

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des BMG
am 09.07.2015**

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

06.07.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Referentenentwurf	- 6 -
Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	- 6 -
Nr. 5 § 7 Aufklärung, Auskunft.....	- 6 -
Nr. 6 § 7a Pflegeberatung	- 8 -
Nr. 7 § 7b Beratungsgutscheine	- 10 -
Nr. 13 § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit	
Nr. 14 § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtung	
Nr. 16a § 17 Abs. 1a Richtlinien der Pflegekassen	
Nr. 17 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	- 11 -
Nr. 16b, 16c § 17 Richtlinien der Pflegekassen	- 13 -
Nr. 17f § 18 Abs. 6a Empfehlung zur Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittel- versorgung im Rahmen der Pflegebegutachtung	- 14 -
Nr. 19 § 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	- 16 -
Nr. 24 § 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung	- 17 -
Nr. 27 § 36 Pflegesachleistung.....	- 18 -
Nr. 28 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.....	- 19 -
Nr. 30 § 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.....	- 20 -
Nr. 34 § 43 Inhalt der Leistung	- 22 -
Nr. 40 § 45b Entlastungsbetrag	- 23 -
Nr. 40 § 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	- 24 -
Nr. 41 § 46 Absenkung des Verwaltungskostenfaktors zum 01.01.2018	- 25 -
Nr. 44 § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung.....	- 26 -
Nr. 46 § 84 Bemessungsgrundsätze Nr. 47 § 85 Pflegesatzverfahren.....	- 27 -
Nr. 62 § 113 Maßstäbe und Grundsätze	
Nr. 66 § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen	
Nr. 67 § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	- 28 -
Nr. 64 § 113b Qualitätsausschuss	
Nr. 9b § 8 Gemeinsame Verantwortung	- 30 -
Nr. 65 § 114 Qualitätsprüfungen.....	- 33 -
Artikel 2 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Bestandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	- 34 -
§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade	- 34 -
§ 2 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen.....	- 36 -

§ 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren..... - 38 -
 Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege..... - 39 -
 § 2 Alternative Überleitung der Pflegesätze..... - 39 -
 § 3 Verfahren für die Umrechnung - 40 -
 § 4 Pflichten der Beteiligten..... - 41 -

**III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-
 Bundesverbandes..... - 42 -**

§ 7a Pflegeberatung - Rechtsanspruch auf Beratung für Pflegepersonen - 42 -
 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - 44 -
 § 92b Öffnung der integrierte Versorgung - 45 -
 § 114a Abs. 3a SGB XI - Einwilligung - 47 -
 § 115 Abs. 2 SGB X - Maßnahmenbescheid - 48 -

I. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf werden – aufbauend auf dem ersten Pflege-stärkungsgesetz – die weiteren Vereinbarungen aus der Koalitionsvereinbarung konsequent umgesetzt.

Die Neudefinition des Pflegedürftigkeitsbegriffs wird die Pflegeversicherung künftig an ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit ausrichten; es ist charakterisiert durch eine Sichtweise, die das Ausmaß der Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen erkennbar macht. Mit dem ressourcen- und teilhabeorientierten Ansatz gewinnt die aktivierende Pflege wieder an Bedeutung. Aber auch durch die Ausweitung der zu erfassenden Bedarfslagen bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit - insbesondere die Aspekte der kommunikativen Fähigkeiten, das soziale Verhalten, der psychischen Probleme sowie die Gestaltung des Alltags – wird die pflegerische Betreuung eine gleichwertige Säule der Pflegeversicherung zur körperbezogenen Pflege und Hilfe im Haushalt. Die bisherigen Ungleichbehandlungen von Personen, die in erster Linie körperliche Beeinträchtigungen haben und Personen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychische Erkrankungen werden aufgehoben. Das zugrundeliegende Begutachtungsinstrument behandelt damit körperlich und kognitiv beeinträchtigte Pflegedürftige hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung gleich.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird aber nicht nur ein neues Instrument für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung geschaffen. Vielmehr bietet die Verankerung des neuen Begutachtungsassessments auch eine wissenschaftliche Grundlage für die Pflege und Pflegeversicherung mit all ihren Facetten. Es wird somit erstmals eine pflegewissenschaftlich fundierte, fachliche Grundlage für die Pflegeversicherung mit einem neuen Blickwinkel geschaffen, der die Fachlichkeit der Pflegekräfte und die Fähigkeiten sowie die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellt. Mit ihm werden Informationen gewonnen und Einschätzungen systematisch vorgenommen, die insbesondere eine wesentliche Basis für die Hilfe- und Versorgungsplanung für eine teilhabeorientierte Pflege bilden. Aber auch für die Pflegeplanung und den Pflegeprozess, die Leistungserbringung und für die Qualitätssicherung besitzt die Fähigkeitseinschätzung eine hohe Relevanz, und fördert das eigentliche Ziel, die Zeit der Pflege selbstbestimmt und teilhabeorientiert zu erleben.

Dieser Aspekt wird auch im Referentenentwurf mit den Weiterentwicklungsansätzen in den Regelungen zur Pflegeberatung und mit dem Bekenntnis zu einem Indikatoren-gestützten Gesamtverfahren in der Qualitätssicherung aufgegriffen. Er greift zudem weitergehende strukturelle Anpassungsbedarfe auf, um den Rahmen für eine teilhabeorientierte Pflege und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestalten zu können.

Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich, dass nicht nur eine langjährige Forderung aller Akteure – die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Implementierung des zugrunde liegenden Begutachtungsinstruments – umgesetzt wird. Vielmehr sieht er hierin einen wichtigen Schritt, die Grundlagen der Pflegeversicherung zu modernisieren. Mit ihm wird der Maßstab geschaffen, an dem sich alle künftigen Entwicklungen zu orientieren und zu messen haben. Das gilt ausdrücklich auch für die indikatoren-gestützte Neujustierung der Qualitätssicherung im Rahmen eines „Verknüpfungsmodells“.

Die Herausforderungen für den Systemwechsel zum 01.01.2017 sind groß, im Übergang aber auch nach der Umstellung wird die Umsetzung des neuen Pflegeversicherungsrechts nur mit hohen zusätzlichen personellen Ressourcen in den Pflegekassen zu bewältigen sein.

Da zu vielen Regelungsbereichen des Referentenentwurfs eine vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird – um Doppelungen zu vermeiden -, insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von weiteren Ausführungen abgesehen.

Nachfolgend wird daher im Einzelnen nur zu den Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen, in denen der AOK-Bundesverband zu einer anderen Bewertung kommt oder einen anderen Schwerpunkt setzt. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme AOK-Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgenommen; mit der Implementierung eines eigenständigen Anspruchs auf Beratung für Pflegepersonen soll ein weiterer Beitrag zur Stärkung der informellen Pflege geleistet werden.

II. Referentenentwurf

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 § 7 Aufklärung, Auskunft

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung führt zu einer klaren Aufgabenabgrenzung zwischen den §§ 7 und 7a SGB XI. In der Konsequenz werden in § 7 die Aufklärung und Auskunft der Versicherten als Aufgabe der Pflegekassen neu gefasst. Gegenüber den Versicherten ist im Wesentlichen über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Hilfen anderer Träger, die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, die Pflegestützpunkte nach § 7c, spezielle Verträge zur integrierten Versorgung sowie zur Leistungs- und Preisvergleichsliste der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und zu anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu informieren, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und zur regionalen Verfügbarkeit. Um Aktualität zu gewährleisten, ist die Liste zeitnah fortzuschreiben. Nur auf Wunsch ist die Leistungs- und Preisvergleichsliste dem Versicherten auszuhändigen. Ansonsten reicht ein Hinweis auf das entsprechende Internetportal. Auf diesem sind ebenfalls die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu veröffentlichen. Eine Vernetzung der bereits bestehenden, unabhängigen Datenbanken bzw. bereits etablierten Informationsportalen soll angestrebt werden. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Verfügung zu stellen.

Für die zeitnahe Veröffentlichung der Unterstützungsangebote im Alltag (Betreuungs- und Entlastungsangebote) vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den auf Landesebene zuständigen Stellen ein elektronisches Datenübermittlungsverfahren. In der Vereinbarung ist auch die Finanzierung des Übermittlungsverfahrens zu regeln. Angebote weiterer Träger können unentgeltlich in die Leistungs- und Preisvergleichsliste mit aufgenommen werden, wenn diese Träger die Daten technisch übermitteln.

B Stellungnahme

Die klare Trennung von Aufklärung und Auskunft einerseits und Beratung andererseits ist zu begrüßen. Auch die damit verbunden inhaltlichen Änderungen werden befürwortet. Sie zielen darauf ab, für die Versicherten Transparenz über die Angebots- und Leistungsstrukturen zu schaffen. Die AOKs unterstützen schon heute über den Pflegeheim- und Pflegedienstnavigator Ratssuchende bei der Recherche nach einer passenden Pflegeeinrichtung. Die dort hinterlegte umfangreiche Datenbank bietet die Möglichkeit unter den zahlreichen Pflegeeinrichtungen gezielt nach Adress-, Preis-, Qualitäts- und Zusatzinformationen zu suchen. Der gezielte Hinweis in der Gesetzesbegründung auf die Vernetzung mit bereits bestehenden unabhängigen Datenbanken und Internetportalen ist zielführend.

