinzip zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein. Zu Recht geht der Entwurf davon aus, dass der bisher geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff unzureichend ist, da dieser nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet ist, die bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkämen und bei diesen oft ausgeprägter seien als bei Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen (RefE vom 22.06.2015, S. 1).

Damit soll die Pflegeversicherung auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt werden, da erstmals alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Systematik erfasst werden. In die avisierte Einstufung in fünf Pflegegrade auf Basis des NBA sollen alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit unabhängig davon erfasst werden, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Die Einstufung bedarf damit keiner gesonderten Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, sondern sie wird durch das NBA für alle Antragstellenden Personen einheitlich in fünf Pflegegrade vorgenommen. Maßgeblich

für die Einstufung ist zukünftig somit der Grad der Selbständigkeit einer Person in allen pflegerelevanten Bereichen (RefE vom 22.06.2015, S. 3).

Auch in Fragen der Qualitätsmessung und -entwicklung oder zur effizienten Ausgestaltung der Pflegedokumentation soll der Perspektivwechsel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Wirkung entfalten. Damit greift der Referentenentwurf die Themen auf, die die Pflege im aktuellen und öffentlichen Diskussionsprozess fachlich, praktisch und politisch bewegen. Der Entwurf sieht dabei die Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität mit einer Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen vor.

III. Die Vorschriften im Einzelnen

Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen, § 13 Absatz 3a SGB XI

Regelungsbereich der Norm

§ 13 Absatz 3a SGB XI sieht vor, dass die Leistungen nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung finden. Diese Norm soll im Zuge des vorliegenden Referentenentwurfes nicht geändert werden. Gleichwohl besteht hier Änderungsbedarf.

Änderungs- / Ergänzungsvorschlag

In § 13 Absatz 3a werden nach „Die Leistungen nach § 45b“ die Wörter „und § 38a“ eingefügt.

Begründung:

In der Praxis gibt es immer wieder Auseinandersetzungen mit den Sozialhilfeträgern, weil der nach § 38a SGB XI zweckgebundene Zuschlag bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII in Anrechnung gebracht wird.

Dies erscheint nicht sachgerecht, da dieser Betrag nach § 38a SGB XI zweckgebunden für die Präsenzkraft eingesetzt werden muss und eben nicht für Pflegesachleistungen. Da für uns nicht nachvollziehbar ist, warum die Leistung nach § 38a SGB XI anders als die Leistung nach § 45b SGB XI behandelt werden soll, erscheint es hier zielführend § 13 Absatz 3a SGB XI dahingehend zu ergänzen, dass auch Leistungen nach § 38a SGB XI im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB XII unberücksichtigt bleiben.

Dynamisierung, Verordnungsermächtigung, § 30 Absatz 1 Satz 1 SGB XI

Artikel 1, Nummer 24 (§ 30), Seite 104 f.

Geplante Neuregelung

Die Entwurfsbegründung formuliert hier: „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.“ Nach dem dann neu in Kraft tretenden § 30 SGB XI würde die Bundesregierung alle drei Jahre, d.h. erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung prüfen.

Unser Änderungs- / Ergänzungsvorschlag:

In § 30 SGB XI sollte die regelmäßige Dynamisierung der Leistungsbeträge festgeschrieben werden. Formuliert werden könnte die Norm folgendermaßen:

Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres entsprechend der vom Statistischen Bundesamt (Destatis) festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres unter besonderer Berücksichtigung der Lohnsteigerungsrate zu erhöhen.

Begründung:

Durch das PSG I wurden die Leistungsbeträge mit Wirkung zum 1. Januar 2015 angehoben, um die Entwicklung der Preise in den letzten drei Jahren zu berücksichtigen. Die Anhebung um 4 Prozent wurde laut Begründung des PSG I aus einer stärkeren Berücksichtigung der sehr moderaten Inflationsentwicklung gewonnen. Die Höhe der Dynamisierung wurde bereits im Gesetzgebungsverfahren zum PSG I als nicht ausreichend kritisiert, da sie nicht ausreicht, die vergangenen, nicht erhöhten Jahre auszugleichen. Dies gilt umso mehr, je intensiver man die Entwicklung der Personalkosten betrachtet. Wenn man sich vor dem Hintergrund der inflationären Entwicklung die Kaufkraft über die Jahre seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 ansieht, so erscheinen die Erhöhungen von 4% bzw. 2,67% doch sehr gering. Sie sind nichts weiter als eine kurzfristige und schnell vorübergehende Verbesserung, die aber die Lücke in der Pflegesituation nicht auszugleichen vermag, die sich über die Jahre hinweg aufgetan hat.