Auch der privaten Pflegeversicherung obliegt die Aufklärung und Auskunft gegenüber ihren Versicherten. Entsprechend ist der PKV-Verband zu verpflichten, den privaten

Versicherern Informationen für die Aufklärung und Auskunft zur Verfügung zu stellen. In Analogie zu den Landesverbänden der Pflegekassen sollte er den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Leistungs- und Preisvergleichsliste zu erstellen. Die für die Erstellung erforderlichen Informationen liegen dem PKV-Verband vor.

Damit die Angebote zur Unterstützung im Alltag mit in die Leistungs- und Preisvergleichsliste aufgenommen werden können, bedarf es einer stärkeren Verpflichtung zur Vereinbarung, um sicherzustellen, dass die für die Anerkennung nach Landesrecht zuständigen Stellen an der Datenlieferung beteiligt werden. Darüber hinaus brauchen die Landesverbände der Pflegekassen detaillierte Informationen über die auf Landesebene anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Tatsächlich ist das Anerkennungsverfahren in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich verortet und ausgestaltet. Um auch über die regionalen Grenzen hinaus anerkannte Angebote vergleichen zu können, bedarf es hierzu eines bundeseinheitlichen technischen Standards und korrespondierend dazu einer Datenannahmestelle auf Bundesebene. Mit der DatenClearingStelle (DCS) gibt es bereits eine geeignete Struktur für eine bundesweite Datenannahme. Die DCS haben die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im Namen und im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen eingerichtet, um die bundesweit einheitliche Durchführung des Transparenzverfahrens sicherzustellen. Eine finanzielle Beteiligung aus den Verwaltungsmitteln der Pflegeversicherung ist nicht sachgerecht, auch für die Bereitstellung der Informationen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen erfolgt keine Finanzierungsbeteiligung der Pflegeversicherung. Darüber hinaus ist es vom Gesetzgeber nicht konsequent geregelt, zumal die Träger weiterer Angebote ihre Daten im elektronischen Übermittlungsverfahren unentgeltlich bereitstellen sollen.

C Änderungsvorschlag

Rechtstechnische Bereinigung: in Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Versicherte“ ersetzt.

Der unbestimmte Rechtsbegriff „zeitnah“ in Abs. 3 Satz 2 ist zu präzisieren, indem die Wörter „schreiben diese zeitnah fort“ durch die Wörter „aktualisieren diese einmal im Quartal“ ersetzt werden.

In Absatz 3 wird in Satz 2 nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

In Absatz 4 wird Satz 1 wie folgt gefasst: „Die Landesverbände der Pflegekassen und die nach Landesrecht zuständigen Stelle für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches haben gemeinsam das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübermittlung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionale Verfügbarkeit dieser Angebote zu vereinbaren.“

In Abs. 4 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen zu einem bundesweit einheitlichen technische Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.“

Nr. 6 § 7a Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den avisierten Änderungen im § 7a ist beabsichtigt, die Autonomie der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu stärken. Hierzu dient insbesondere für den Ratsuchenden, einen zuständigen Pflegeberater zu benennen, um Beratung aus einer Hand gewährleisten zu können. Darüber hinaus werden über Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes Maßstäbe und Grundsätze zum Verfahren und zu den Inhalten der Pflegeberatung festgelegt, die unmittelbar für die Pflegeberater der Pflegekassen, die unabhängigen Beratungsstellen und die Pflegestützpunkte verbindlich sind.

In der Pflegeberatung sind die Ergebnisse der Beratungspflichtbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB V künftig systematisch zu erfassen und zu analysieren, um den weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zur Stabilisierung des häuslichen Umfelds zu erkennen.

Gesetzlich normiert wird, dass pflegende Angehörige mit Einverständnis des Pflegebedürftigen die Pflegeberatung in seinem Auftrag wahrnehmen können.

Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern bis zum 1.07.2018 abzugeben. Neu aufgegriffen wird, dass die an der Erstellung der Richtlinie zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten der Pflegeberatung mitwirkenden Parteien auch an der Erstellung der Empfehlung zu beteiligen sind.

Zur Strukturierung der unterschiedlichen Beratungsstellen sind Rahmenverträge auf Landesebene zur Zusammenarbeit in der Beratung mit dem Ziel zu schließen, den Informationszugang und die Information von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangeboten zu optimieren.

Im Abstand von 3 Jahren – erstmals zum 30.06.2020 – hat der GKV-Spitzenverband einen Bericht unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen, über die Erfahrungen und Weiterentwicklungen der Pflegeberatung, der Pflegeberatungsstrukturen und der Pflegestützpunkte sowie der Durchführung und Wirkung der Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3) sowie deren Fortentwicklung.

B Stellungnahme

Alle Anstrengungen, die zu einer hohen qualitätsgesicherten Pflegeberatung führen und somit im Interesse der zu Beratenden stehen, sind ausdrücklich zu begrüßen. Die AOKs bieten bereits auf hohem Niveau eine qualitätsgesicherte und flächendeckende Pflegeberatung an.

Die Richtlinie zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung kann nur verpflichtend für die Pflegeberater der Pflegekassen, die unabhängigen Beratungsstellen nach § 7b und für die Pflegestützpunkte in Trägerschaftsbeteiligung der Kranken- und Pflegekassen sein. Nach der Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung zu Pflegestützpunkten in Deutschland aus Sicht der Mitarbeitenden (2015) sind derzeit knapp ein Viertel der Pflegestützpunkte alleine in kommunaler Trägerschaft. Trotz Mitwirkung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an der Richtlinienerstellung sind diese für Pflegestützpunkte in kommunaler Trägerschaft nicht bindend. In der Konsequenz ist es statt dessen sachgerechter, in entsprechenden Empfehlungen die Mindeststandards zur Pflegeberatung festzulegen und mit den bereits bestehenden Empfehlungen zur An-

zahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberater zusammenzuführen, mit dem Ziel eine Gesamtempfehlung zur Struktur- und Prozessanforderungen der Pflegeberatung abzugeben.

Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands zu den Erfahrungen und Weiterentwicklungen der Beratung nach §§ 7a, b, c und zur Durchführung und Wirkung der Beratung nach § 37 Abs. 3 ist zu begrüßen. Mit ihr wird Transparenz im Beratungsgeschehen gefördert. Der AOK-Bundesverband hat bereits Impulse zur transparenten Darstellung des Beratungsgeschehens in den AOK mit seiner Broschüre „IN BESTEN HÄNDEN – gesetzt.“

C Änderungsvorschlag

In Abs. 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „Für das von diesem anzuwendende Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Empfehlungen nach Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen.“

In Abs. 1 Satz 4, wird der erste Halbsatz wie folgt gefasst: „Bei der Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans sind die Empfehlungen nach Abs. 3 Satz 3 zu berücksichtigen“.

In Abs. 3 wird Satz 3 wie folgt gefasst: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung sowie zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und –beratern bis zum 31.07.2018 ab.“

Abs. 3 Satz 4 ist zu streichen.

Rechtstechnischer Hinweis: Abs. 1 Satz 9 ist in den Rechtsanspruch nach Satz 1 zu integrieren. In Satz 1 sind nach dem Wort „erhalten“, folgende Wörter einzufügen: „und Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt haben und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht,“

Abs. 1 Satz 9 ist zu streichen.

Siehe auch weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Nr. 7 § 7b Beratungsgutscheine

A Beabsichtigte Neuregelung

Die 14-Tage-Frist gilt künftig nicht nur bei Erstanträgen, sondern auch bei späteren Anträgen, z.B. beim Auftreten einer Krisensituation oder beim Wechsel von Geld- auf Sachleistungen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ermöglicht es Anspruchsberechtigten und ihren Familienangehörigen, sich zeitnah durch eine individuelle Beratung zu informieren und den Versorgungsplan der geänderten Situation anzupassen.

Durch die neue klare Trennung von Aufklärung/Auskunft nach § 7 und der Pflegeberatung nach § 7a kommt es in § 7b zu einem rechtstechnischen Fehler. Durch das Wegfallen des Beratungsaspekts in § 7 müsste nun nach § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 allen Antragstellern auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ein konkreter Beratungstermin für eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a innerhalb von 14 Tagen angeboten werden. Nicht jeder Antragsteller auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung braucht eine umfassende Pflegeberatung in Sinne des Case-Managements des § 7a (individueller Versorgungsplan). Zu diesem Ergebnis kommt auch die Studie „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“ aus dem Jahr 2011. In den überwiegenden Fällen reicht die gezielte Aufklärung und Auskunft aus.