Die gesetzgeberisch intendierte Prüfung lediglich der Notwendigkeit und der Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung alle drei Jahre hat zur Folge, dass es laut

PSG I zu einer zweiten Prüfung erneut im Jahre 2017 kommen sollte. Ein Automatismus der Erhöhung selbst war dabei nicht vorgesehen. Wenn man hierzu die aktuelle Situation im Zusammenhang mit dem Mindestlohn hinzuzieht, kann man nur zu folgender Feststellung kommen:

Die Aussetzung der Prüfung der Dynamisierung im Jahr 2017 bzw. die Verschiebung auf 2020 ist nicht sachgerecht. Zur Refinanzierung der Löhne der Pflegenden ist es erforderlich, regelmäßig die Vergütungen der Einrichtungen mit den Verbänden der Pflegekassen anzupassen und neu zu vereinbaren. Dementsprechend sollte es auch eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherungen geben. Wir halten hierbei eine jährliche Anpassung für sachgerecht. Parallele Strukturen beispielsweise zum Pflegemindestlohn bieten sich dabei geradezu an.

Pflegesachleistungen, § 36 Absatz 3 SGB XI

Artikel 1, Nummer 27 (§ 36), Seite 109 f.

Geplante Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht in § 36 Absatz 3 SGB XI einen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

vor. Das Leistungsvolumen der bisherigen Regelung in § 123 (Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) ist in das Leistungsvolumen des § 36 integriert worden.

Stellungnahme

Die in der Begründung (zu Nr. 24, § 30) angekündigte Dynamisierung ist für uns nicht erkennbar. Zum einen ist § 123 SGB XI aufgehoben worden. Zum anderen sind die Beträge, ohne dass eine Dynamisierung derselben stattgefunden hat, im Pflegegrad 2 und 3 aufgegangen.

Zudem erhalten die Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III und Härtefall) gar keine Erhöhung in finanzieller Hinsicht. Eine Erhöhung in anderer Art und Weise ist nicht erkennbar.

Eine Dynamisierung der Leistung, die eine nächste Dynamisierung erst im Jahre 2020 rechtfertigen würde, ist für uns nicht erkennbar. Wir fordern von daher den Gesetzgeber auf, die angekündigte Dynamisierung transparent darzulegen.

Pflegesachleistungen, § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI

Artikel 1, Nummer 27 (§ 36), Seite 110

Regelungsbereich der Norm

Der derzeit geltende § 36 Absatz 1, Satz 3 SGB XI und unverändert übernommene § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI lautet: „*Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.*“

Änderungs- / Ergänzungsvorschlag

Wir bitten, § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI dergestalt abzuändern, dass der Satz 2 entweder komplett gestrichen oder dahingehend abgeändert wird, dass dieser nunmehr lautet:

„*Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignetes Personal erbracht.*“

Begründung:

Wir halten die derzeitige Fassung des § 36 Absatz 1, Satz 3 SGB XI, im Entwurf die nunmehr avisierte Regelung in § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI, die in dieser Form bereits seit 1994 existiert, wonach nur in Pflegediensten angestelltes Personal Pflegesachleistungen erbringen darf, angesichts des heute bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege für nicht mehr zeitgemäß und auch nicht sachgerecht. Gerade durch den Fachkräftemangel sind viele Pflegedienste gezwungen, personelle Ausfälle zumindest zeitweilig durch Zeitarbeitskräfte zu ersetzen.

In einigen Bereichen, wie insbesondere der Intensivpflege, ist der Einsatz solcher Kräfte geradezu unerlässlich, da hier auf Grund des sehr hohen Pflegebedarfs seitens der Pflegekassen oft hohe Anforderungen an den Umfang des einzusetzenden Pflegepersonals gestellt werden. In der Regel werden im Rahmen von Zusatzvereinbarungen mit den Kassen vier bis fünf Pflegekräfte für die Betreuung eines Pflegefalles gefordert.

Da Intensivpflegeeinsätze aber auf Grund der erhöhten Mortalität von Intensivpflegepatienten häufig zeitlich begrenzt sind, würde die Festanstellung von derart vielen Kräften zu erheblichen Problemen im Dienst führen, da das Personal anschließend häufig nicht mehr betriebswirtschaftlich sinnvoll eingesetzt werden kann, aber weiter bezahlt werden muss. Hier muss eine entsprechende Flexibilisierung für den Pflegedienst möglich sein. Ansonsten ist eine Versorgung von Intensivpflegepatienten in der Häuslichkeit nicht mehr gewährleistet und diese müssten dann zwangsläufig stationär versorgt werden, was zu deutlich höheren Kosten führt und von den Angehörigen auch nicht gewollt ist.