C Änderungsvorschlag

Nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 ist der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen: „sofern nicht die Aufklärung und Auskunft nach § 7 ausreichend ist.“

Nr. 13 § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Nr. 14 § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Nr. 16a § 17 Abs. 1a Richtlinien der Pflegekassen

Nr. 17 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der umfassenderen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den Vorgaben zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit wird im Wesentlichen den Empfehlungen der Beiräte zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009) und zu Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013) gefolgt. Mit den Neuregelungen werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst; allen Pflegebedürftigen eines Pflegegrades, unabhängig davon, ob in erster Linie eine körperliche oder kognitive oder psychische Beeinträchtigungen vorliegt, wird damit ein gleicher Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährt.

Maßgeblich für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten in den Modulen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte. Hingegen werden die Module außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit nicht herangezogen.

Für die Ermittlung des Pflegegrades werden Schwellenwerte gesetzlich normiert; dabei wird hinsichtlich ihrer Festlegung von den Empfehlungen des Expertenbeirates abgewichen.

B Stellungnahme

Das mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verankerte umfassendere Verständnis von Pflegebedürftigkeit wird ausdrücklich begrüßt, insbesondere auch die deutliche Abgrenzungen zu den Modulen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Ihre Einbeziehung in die Definition und Berechnungen des Pflegegrades ist nicht erforderlich. Im Interesse einer umfassenden Einschätzung der individuellen Bedarfslagen ist es dennoch sinnvoll, die Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zu ermitteln. Sie haben einen hohen Stellenwert für eine umfassende Beratung, für Empfehlungen zur Optimierung der häuslichen Versorgungssituation sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung. Zur Klarstellung wird empfohlen, im § 17 Abs. 1 einen allgemeinen Verweis aufzunehmen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung ist der neu gefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff für andere Sozialleistungssysteme nicht verbindlich und nur hinsichtlich seiner fachlichen Grundlage als Beitrag zu einem fachlich geprägten, umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit anzusehen. Die leistungsrechtliche Umsetzung des erweiterten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit hat jedoch direkte und indirekte Aus- und Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche und dort insbesondere auf die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem zwölften Sozialgesetzbuch.

So erfassen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zugrundeliegende Begutachtungsinstrument auch Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen von Menschen mit Behinderungen, auch soweit sie Teilhabeaspekte betreffen, umfassender als das bislang geltende verrichtungsbezogene System. Dies wird zur Folge haben, dass insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung in größerer Zahl als bislang die Leistungsvoraussetzungen erfüllen werden und vielfach auch höheren Pflegegraden zuzuordnen sind als dies bislang der Fall ist (ausweislich der Gesetzesbegründung zusätz-

lich 60. Tsd. Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen).

Dies gilt auch für das Verhältnis zu den Vorschriften des zwölften Buches Sozialgesetzbuch über die Hilfe zur Pflege. Insoweit ist im Hinblick auf den vorgeschlagenen Begriff der Pflegebedürftigkeit ein umfassender Anpassungsbedarf zu erkennen, weil sich die §§ 61 ff. SGB XII hinsichtlich des leistungsberechtigten Personenkreises auf die Definitionen des § 14 Abs. 1 und 4 SGB XI beziehen und damit an den dort festgelegten verrichtungsbezogenen Hilfebedarf anknüpfen, der durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgegeben werden soll.

Nach Inkrafttreten des zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften wird die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach diesem Buch von dem Verständnis von Pflegebedürftigkeit nach dem zwölften Buch Sozialgesetzbuch abweichen. Wegen des Verweises im zwölften Buch auf die Richtlinien nach § 17 nach diesem Buch (vgl. § 61 Abs. 6 SGB XII) und der Bindung an die Entscheidung der Pflegekasse gemäß § 62 SGB XII ist dies für einen Übergangszeitraum hinzunehmen. Eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung wäre daher zu begrüßen, die auf die fehlende Harmonisierung für einen Übergangszeitraum hinweist.

Die Schwellenwerte zur Ermittlung der Pflegegrade 1 bis 3 wurden gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirates zur Festlegung der Schwellenwerte abgesenkt, mit der Konsequenz, dass zum einen eine Zunahme von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 zu erwarten ist, zum anderen, dass es zu einer Verschiebung von Pflegegrad 1 in Pflegegrad 2 und von Pflegegrad 2 in Pflegegrad 3 kommt.

Die gesetzlich vorgesehene Systematik zur Zuordnung von körperlich oder kognitiv resp. psychisch beeinträchtigten Kleinkindern zwischen 0 und 18 Monaten weicht ebenfalls von den Empfehlungen des Expertenbeirates zur pauschalen Einstufung zwischen den Pflegegraden 2 und 3 ab. Mit den gegenüber den festgelegten Schwellenwerten für Erwachsene und Kinder ab 18 Monate abgesenkten Schwellenwerten erfolgt eben keine pauschale Einstufung, lediglich eine gesetzlich normierte Abweichung; die Einstufungssystematik mit ihren Anreizwirkungen bleibt erhalten. Mit der Regelung wird daher nicht vermieden, dass innerhalb eines kurzen Zeitraumes häufige Höherstufungs- respektive Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden müssen, um die Familien zu entlasten.

C Änderungsvorschlag

In § 15 Abs. 5 sind Ziffer 4 und 5 zusammenzuführen. Ziffer 4 wird wie folgt festgelegt: „4. Ab 70 bis 100 Punkten in den Pflegegrad 5“; Ziffer 5 ist zu streichen.

In § 17 Abs. 1 ist nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 einzuschieben: „§ 18 Absatz 5a ist dabei zu beachten.“

§ 18 Abs. 1 Satz 2 werden nach die Wörter „den Pflegegrad“ ersetzt durch die Wörter „die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen im Sinne des §§ 14 Absatz 2 und § 18 Absatz 5a“.

In § 18 Abs. 3b Satz 2 wird nach dem Wort „bereits“ das Wort „mindestens“ eingefügt.

Siehe auch weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes.

Nr. 16b, 16c § 17 Richtlinien der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzverband hat Richtlinien zur „Pflegeberatung“ (Absatz 1a) zu erlassen. Zusätzlich werden die Vorschriften zum Beteiligungsverfahren weiterentwickelt und verbindliche Fristen für die erstmalige Erstellung der Richtlinien vorgegeben.

B Stellungnahme

Die Neuregelung zum Erlass einer Pflegeberatungs-Richtlinie (Abs. 1a) ist zu streichen, vgl. hier die Ausführungen zu Nummer 6 (§ 7a).

C Änderungsvorschlag

Abs. 1a ist ersatzlos zu streichen.

Nr. 17f § 18 Abs. 6a Empfehlung zur Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen der Pflegebegutachtung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vereinfachung der Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Versicherte sowie zur Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Pflegekasse und MDK soll die bereits heute in den Pflegegutachten enthaltene Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung künftig mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als Antrag auf Leistungsgewährung gelten. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist die Zustimmung des Versicherten.

Die medizinische Erforderlichkeit der in der Empfehlung genannten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V oder der Notwendigkeit nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird vermutet. Damit ist die fachliche Überprüfung der Notwendigkeit grundsätzlich abgeschlossen, es sei denn die Kranken- oder Pflegekasse stellt in Ausnahmefällen die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen darüber hinaus erfüllt sein.

Die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel soll dem Antragsteller von der Pflegekasse unverzüglich, spätestens jedoch mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, übermittelt werden.

B Stellungnahme

Die Vereinfachung der Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln für Versicherte, durch die Vermeidung eines separaten Antragsverfahrens wird grundsätzlich begrüßt.

Bei den von der Regelung betroffenen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln kann es sich allerdings nur um diejenigen Hilfsmittel handeln, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen. Originäre Hilfsmittel der Krankenversicherung, wie beispielsweise Beinprothesen oder Orthesen sind, insbesondere aufgrund der abweichenden Versorgungsvoraussetzungen, wie beispielsweise die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung in Fällen, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist, davon auszunehmen. Die Krankenkassen haben darüber hinaus bei der Entscheidung über Hilfsmittel, die nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des neunten Buches sind und damit zugleich auch Leistungen zur Teilhabe darstellen, § 14 SGB IX zu beachten.

Um die zur Versorgung mit vorgenannten Hilfsmitteln erforderlichen nächsten Schritte für die Versicherten transparent zu machen, sollten den Versicherten Informationen über die Verfahrensabläufe zur Erlangung einer entsprechenden Hilfsmittelversorgung übermittelt werden. Darüber hinaus sollten Vertragspartner genannt werden, an die sich der Versicherte unter Ausübung seines diesbezüglichen Wahlrechtes zur Konkretisierung der Empfehlung des MDK oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter wenden kann. Dem Versicherten soll dadurch ermöglicht werden, die Entscheidung ob und durch wen er eine Versorgung wünscht, eigenständig zu treffen. Darüber hinaus kann so gewährleistet werden, dass Versicherte die ihnen zustehenden Auswahlentscheidungen aus § 40 Abs. 1 Satz 3 SGB XI auch ausüben können.

Die Notwendigkeitsvermutung kann sich infolge der Klarstellung, dass es sich um Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel handelt, die den Zielen nach § 40 SGB XI dienen, auf die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI beschränken.

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel an dem Tag, an dem das diesbezügliche Gutachten des MDK oder des beauftragten Gutachters bei der Pflegekasse eingeht. Die beabsichtigte Verpflichtung, die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel unverzüglich, spätestens aber mit Übersendung des Bescheides über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Versicherten zu übermitteln, wird den notwendigen Versorgungsabläufen nicht gerecht.