Darüber hinaus lassen sich die seitens der Pflegedienste geforderten qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung auch im Rahmen des Einsatzes von Zeitarbeitskräften sowie freien Mitarbeitern durch entsprechende vertragliche Regelungen sicherstellen und stellen daher kein Hindernis für den Einsatz solcher Pflegekräfte dar.

Schließlich wird der Einsatz solcher Kräfte im stationären Bereich von den Pflegekassenverbänden akzeptiert. Eine Regelung wie in § 36 Absatz 1, Satz 3 SGB XI bzw. § 36 Absatz 4, Satz 2 SGB XI (neu) findet sich nämlich im stationären Bereich nicht. Vor dem Hintergrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ können wir nicht nachvollziehen, warum hier ambulante Dienste vom Gesetzgeber anders behandelt werden als stationäre Einrichtungen.

**Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
§ 37 Absatz 3, Sätze 4-6 SGB XI**

Artikel 1, Nummer 28 (§ 37), Seite 112

Geplante Neuregelung

Die sogenannten Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI werden wie folgt geändert:

„Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind berechtigt, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.“ Die Begründung sagt diesbezüglich ganz lapidar: *„Für die Vergütung der Beratungseinsätze verbleibt es im Kern bei der bisherigen Struktur.“*

Unser Änderungs- / Ergänzungsvorschlag

Wir fordern eine Erhöhung der Vergütung auf einen Festbetrag jeweils von 23 auf 45 Euro und von 33 auf 55 Euro.

Begründung:

Auf Grund des zukünftig höheren bürokratischen Aufwandes in Folge der Vorgaben in der neuen Beratungsempfehlung (vgl. Begründung zu Nr. 28, § 37 a, bb.), ist die festgelegte Vergütung nicht ausreichend. Schon heute sind die Beratungen zeitintensiver, so dass schon der derzeitige Betrag nicht kostendeckend und eine Vergütung von „bis zu“ nicht gerechtfertigt ist. Ferner ist zu berücksichtigen, dass nur eine berufserfahrene Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte Beratung durchführen kann.

Die Leistungsbeträge für die Beratungseinsätze gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI wurden zuletzt in den Pflegestufen I und II von 21 Euro auf 22 Euro sowie in der Pflegestufe III von 31 Euro auf 32 Euro erhöht. Die Vergütung für die Beratungseinsätze wird allgemein und auch im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum PSG I als zu gering erachtet. Der Vergleich mit dem laut Leistungskomplekatalogen der Länder angebotenen und auch anbietenden Erst- und Folgebesuchen zeigt die Diskrepanz deutlich auf. Die Erhöhung durch die Vorgängerreform ist marginal und nicht attraktiv. Hier hätte das Bundesgesundheitsministerium die so wichtigen Beratungseinsätze auch vor dem Hintergrund der damals bekannten Einführung des Mindestlohns einen Stellenwert zuschreiben können, der der Wichtigkeit der Beratungseinsätze auch zukommt. Der Gesetzgeber hatte durch diese geringe Erhöhung ein deutliches Zeichen an die Pflege verpasst. Er würde bei Beibehaltung der Regelung des Referentenentwurfs den gleichen Fehler noch einmal begehen.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 38a Absatz 1 SGB XI

Artikel 1, Nummer 30 (§ 38a), Seite 115

Regelungsbereich der Norm

In § 38a Abs. 1 soll der Satz eingefügt werden, dass Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden können, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann; dies gilt entsprechend für die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Unser Änderungsvorschlag:

Auf die Einfügung des o.g. Satzes sollte verzichtet werden.

Begründung:

Wir halten diese zusätzliche Begutachtung für nicht sachgerecht. Zum einen führt dies wieder zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand, zum anderen können wir der Gesetzesbegründung nicht entnehmen, um welche unzulässigen Verknüpfungen es sich hier überhaupt handelt.

Mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den Pflegebedürftigen die Möglichkeit eingeräumt, neben den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI bei Bedarf auch Leistungen der Tagespflege zusätzlich in Anspruch nehmen zu können. Da die Pflege in der Wohngruppe keine vollumfängliche Pflege wie im vollstationären Bereich darstellt und nach dem Willen des Gesetzgebers auch nicht darstellen soll, besteht auch hier für die Pflegebedürftigen der Bedarf nach Ergänzung der Pflege und der Betreuung. Insbesondere kann die Tagespflege gerade denjenigen Pflegebedürftigen, die nicht selbständig die Wohngruppe verlassen können, die Möglichkeit geben, im Rahmen der Tagespflege Kontakte zu anderen Menschen zu pflegen und damit Abwechslung vom Alltag und sinnvolle Beschäftigung zu erlangen. Denn gemäß § 41 Abs. 1 SGB XI dient die Tagespflege eben nicht nur zu Sicherstellung der Pflege, sondern kann auch gewährt werden, wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Qualitätsausschuss, § 113b SGB XI

Artikel 1, Nummer 64 (§ 113b), Seite 110

Geplante Neuregelung

Die im Jahr 2008 von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung, die bisher in § 113b SGB XI geregelt wurde, wird durch die Neufassung der Vorschrift zu einem Qualitätsausschuss und damit zu einem Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umgebildet. Die bestehende Schiedsstelle soll damit in einen Qualitätsausschuss umgewandelt werden.

Änderungs- / Ergänzungsvorschlag

Die Beschlüsse müssen gerichtlich überprüfbar sein. Angesichts der Tragweite und Bedeutung der Beschlüsse, die in diesem Gremium gefasst werden, halten wir eine einfache Mehrheit für nicht ausreichend. Nach unserer Auffassung, sollte hier mindestens eine 2/3 Mehrheit der Mitglieder festgesetzt werden.

Begründung:

Derzeit sind nach dem Gesetzeswortlaut Beschlüsse der Schiedsstelle gerichtlich überprüfbar. Eine solche Überprüfung von Beschlüssen eines Qualitätsausschusses ist nun nicht mehr vorgesehen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die derzeitige Regelung aus § 113 Absatz 1 SGB XI beizubehalten, damit weiterhin die Möglichkeit besteht, Beschlüsse gerichtlich überprüfen lassen zu können. Dies gilt insbesondere, wenn - wie vorgesehen - die einfache Mehrheit ausreichen soll und damit einzelne Leistungserbringerverbände vom Entscheidungsprozess trotz berechtigter Kritik ausgeschlossen werden bzw. sich nicht durchsetzen können.

Des Weiteren will der Gesetzgeber in Absatz 3, Satz 4 regeln, dass die Mehrheit der Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI festsetzen. Nach dem Wortlaut gehen wir davon aus, dass hier eine einfache Mehrheit ausreichend ist, was unseres Erachtens durch eine 2/3 Mehrheit ersetzt werden sollte.

Qualitätsprüfungen, § 114 Absatz 2, Satz 6

Artikel 1, Nummer 65 (§ 114), Seite 140

Geplante Neuregelung

Nach dem Referentenentwurf umfasst die Qualitätsprüfung auch immer eine Abrechnungsprüfung.

Die Begründung formuliert: *„Bei den regelhaft stattfindenden Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige) in den Pflegeeinrichtungen kann bereits neben dem obligatorischen Nachweis über die Leistung und Qualität der Pflegeeinrichtung auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen vom Prüfumfang umfasst werden. Um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt Rechnung zu tragen, wird dieser Aspekt für alle Regelprüfungen verpflichtend vorgegeben. Das Nähere ist in den Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114a Absatz 7 zu regeln. Bei festgestellten Diskrepanzen können die Landesverbände der Pflegekassen die geeigneten Maßnahmen ergreifen (unter anderem nach § 47a).“*

Unser Änderungs- / Ergänzungsvorschlag:

Der Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums ist zu streichen.

Begründung:

Der aktuelle politische Weg in der Pflege und auch die schon immer praktizierte Tendenz in der Pflegewirtschaft und -wissenschaft gehen derzeit den Weg der Entbürokratisierung. Die Weichen sind auf Optimierung der Pflegedokumentation und Hochhalten der Pflegefachlichkeit gekennzeichnet. Regelmäßiges Einbeziehen von Abrechnungsprüfungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen, in welcher nunmehr auch die Pflegekasse formularhaft Fragen der Abrechnungen prüft, scheinen erkennbar aus dem Wunsch heraus getroffen worden zu sein, die durch Einzelfälle, insbesondere in Berlin, der pflegepolitischen Öffentlichkeit zu tage gekommenen Betrugsvorwürfe durch einen gesetzgeberischen Akt zu stigmatisieren. Unabhängig davon, dass der hier über die gesamte Branche geworfene pauschale Betrugsvorwurf sichtbar wird, scheint das gesetzgeberische Vorgehen geeignet, der Darstellung der Pflege in der Öffentlichkeit einen Bärendienst zu erweisen. Als wären nicht bereits alle Zeichen auf Transparenz und Glaubwürdigkeit der Qualitätsdarstellung der Pflegeeinrichtungen gestellt, vermag ein solcher gesetzgeberischer Aufschlag erneut zu einer Erhöhung der Bürokratie ohne feststellbarer sachlicher Begründung zu sein.