Die Auswahl und ggf. Anpassung ist der Bewilligung und Versorgung mit einem Hilfsmittel notwendig vorgeschaltet. Dazu bedarf es der Wahl eines vertraglich gebundenen Leistungserbringers unter Beachtung des Wahlrechts des Versicherten. Der Leistungserbringer wählt regelhaft unter den, für die Versorgung der einzelnen Versicherten in Frage kommenden Versorgungsmöglichkeiten, eine wirksame und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung aus, die das Maß des Notwendigen nicht übersteigen darf. Mit Ausnahme von genehmigungsfreien Hilfsmitteln, erfolgt auf dieser Basis die Erstellung eines Kostenvoranschlags für die konkret beabsichtigte Versorgung durch den Leistungserbringer gegenüber der Pflegekasse. Die Empfehlung einer Hilfsmittelversorgung kann demnach wichtige Hinweise auf Versorgungsnotwendigkeiten geben, die jedoch durch die Auswahl und ggf. Anpassung eines Hilfsmittels zu konkretisieren sind. Diese Konkretisierung kann aufgrund unterschiedlicher organisatorischer und personeller Aufstellungen und in Unkenntnis der bestehenden vertraglichen Regelungen nicht von Sozialmedizinern der MDKs oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern vorgenommen werden. Eine Entscheidung der Pflegekasse über die empfohlenen Hilfsmittel kann vor dem Hintergrund dieses Versorgungsablaufs nicht bereits mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den Antragsteller übermittelt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 18 Absatz 6a SGB XI sollte wie folgt lauten:

(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt und es sich um Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel handelt, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen. Die Pflegekasse informiert den Versicherten über die zur Versorgung mit den in Satz 2 benannten Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln notwendigen Verfahrensabläufe sowie über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner. Hinsichtlich der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 wird das Vorliegen der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dem Antragsteller wird von der Pflegekasse unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel übermittelt.

Nr. 19 § 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Flankierend zur Festlegung eines umfassenderen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit wird ein Begleitgremium vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet, das den Gesamtprozess sowohl im als auch nach dem Umstellungszeitraum monitorieren soll.

Darüber hinaus wird gesetzlich normiert, dass eine begleitende wissenschaftliche Evaluation zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl für die Vorbereitung als auch für die Umsetzung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird.

B Stellungnahme

Die Errichtung eines Begleitgremiums wie auch die Durchführung einer Evaluation zur Begleitung des Gesamtprozesses durch und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ist zielführend. Es ist zu begrüßen, dass die Neuregelung hier die Empfehlungen des Expertenbeirates zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgreift.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch die gesetzliche Normierung in Absatz 2 Satz 3. Dies ist im Rahmen der Auftragsvergabe zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer festzulegen.

C Änderungsvorschlag

In Abs. 2 ist Satz 3 zu streichen.

Nr. 24 § 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Zeitpunkt der Prüfung der Notwendigkeit einer Anpassung wird von 2017 auf 2020 geändert.

B Stellungnahme

Ab 2017 stehen nahezu allen Pflegebedürftigen aufgrund der neuen Leistungshöhen in den Pflegegraden höhere Leistungsansprüche zur Verfügung. Eine Ausnahme bilden Leistungsempfänger in der vollstationären Versorgung der Pflegegrade 2 und 3 (vgl. Kommentar zu Ziffer § 43).

Aus der Gesetzesbegründung geht jedoch nicht hervor, dass die Bundesregierung die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen geprüft hat. Die Bundesregierung hätte zum Zeitpunkt 2017 den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vorlegen müssen. Dieser Bericht wird mit der Neuregelung ausgesetzt. Eine erneute Prüfung erfolgt damit erst 2020.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 27 § 36 Pflegesachleistung

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistungen.

Die Leistungsbeträge je Pflegegrad wurden aus dem § 123 (alt) übernommen. Die Härtefallregelung (3 v.H. der Pflegestufe 3) wurde gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind zu begrüßen.

Allen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 und 3 stehen höhere Leistungsbeträge zur Verfügung. Bisher hatten nur Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 und 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen höheren Leistungsanspruch (§ 123 –alt).

Durch die pauschale Überleitung in die neuen Pflegegrade wird es zu einem deutlichen Anstieg der Anspruchsberechtigten im neuen Pflegegrad 5 kommen. Dies alleine führt schon zu erheblichen Überleitkosten.

Es ist zu begrüßen, dass mit der Neuregelung pflegerische Betreuung als gleichrangige Leistung neben der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbracht werden kann. Folgerichtig wird der bisherige Grundsatz „Grundpflege und Hauswirtschaft muss sichergestellt sein“ aufgegeben.

Die Konkretisierung des Ausschlusskataloges sowie die Beibehaltung des Grundsatzes, dass die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen nicht zu Lasten der Pflegekassen erbracht werden dürfen, wenn die Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfen für behinderte Menschen finanziert werden, sind ebenfalls zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 28 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Pflegegeld besteht in den Pflegegraden 2 bis 5. Als Leistungshöhen werden im Pflegegrad 2 und 3 die Leistungsbeträge für Pflegegeld nach § 123 (alt) der Pflegestufen I und II festgesetzt. Im Pflegegrad 4 wird der Leistungsbetrag des Pflegegeldes der Pflegestufe III zugrunde gelegt. Der Pflegegrad 5 erhält erstmals Anspruch auf Pflegegeld.

Weiterhin wird klargestellt, dass das hälftige Pflegegeld während einer Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) oder Verhinderungspflege (bis zu 6 Wochen) weitergewährt wird.

Die Beratungseinsätze werden in den Pflegeraden 1, 2 und 3 mit bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro vergütet. Zudem sollen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und Pflegesachleistungsempfänger halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können. Die Vertragsparteien nach § 113 sollen bis 01.01.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche beschließen.

B Stellungnahme

Die Festsetzung der Leistungsbeträge ist zu begrüßen. Pflegebedürftige erhalten in allen Pflegegraden höhere Leistungen als bisher. Mit der Neuregelung für Pflegebedürftige im Pflegegrad 5, einen Anspruch auf Geldleistung zu realisieren, wird die Bereitschaft für die Pflege durch Angehörige gestärkt.

Die Anpassung der Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes an die Zeiträume der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird ebenfalls unterstützt. Bereits mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz wurden die Zeiträume der Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege erweitert. Die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes wurde jedoch nicht entsprechend angepasst. Eine Anpassung an die Leistungszeiträume ist folgerichtig.

Die Ausweitung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch für Pflegebedürftige, die Sachleistungen von einem Pflegedienst nach § 36 beziehen, ist nicht sachgerecht: Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Bei Pflegesachleistungsempfänger ist zu erwarten, dass Mängel in der Sicherstellung der häuslichen Pflege im Rahmen der Leistungserbringung durch Pflegedienste bereits festgestellt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden, um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern (beispielsweise über Anpassungen des Pflegevertrages).

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung zu § 37 Absatz 3 Satz 6 ist zu streichen.

Nr. 30 § 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Losgelöst von redaktionellen Änderungen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Wohngruppenzuschlag um 4,4 Prozent dynamisiert. Es wird verdeutlicht, dass anbieterverantwortete Wohngruppen dann nicht die Anspruchsvoraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllen, wenn das zugrundeliegende Gesamtkonzept in Kooperation mit weiteren Anbietern dem einer vollstationären Pflege entspricht.

Leistungen der Tages- und Nachpflege können neben dem Wohngruppenzuschlag nur dann in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, dass die Pflege in der Wohngruppe ohne teilstationäre Leistungen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

B Stellungnahme

Durch den bisher gezielten Ausbau der ambulanten Leistungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gestalten zunehmend die Pflegeeinrichtungen ambulante Versorgungsstrukturen im Verbund, die in der Gesamtschau Pflegeleistungen in dem Umfang anbieten, die sich vom Leistungsumfang einer vollstationären Einrichtung nicht unterscheiden. Mit der vorgesehenen Neuregelung wird daher der Ansatz verfolgt, zumindest für die Wohngruppen, für die die Bewohner einen Anspruch auf Wohngruppenzuschlag haben, einen Abrechnungsausschluss gesetzlich zu normieren. Dies ist im Grundsatz zu begrüßen, greift aber zu kurz. Denn für eine Vielzahl von Einrichtungen mit „gezielten Ambulantisierungsstrategien“ greift diese Regelung nicht (Verbund von betreutem Wohnen, Tagespflege, Pflegesachleistung). Damit wird auch in der Neufassung des § 38a die Ungleichbehandlung zwischen Pflegebedürftigen in neuen vollstationären Einrichtungen und Pflegebedürftigen in ambulanten Wohnformen, die Leistungen im Umfang einer vollstationären Versorgung über mehrere Leistungsanbieter erhalten, legitimiert, ohne dass sich hier ein erkennbarer Unterschied in der Versorgungsrealität – insbesondere durch gleiche Bezugspflegepersonen - abzeichnet.