Es ist daher mehr als fragwürdig, ob in Zeiten der Entbürokratisierung die Qualitätsprüfung unnötig in die Länge gezogen werden muss. Eine Abrechnungsprüfung bei gegebenem Anlass sollte ausreichend sein.

§ 114 Absatz 5, Sätze 5-7 SGB XI

Artikel 1, Nummer 65 (§ 114), Seite 141

Geplante Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht in seiner Begründung vor, dass die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ im Rahmen der Wiederholungsprüfung gestrichen werden. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 wurde klargestellt, dass nach § 114 Absatz 5, Satz 4 oder 5 lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen, nicht jedoch Pauschalen oder Durchschnittswerte. Die Begründung formuliert weiter: *„Gleichfalls nicht gedeckt ist die Geltendmachung von Kosten, die auch ohne eine Wiederholungsprüfung anfallen, etwa Verwaltungs- und Vorhaltekosten. Mit der Änderung wird nunmehr einer Forderung der Länder, die auf Umsetzungsprobleme – insbesondere unter dem Aspekt des Datenschutzes – bei der Rechnungsstellung für kostenpflichtige Wiederholungsprüfungen hingewiesen haben, Rechnung getragen. Angesichts der geringen praktischen Relevanz der Regelungen – im Jahr 2013 waren sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich jeweils nur 1,2 Prozent aller durchgeführten Prüfungen Wiederholungsprüfungen –, wären weitere Regelungen, die der Rechtssicherheit und dem Datenschutz Genüge tun, mit einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Die Regelungen werden daher aufgehoben.“*

Stellungnahme

In der Vergangenheit kam es in der Praxis trotz klarer sozialgerichtlicher Urteile bzw. seit dem PNG klarer gesetzlicher Regelungen zu Problemen durch das Verhalten der Kostenträger, die Kosten der Wiederholungsprüfungen, unabhängig davon, von wem sie initiiert worden waren, pauschal anzusetzen. Dass die Übernahme der Kosten der Wiederholungsprüfung gestrichen worden ist, ist ein klares Signal an die Transparenz der Prüfung.

Wir begrüßen die Streichung.

IV. Ausblick

Mit dem vorliegenden Entwurf zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird an die von den vorausgegangenen Reformen (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Erstes Pflegestärkungsgesetz, Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf) eingesetzten Leistungsverbesserungen und -flexibilisierungen angeknüpft. Neben der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sowie damit unmittelbar verbundenen Änderungen im Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrecht werden auch in weiteren wichtigen Bereichen der Pflegeversicherung Neuregelungen von grundsätzlicher Bedeutung getroffen, wie etwa bei der Qualitätssicherung und -darstellung sowie bei der Verbesserung der Beratung.

Klar ist, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Umsetzung auch im Leistungsrecht der Pflegeversicherung erfordert. Gemäß der Empfehlungen der Expertenbeiräte aus den Jahren 2009 und 2013 ist es notwendig, den Pflegebedürftigkeitsbegriff mit künftig fünf Pflegegraden statt wie bisher mit drei Pflegestufen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung nachzuvollziehen. Dies betrifft insbesondere deren Kernleistungen. Deshalb müssen die ambulanten und stationären Sachleistungen sowie die Pflegegeldleistung im Hinblick auf die neue Systematik grundsätzlich neu ausgerichtet und eine Vielzahl weiterer leistungsrechtlicher Vorgaben angepasst werden.

Es wird - wenn man den Referentenentwurfstext ernst nimmt - dazu kommen, dass die Partner der Selbstverwaltung an einen Tisch setzen und an dem Punkt weitermachen müssen, an dem sie die Vorgängerreformen PNG und PSG I hingeführt haben. Das kann dazu führen, dass in manchen Bundesländern Fehler aus den letzten Jahren korrigiert werden, in anderen wiederum Verhandlungen jetzt erst aufgenommen werden. Trotz der Reformen ist in einigen Bundesländern nach wie vor Sachstand, dass der Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI seit 1995 gilt. Dass das PNG und PSG I bisher noch nicht zu einer Anpassung geführt haben, dürfte nicht verwundern. Schließlich hängt die Umsetzung der gesetzgeberischen Ideen letztlich von den Vertragspartnern auf der Landesebene ab. Das PSG II dürfte mit seinen Zielen hier keine Ausnahme machen.