Die Neuregelung nivelliert diese Ungleichbehandlung nicht, so dass es hier einer ergänzenden gesetzlichen Normierung dahingehend bedarf, dass ein vollstationärer Versorgungsvertrag dann zu schließen ist, wenn der vereinbarte Leistungsumfang in ambulanten Wohnformen im Verbund mit weiteren Einrichtungen dem im jeweiligen Rahmenvertrag vereinbarten Leistungsumfang entspricht.

C Änderungsvorschlag

In 38a Abs. 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Leistungen der Tages- und Nachpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung der Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 4 und nach Satz 2 beauftragen.“

In § 71 SGB XI wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Als stationäre Pflegeeinrichtung gilt auch eine Versorgungsform, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die den im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfangs und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.“

In § 97 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Zahl „40,“ die Zahl „71,“ eingefügt.

Nr. 34 § 43 Inhalt der Leistung

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 übernimmt die Pflegekasse pauschale Leistungsbeträge je Pflegegrad für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Zuschuss für Pflegebedürftige des Pflegegrad 1 beträgt 125 Euro monatlich.

Sofern vollstationäre Pflege gewählt wird, obwohl diese nicht erforderlich ist, beträgt der Zuschuss 80 v.H. für den Gesamtwert des jeweiligen Pflegegrades.

B Stellungnahme

Die Festsetzung der Leistungsbeträge für die Pflegegrade 2 und 3 ist abzulehnen.

Entgegen der Empfehlung des Expertenbeirates, das Leistungsniveau des PNG bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht zu unterschreiten, werden der Leistungsbetrag für den Pflegegrad 2 um 294 Euro gegenüber der Pflegestufe 1 und der Leistungsbetrag für den Pflegegrad 3 um 68 Euro gegenüber der Pflegestufe 2 abgesenkt.

Es gibt keinerlei Hinweise aus der Gesetzesbegründung, womit eine Herabsetzung der Leistungsbeträge und damit eine Abweichung von der Empfehlung des Expertenbeirates nachvollziehbar und begründet sind. Die Äquivalenzziffern aus der Erprobungsstudie „Erfassung von Versorgungsaufwendungen in stationären Einrichtungen (EViS)“ wurden für die Leistungshinterlegung nicht zugrunde gelegt. Es handelt sich um eine Schlechterstellung von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen, welche unbedingt zu vermeiden ist.

C Änderungsvorschlag

Die Leistungsbeträge in Absatz 2 Satz 2 für die Pflegegrade 2 und 3 orientieren sich an den Empfehlungen des Expertenbeirates und sind damit neu festzusetzen.

Nr. 40 § 45b Entlastungsbetrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist wie bisher zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger einzusetzen.

Anders als bisher können von zugelassenen Pflegediensten jedoch nur noch Leistungen im Sinne des § 36 erbracht werden.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag auch für körperbezogene Pflegemaßnahmen einsetzen.

B Stellungnahme

Mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Nachjustierung bei der Festlegung der häuslichen Pflegehilfe, wird die pflegerische Betreuung in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen. Damit ist die Grundlage für die Erbringung von Angeboten der allgemeinen Anleitung und der hauswirtschaftlichen Versorgung innerhalb des Versorgungsauftrages der Einrichtung abgebildet. Angebote, die über den Versorgungsvertrag abgebildet werden, dürfen damit nicht mehr außerhalb des Versorgungsauftrages zu den von der Pflegeeinrichtung festgelegten Konditionen den Pflegebedürftigen angeboten werden. Diese Regelung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 40 § 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird aus den bisherigen Absätzen zusammengefasst und regelt in einer Norm die Förderung der Selbsthilfe. Die Bedeutung der Selbsthilfe wird hierdurch gestärkt.

B Stellungnahme

Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung, daher ist die Stärkung der Selbsthilfe in einer Norm zu begrüßen. Eine Besonderheit der Selbsthilfekontaktstellen ist, dass sie Informationen indikationsübergreifend zur Verfügung stellen. Da häufig nicht nur eine Form der Behinderung oder nur ein bestimmtes Krankheitsbild vorliegt, wäre eine Festlegung auf eine Indikation nicht bedarfsgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 45d Satz 5 sind nach dem Wort „arbeitende“ das Wort „indikationsübergreifende“ und vor den Worten „das Ziel“ die Wörter „unter anderen“ einzufügen.

Nr. 41 § 46 Absenkung des Verwaltungskostenfaktors zum 01.01.2018

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 01.01.2017 erhöht sich die von den Pflegekassen an die Krankenkassen zu zahlende Verwaltungskostenpauschale im Jahr 2017 um rund 145 Millionen Euro.

Zum 01.01.2018 soll der Verwaltungskostenfaktor von bisher 3,5% auf 3,2% abgesenkt werden. Infolge der Absenkung des Verwaltungskostenfaktors nach § 46 Absatz 3 SGB XI ab 2018 reduzieren sich diese Mehrausgaben um rund 90 Millionen Euro.

In der Begründung zu Nummer 41 (§ 46 SGB XI) weist der Gesetzgeber darauf hin, dass mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Krankenkassen, die für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig sind, aufgrund der Umstellungsarbeiten einmalig höhere Verwaltungskosten im Jahr 2017 entstehen. Danach sei wieder mit einem deutlichen Rückgang der Verwaltungskosten zu rechnen.

B Stellungnahme

Durch das PSG II kommt es dauerhaft zu Mehraufwendungen für die Kranken- und Pflegekassen. So führt die Umstellung von Kollektivverhandlungen auf Individualverhandlungen im stationären Bereich mit derzeit ca. 13.000 Einrichtungen zu erhöhtem Aufwand im Bereich der Vertragsverhandlungen. Insbesondere mit der Einführung des Pflegegrades 1 und der verbesserten Berücksichtigung von kognitiven Beeinträchtigungen kommt es zu einer Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises. Daher ist dauerhaft mit höheren Verwaltungskosten zu rechnen.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 44 § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Landesrahmenverträgen sind unter anderem die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vereinbart.

Durch die erste Stufe der Föderalismusreform im Jahr 2006 ist die Zuständigkeit für den ordnungsrechtlichen Teil des Heimrechts auf die Länder übergegangen (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes). Mittlerweile haben alle Länder von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und die ordnungsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes durch landesrechtliche Regelungen ersetzt, damit ist der Hinweis auf die Heimpersonalverordnung des Bundes gegenstandslos.

B Stellungnahme

Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind von den Vereinbarungspartnern die Personalstruktur und die Personalrichtwertvereinbarungen zu prüfen und auf die neuen Pflegegrade hin anzupassen.

Nicht nachvollziehbar ist der Hinweis aus der Gesetzesbegründung, dass dabei insbesondere bereits die vorliegenden Untersuchungen und Erfahrungswerte, handlungsleitenden Verfahrensabsprachen sowie die vorliegenden Erkenntnisse aus den beiden im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellprojekten zur Erprobung des Neuen Begutachtungsassessments – „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ und „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ – zu berücksichtigen sind. Die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ gibt keinerlei Aufschluss zur personellen Ausstattung. Auch die Informationen zur Überleitung in neue Pflegegrade kann vor dem Hintergrund veränderter Schwellenwerte (vgl. § 15) nicht mehr herangezogen werden. Das gilt im Übrigen auch für die Überleittabellen aus der EViS-Studie. Darüber hinaus liefert die EViS-Studie auch keine Anhaltspunkte zu personellen Strukturen, die für eine Personalbemessung geeignet sind. Vor diesem Hintergrund ist die Gesetzesbegründung entsprechend anzupassen.

C Änderungsvorschlag

Der Hinweis auf die Erprobungsstudien ist in der Gesetzesbegründung zu streichen.

Nr. 46 § 84 Bemessungsgrundsätze Nr. 47 § 85 Pflegesatzverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Bemessungsgrundsätzen für die Vergütung in stationären Pflegeeinrichtungen wird im Hinblick auf das Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig nicht mehr in drei Pflegeklassen eingeteilt, da sich diese derzeit in der Praxis mit den jeweiligen Pflegestufen weitestgehend decken. Stattdessen wird nach dem Versorgungsaufwand und entsprechend der zugrunde zu legenden fünf Pflegegrade bemessen. An dem grundsätzlichen Erfordernis der Leistungsgerechtigkeit der zu vereinbarenden Pflegesätze wird hierbei unverändert festgehalten.

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile). Diese werden ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrags nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt.

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel erfolgt die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Dabei bleibt die bisherige Ausgestaltung als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, erhalten.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die Einführung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile. So wird die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen unabhängig der individuellen Pflegebedürftigkeit gleichmäßig verteilt und dem Teilkaskocharakter wird hier Rechnung getragen. Es wird dazu führen, dass damit die bisher mitunter bestehenden Hemmschwellen der Inanspruchnahme stationärer Pflege, aufgrund einer finanziellen Mehrbelastung, minimiert werden.

Ausgehend von der prospektiv festgelegten Summe der Pflegesätze einer Einrichtung wird der einrichtungsindividuelle Eigenanteil auf Basis einer festgelegten Bewohnerstruktur berechnet. Sofern es im Vergütungszeitraum zu deutlichen Änderungen in der Bewohnerstruktur kommt, wird in dessen Folge, je nach Veränderung, die Einrichtung deutliche Gewinne respektive Verluste zu tragen haben. Aufgrund der prospektiv geführten Verhandlungen muss vor dem Hintergrund der „Quersubventionierung“ (Umverteilungsentlastung höherer Pflegegrade zulasten niedrigerer Pflegegrade) zukünftig die Prognose der Einrichtungsbelegung noch präziser erfolgen als bisher.

Die Neuregelung der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b stellt eine vergütungsrechtliche Anpassung an die leistungsrechtliche Neuordnung der Vergütungszuschläge dar. Eine grundsätzliche Änderung der bisherigen Vergütungsgrundsätze ist damit nicht verbunden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Siehe auch weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes.

Nr. 62 § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Nr. 66 § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Nr. 67 § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die bereits begonnenen Impulse zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege aufgegriffen. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf der Logik des Begutachtungsinstrumentes ist ein gemeinsames Qualitätsverständnis für die Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege zu entwickeln. Für den vollstationären Bereich ist in den Maßstäben und Grundsätzen ein Indikatoren-gestütztes Gesamtverfahren zu beschreiben, das internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätsprüfung und Qualitätsberichtserstattung verzahnt.

Die Qualitätsprüfungen sollen die Vorgaben aus den Maßstäben und Grundsätze hinsichtlich des Indikatorenmodells berücksichtigen und aufgreifen. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen sollen die Plausibilitätsprüfungen der intern erhobenen Ergebnisindikatoren durchgeführt werden. Neben der Ergebnisqualität sollen auch die Aspekte der Struktur- und Prozessqualität erhoben werden. Diese erhobenen Daten sollen wenigstens teilweise für die Qualitätsberichtserstattung verwendet werden. Als Grundlage werden Qualitätsdarstellungsvereinbarungen getroffen, im stationären Bereich bis zum 31.12.2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31.12.2018.

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen bleiben bis zur Umsetzung bestehen.

Die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren im Qualitätsausschuss nach § 113b die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113 SGB) und die Regelungen zur Qualitätsdarstellung (§ 115 Absatz 1a), beschließen die Expertenstandards (§ 113a) und formulieren Empfehlungen nach § 37 Absatz 5. Darüber hinaus sind sie bei der Erstellung von Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beteiligen.

B Stellungnahme

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber mit dem Indikatoren-gestützten Gesamtverfahren die Weichen für einen Relaunch der Qualitätssicherung in der Pflege stellt.

Bisher fehlt es an einem gemeinsamen Qualitätsverständnis zwischen internem Qualitätsmanagement in Verantwortung der Einrichtung und externer Qualitätsprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen. Es gibt bisher keinen Konsens darüber, was genau unter „gute Pflege“ zu verstehen ist. Deshalb laufen auch in der Konsequenz in der heutigen Praxis beide Qualitätssysteme quasi parallel oder das interne Qualitätsmanagement ist fokussiert auf externe Prüfungen des MDK. Grundlage der Neuausrichtung der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen muss daher ein von allen anerkanntes, wissenschaftlich fundiertes Qualitätsverständnis sein, dass sowohl im internen Qualitätsmanagement als auch in der externen Qualitätssicherung zur Anwendung kommt.

Wichtigstes Ziel der Neuregelung ist, den Einrichtungen einen Maßstab zur Verfügung zu stellen, an dem sie ihre Bemühungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ausrichten und immer wieder aufs Neue reflektieren können. Zu flankieren ist dieses

Reflexionsinstrument mit einer externen Prüfung, um zum einen den Einrichtungen eine valide Grundlage für ihre Evaluation des Pflegeprozesses an die Hand zu geben, zum anderen aber auch, um die Akzeptanzprobleme der Kostenträger und Prüfinstanzen für selbsterhobene Informationen zu minimieren. Die damit gewonnene realistische Abbildung der von der Einrichtung verantworteten Pflegequalität kann Grundlage für einen neu auszurichtenden Beratungsprozess für Einrichtungen durch MDK-Prüfern in § 112 Absatz 3 sein.

Ergebnisindikatoren machen die Beurteilung von Prozessen und Strukturen der Einrichtungen nicht überflüssig. Eine ausschließliche Qualitätssicherung auf der Grundlage von Ergebnisindikatoren verkürzt aber die Aussagen zur Qualität im Leistungsspektrum einer Einrichtung auf ein unvertretbares Maß. Bei der Neuausrichtung der Qualitätssicherung bedarf es daher auch eines Konzeptes, wie die Bewertungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in zentralen Versorgungsfeldern ineinander greifen. Um dieses Konzept erfolgreich umzusetzen, bedarf es daher neben der Einführung von Indikatoren im internen Qualitätsmanagement auch eines Relaunchs der Grundlagen für die externe Qualitätsprüfung, die perspektivisch wissenschaftsbasiert ebenfalls neben der Prüfung der Ergebnisse einen Fokus auf die Prüfung der Prozesse legen sollte.

§ 113 Absatz 1 Satz 1 benennt als Vertragspartei unter anderen „die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“. Kriterien zur Definition des Begriffs der "Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene" beinhalten die §§ 113 ff. jedoch nicht. In der Vergangenheit kam es deshalb bereits zu Streitigkeiten betreffend der Beteiligung als „Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“. Auf die Entscheidung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23.05.2012 (Az.: L 10 P 84/09) wird hingewiesen.

Zur Straffung der Strukturen und Effizienzgewinnung der Entscheidungsprozesse der Gremien der Selbstverwaltung sollte der Gesetzgeber in Anlehnung an § 118 Abs. 2 SGB XI an das Bundesministerium für Gesundheit die Aufgabe delegieren, die Voraussetzungen der Anerkennung als „Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ im Sinne der §§ 113 ff. SGB XI festzulegen.

C Änderungsvorschlag

In § 113 Absatz 1 Satz 1 ist nach „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ einzufügen „nach Maßgabe des Absatzes 3“.

§ 113 Absatz 3 ist wie folgt neu zu formulieren: „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen der Anerkennung als Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene festzulegen.“

Siehe auch weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes.

Nr. 64 § 113b Qualitätsausschuss Nr. 9b § 8 Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung wird in einen Qualitätsausschuss umgewandelt. In den Zuständigkeitsbereich des Qualitätsausschusses fallen Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualität von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (§ 113 SGB XI), die Expertenstandards (§ 113 a SGB XI), die Qualitätsdarstellung (§ 115 Absatz 1 SGB XI) und ein Konzept über die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.

Die Zahl der Mitglieder ist auf zehn pro Bank begrenzt. Wenn es in den Beratungen im Qualitätsausschuss nicht zu einer einvernehmlichen Einigung kommt, kann der Qualitätsausschuss in einen erweiterten Qualitätsausschuss umgewandelt werden. Der erweiterte Qualitätsausschuss zeichnet sich dadurch aus, dass ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzutreten und nunmehr das Mehrheitsprinzip für die Beschlussfassungen gilt. Unterstützt wird die Arbeit des Qualitätsausschusses in der wissenschaftlichen Beratung und Koordinierung durch eine für fünf Jahren eingerichtete Geschäftsstelle. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 4 SGB XI.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Schiedsstelle in einen „Qualitätsausschuss“ mit einer begrenzten Anzahl an Vertretern ist zu begrüßen. Das Einstimmigkeitsprinzip und die daraus resultierenden Blockademöglichkeiten wurden zugunsten des Mehrheitsprinzips gestrichen. Damit sollen die bewährten Strukturen des Bewertungsausschusses Ärzte auf den neuen erweiterten Qualitätsausschuss übertragen werden. Im Vergleich zur Schiedsstelle und zum Erweiterten Bewertungsausschuss Ärzte wird jedoch neu geregelt, dass der unparteiische Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit ernannt wird. Dagegen sieht die gesetzliche Regelung zum Erweiterten Bewertungsausschuss vor, dass sich die jeweiligen Vertreter im Bewertungsausschuss über den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden auszuüben hat (vgl. §§ 87 Abs. 4, 89 Abs. 3 SGB V). Insofern erscheint es mehr als systemfremd und einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Selbstverwaltung, wenn nunmehr das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitzenden benennen soll.

Für die Weiterentwicklung der stationären Qualitätsprüfungen sind die Erkenntnisse aus den Projekten EQisA/EQMS einzubeziehen. Ebenfalls sollen die Aspekte der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt werden. Die Verknüpfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist zu begrüßen und sollte gleichwohl für den ambulanten Bereich analog gelten und aufgenommen werden.

Bisher erfolgte keine Erfassung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, daher sind nicht nur ergänzende Informationsquellen notwendig, sondern auch wissenschaftliche Erkenntnisse über die Einflussfaktoren auf die Lebensqualität Pflegebedürftiger.

Ein weiterer Auftrag des Qualitätsausschusses ist die Entwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung für neue Wohnformen. Das bisherige Fehlen einer Qualitätssicherung und Transparenz in diesem Versorgungsbereich soll damit beendet werden. Hier bedarf es noch der Definition einer Wohngruppe im Sinne des § 38a Abs. 1 SGB XI.

Die neu einzurichtende Geschäftsstelle wird begrüßt, jedoch ist eine zeitliche Befristung der qualifizierten Geschäftsstelle nicht zielführend. Der Qualitätsausschuss hat die Aufgabe, die Weiterentwicklung der Qualität und der Qualitätssicherung der Versorgung kontinuierlich zu begleiten, auch über die vorgesehenen fünf Jahre hinaus. Zur zukünftigen Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bedarf es daher eine fortlaufende Begleitung des Qualitätsausschusses durch die Geschäftsstelle.

Die Neuregelung in § 8 Absatz 4, die qualifizierte Geschäftsstelle nach Abs. 6 und die wissenschaftlichen Aufträge nach Absatz 4 über die Mittel nach § 8 Absatz 3 zu finanzieren, ist aus zwei Gründen nicht sachgerecht. Zum einen wird damit eine finanzielle Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. ausgeschlossen; zum anderen weicht es von der bereits bewährten Finanzierungssystematik des Instituts des Bewertungsausschusses ab, das auch die Geschäftsstelle des Bewertungsausschusses Ärzte führt. Danach erfolgt die Finanzierung durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen über eine Versichertenumlage finanziert. Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach § 87 Absatz 3e Satz 1 Nr. 2 SGB V.

C Änderungsvorschlag

In Abs. 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Der unparteiische Vorsitzende wird durch die Vertragspartner bestimmt. Kommt keine Einigung zustande, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden auszuüben hat.“

In Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 ist das Wort „Qualität“ durch die Wörter „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ zu ersetzen.

In Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 ist das Wort „ergänzende“ zu streichen.

In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6 ist nach dem Wort „Wohnformen“ die Wörter „nach § 38a SGB XI“ einzufügen.

§ 8 Absatz 4 ist zu streichen.

In § 113b Absatz 6 ist zu streichen „für die Dauer von fünf Jahren“.

In § 113b wird ein neuer Absatz 7 eingefügt.

„(7) Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Abs. 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach Absatz 4 erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags je Pflegebedürftiger in der Pflegeversicherung. Der Zuschlag ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Betrag von 10 Prozent anteilig an den Kosten nach § 113b Absätze 4 und 6. Das Nähere über das Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung.

Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8, der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.

Nr. 65 § 114 Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Prüfung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen können auch Abrechnungen der erbrachten Leistungen einer Einrichtung im Rahmen der Qualitätsprüfungen künftig geprüft werden.

Es erfolgt die Streichung, dass die Landesverbände der Pflegekassen den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern haben, wenn ihnen Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität aus einer von der Pflegeeinrichtung selbst veranlassenen Prüfung vorliegen. Ebenfalls wird ersatzlos gestrichen, dass im Falle einer Wiederholungsprüfung die Durchführungskosten der Wiederholungsprüfung die Einrichtungen zu tragen haben.

B Stellungnahme

Der Änderungsvorschlag zur Bekämpfung von Fehlverhalten zum Schutz der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft ist zu begrüßen. Die Landesverbände der Pflegekassen erhalten so die Möglichkeit, die entsprechenden Maßnahmen bei Auffälligkeiten in den Abrechnungen einzuleiten.

Durch die Flexibilisierung des Prüfgeschehens sollte erreicht werden, dass das interne Qualitätsmanagement durch eine angemessene Berücksichtigung von Ergebnissen aus unabhängigen Prüfungen gestärkt wird. Die Streichung ist zu begrüßen, da die angestrebte Verknüpfung von Ergebnisindikatoren und Struktur- und Prozessqualität genau dort ansetzt und die von den Einrichtungen erbrachte Ergebnisqualität im Rahmen der neu zu beschließenden Qualitätsprüfungen erfasst wird, aus denen daraufhin Maßnahmen für das interne Qualitätsmanagement abgeleitet werden können.

Aufgrund der geringen Relevanz, die sich aus der geringen Anzahl der Wiederholungsprüfungen ergibt und dem im Verhältnis dazu hohen bürokratischen Aufwand, wird die Streichung begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Bestandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

A Beabsichtigte Neuregelung

Es gilt die Stichtagsregelung. Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsbeziehung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

Die Überleitung erfolgt ohne erneute Begutachtung nach dem „einfachen Stufensprung“ für Pflegebedürftige ohne erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz und nach „doppeltem Stufensprung“ für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz zum Stichtag 31.12.2016.

Die Zuordnung zum Pflegegrad, in den der Versicherte übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht erhalten. Ausnahmen: die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

B Stellungnahme

Das Überleitungsverfahren ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch führt die Stichtagsregelung dazu, dass nach dem 01.01.2017 bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und anderen unabhängigen Gutachtern sowie bei den Pflegekassen Doppelstrukturen vorgehalten und aufwendige Verfahren durchgeführt werden müssen.

Leistungen werden grundsätzlich ab dem Tag der Antragstellung gewährt. Begutachtungen durch den MDK müssen auch nach dem 01.01.2017 auf Grundlage des alten Rechts erfolgen. Durch die Pflegekassen müssen in 2017 zudem rückwirkend für 2016 Leistungen nach altem Recht beschieden werden. Erst anschließend erfolgt die formale Überleitung in die Pflegegrade.

Die Stichtagsregelung führt sowohl bei den Pflegekassen als auch bei den MDK zu erheblichen ressourcenbindenden Aufwand. Das Verfahren ist für den Antragsteller nicht transparent. Daher sollte die Begutachtung ab dem 01.01.2017 ausschließlich nach dem neuen Recht erfolgen. Die Leistungen werden rückwirkend ebenfalls auf Grundlage des neuen Rechts beschieden.

Der lebenslange Bestandsschutz für Pflegebedürftige in der Überleitung setzt zweifelsohne einen Anreiz für die Stellung von Anträgen auf Neubegutachtung, die zu weiteren erheblichen Ressourcenbindungen in den Pflegekassen und bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung führen.

C Änderungsvorschlag

Folgende Sätze sind in § 1 Absatz 1 zur ergänzen:

„Die Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt ab dem 01.01.2017 auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht; der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht. Dies gilt insbesondere auch für vor dem 01.01.2017 gestellte Leistungsanträge.“

§ 2 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Bestandschutzregelungen für Leistungen der Pflegeversicherung ab dem Stichtag 01.01.2017 im Bereich der häuslichen bzw. vollstationären Pflege geregelt.

Im Bereich der häuslichen Pflege wird für den erhöhten Kostenerstattungsbetrag ein Besitzstandsschutz eingeräumt, für den Fall, dass bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der regelmäßig bezogenen wiederkehrenden Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielt werden würde.

Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so wird zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI einen Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung gezahlt. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend angepasst.

B Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Regelung wird den Pflegekassen eine äußerst verwaltungsintensive Aufgabe auferlegt.

Nicht bewertet werden kann zunächst, welche Mehrkosten aufgrund des Besitzstandsschutzes in den Fällen entstehen werden, in denen der Pflegebedürftige neben der tatsächlichen Minderung der Leistungen auch zusätzlich einen höheren Eigenanteil als bisher für die vollstationäre Pflege zahlen muss. Das betrifft in der Regel die niedrigen Pflegestufen resp. Pflegegrade. Durch den Besitzstandsschutz wird die Differenz ausgeglichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass z.B. ca. 50% aller Pflegestufe I Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen den Pflegegrad 2 erhalten werden. Die Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils ist insbesondere abhängig von der Größe und Pflegegradverteilung der Einrichtung. Dies zeigt auch folgende Beispielsrechnung von zwei Mustereinrichtungen bei der Umstellung der Pflegesätze auf Pflegegrade:

Mustereinrichtungen - Umstellung der Pflegesätze auf Pflegegrade

aktuelles Recht bis 31.12.2016				neues Recht ab 01.01.2017			
Pflegestufe	Pflegesatz gesamt je Tag	Pflegesatzanteil der Pflegekasse pro Tag	Eigenanteil des Bewohners je Tag	Pflegegrade	Pflegesatz gesamt je Tag	Pflegesatzanteil der Pflegekasse pro Tag	Eigenanteil des Bewohners je Tag
Mustereinrichtung mit 39 Plätzen:							
G	27,61 €			1			
I	52,47 €	34,97 €	17,50 €	2	44,34 €	25,31 €	19,02 €
II	69,21 €	43,72 €	25,49 €	3	60,51 €	41,49 €	19,02 €
III	85,82 €	52,99 €	32,83 €	4	77,37 €	58,35 €	19,02 €
III+ / Härtefall	98,41 €	65,58 €	32,83 €	5	84,93 €	65,91 €	19,02 €
Mustereinrichtung mit 112 Plätzen:							
G	26,87 €			1			
I	50,31 €	34,97 €	15,34 €	2	42,81 €	25,31 €	17,50 €
II	66,05 €	43,72 €	22,33 €	3	58,98 €	41,49 €	17,50 €
III	85,14 €	52,99 €	32,15 €	4	75,85 €	58,35 €	17,50 €
III+ / Härtefall	97,73 €	65,58 €	32,15 €	5	83,41 €	65,91 €	17,50 €

Insgesamt wird sich in der Folge der leistungsrechtlichen Neuordnung sowie der Umsetzung der einrichtungsindividuellen Eigenanteile, vor dem Hintergrund des Besitzstandsschutzes, der Bürokratie- bzw. Verwaltungsaufwand erheblich erhöhen. Eine Überleitung des individuellen Leistungsanspruches aus § 45b SGB XI in den § 43 SGB XI, wie vom Expertenbeirat vorgeschlagen, hätte das Verfahren verschlankt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

§ 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Systemumstellung wird die Verzögerungsgebühr bei Fristüberschreitung im Verschulden der Pflegekassen nach § 18 Abs. 3b ab 01.01.2017 für ein Jahr ausgesetzt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Anlässlich der Neuregelung im Überleitungsverfahren, dass Pflegebedürftige einen lebenslangen Bestandsschutz gemäß § 1 Absatz 3 genießen, ist von einem signifikant erhöhten Antragsvolumen aufzugehen. Hinzu kommt, dass für diejenigen Antragssteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit einem dringlichen Entscheidungsbedarf nach Absatz 2 die normierte fünf-Wochen-Frist einzuhalten ist. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, die Verzögerungsgebühr bei Fristüberschreitung im Verschulden der Pflegekassen für zwei Jahre auszusetzen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird die Zahl „2018“ ersetzt durch die Zahl „2019“.

Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 2 Alternative Überleitung der Pflegesätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die bis 30.09.2016 keine neue Vereinbarung nach § 1 geschlossen haben, sieht § 2 als Auffangregelung eine formale Überleitung der Pflegesätze vor. Das Verfahren zur Berechnung ist in § 3 geregelt. Die Pflichten der Beteiligten im Rahmen des alternativen Überleitungsverfahrens ergeben sich aus § 4.

B Stellungnahme

Es wird aus organisatorischen Gründen angeregt, das Datum der Grundlage für die Ermittlung der ab dem Tag der Umstellung zu zahlenden Pflegesätze nach § 2 den Gesamtbetrag der Pflegesätze, die der stationären Pflegeeinrichtung zustehen, auf den 31.08.2016 vorzuziehen. Es ist zu befürchten, dass es aufgrund der zahlreichen Überleitungsverfahren zu Verzögerungen im Ablauf kommen kann.

C Änderungsvorschlag

Im § wird das Wort „drei“ durch „vier“ ersetzt.

§ 3 Verfahren für die Umrechnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1

Zunächst ermittelt das Pflegeheim, bezogen auf den Stichtag am 30.09.2016, ausgehend von ihrer aktuellen Belegungszusammensetzung den Gesamtbetrag der Pflegesätze für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III einschließlich der Härtefälle sowie Bewohnern ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Hochrechnung aus dem Stichtag auf den Kalendermonat hat mit dem Faktor 30,4 zu erfolgen.

B Stellungnahme

In Zusammenhang mit § 2 wird angeregt, die Meldefrist um einen Monat nach vorne zu verschieben, so dass das Pflegeheim spätestens bis zum 30.09.2016, die entsprechenden Angaben mitteilt. In der Folge muss § 3 Absatz 1 der Übergangsregelung angepasst werden. Es wird empfohlen, für einen rechtssicheren und verlässlichen Übergang die festgelegte Vergütungsvereinbarung im Systemübergang für ein Jahr festzuschreiben. Damit werden Anreize gesetzt, im Rahmen der Landespflegesatzkommissionen Verfahren zur vereinfachten Überleitung festzulegen.

In Absatz 3 hat sich in die Formel für den teilstationären Bereich ein Fehler eingeschlichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden die Wörter „30. September 2016“ ersetzt durch die Wörter „31. August 2016“.

In Absatz 3 ist die Formel wie folgt zu korrigieren:

$$„PSPG2 = \sum PS / (PBPG2 + PBPG3 * 1,36 + PBPG4 * 1,74 + PBPG5 * 1,91)“$$

In Absatz 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Dabei ist PSPG2 = übergeleiteter Pflegesatz für den Pflegegrad 2“

Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt: „Die Vereinbarungen nach §§, 1, 2 und 3 Abs. 1 bis 3 gelten bis zum 31.12.2017 fort.“

§ 4 Pflichten der Beteiligten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Auffangregelung ist keine Verhandlung verbunden. Daher sind nach § 4 die wesentlichen Ausgangsdaten für die Ermittlung der Pflegesätze von der voll- bzw. teilstationären Pflegeeinrichtung an die Kostenträger bis zum 31.10.2016 mitzuteilen. Anschließend hat die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung die Heimbewohner rechtzeitig bis einen Monat vor dem Tag der Umstellung, bis 30.11.2016, schriftlich über die neuen Pflegesätze der Pflegegrade 1 bis 5 in der Einrichtung zu informieren. In der vollstationären Pflege ist auch die Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils mitzuteilen. Damit wird den Informationspflichten und dem Schutzinteresse für die Verbraucher nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hinreichend nachgekommen. Zudem erfolgt ein Hinweis auf den Besitzstandsschutz nach Artikel 2 § 2.

B Stellungnahme

In Zusammenhang mit § 2 wird angeregt, die Meldefrist um einen Monat nach vorne zu verschieben, so dass das Pflegeheim spätestens bis zum 30.09.2016 die entsprechenden Angaben mitteilt. Es ist zu befürchten, dass es aufgrund der zahlreichen Überleitungsverfahren ansonsten zu einer Verzögerung im Ablauf kommen kann. Das Pflegeheim ist verpflichtet, die Angaben nach Ziffer 1 bis 3 durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die ermittelten Pflegesätze nach § Absatz 2 und 4 des Pflegeheimes von den Kostenträgern nicht ohne Weiteres verifiziert werden können.

Im Abs. 1 Satz 1 bedarf es einer redaktionellen Anpassung, da das Verfahren auch auf teilstationäre Einrichtungen angewandt wird.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „31. Oktober 2016“ ersetzt durch die Wörter „30. September 2016“.

In Absatz 1 Satz 1 wird nach „Absatz 2“ ein Komma und die Ziffer 3 eingefügt.

Zur Klarstellung wird in Absatz 1 Satz 1 Ziffer 2 nach dem Wort „Einstufung“ folgende Wörter eingefügt: „einschließlich der Angabe, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt,“

In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „belegen“ folgende Wörter eingefügt: „und auf Verlangen nachzuweisen und die Grundlagen der Ermittlung offenzulegen.“

III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 7a Pflegeberatung - Rechtsanspruch auf Beratung für Pflegepersonen

Änderungsvorschlag

Folgender neuer Absatz 2a ist einzufügen:

Pflegepersonen im Sinne des § 19 haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin nach Absatz 1 Satz 1 bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die darauf ausgerichtet sind, die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Auf Wunsch kann die Beratung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Daraus resultieren diese Folgeänderungen:

§ 7a Abs. 3 Satz 1 ist zu ergänzen:

Nach den Wörtern „nach Absatz 1“ sind die Wörter „und Absatz 2a“ zu ergänzen.

§ 7a Abs. 6 Satz 1 ist zu ergänzen:

Nach den Wörtern „nach Absatz 1“ sind die Wörter „und Absatz 2a“ zu ergänzen.

§ 28 Abs. 1a wird folgender Satz angefügt:

Pflegepersonen haben Anspruch auf individuelle Pflegeberatung nach Maßgabe des § 7a Abs. 2a.

Begründung

Viele pflegebedürftige Menschen haben den Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden. Laut Statistischem Bundesamt waren das im Jahr 2013 1.861.775 Pflegebedürftige. Davon wurden 1.245.929 Pflegebedürftige alleine durch Pflegepersonen gepflegt.

Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen, Hilfestellungen und Absicherungen, um Pflegepersonen die Pflege zu Hause zu erleichtern. Allerdings steht den pflegenden Angehörigen kein eigener Beratungsanspruch, gerichtet auf die Darstellung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme eigener Rechte im Rahmen der Durchführung der Pflege, zu. Zwar zählt bereits jetzt die Unterstützung der Angehörigen bei der Organisation der Pflege zu den Aufgaben der Pflegeberaterinnen und -beratern. Hierbei stehen jedoch die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen im Fokus, nicht die der pflegenden Angehörigen.

Der Änderungsantrag formuliert zusätzlich einen Rechtsanspruch auf Beratung für die vielen Pflegepersonen, die sich für diesen besonderen Dienst an einem nahestehenden Menschen entschieden haben. Wünschenswert ist es, dass der Pflegeberater, welcher den Pflegebedürftigen berät, auch als fester Ansprechpartner für die Pflegeberatung der Pflegeperson zur Verfügung steht. Dabei spielen unterschiedliche Kassenzugehörigkeiten von Pflegebedürftigen und Pflegeperson keine Rolle, da es letztlich immer das Ziel ist, das häusliche Pflegearrangement des Pflegebedürftigen abzusichern.

Der eigenständige Rechtsanspruch unterstützt die mit dem Gesetz verfolgte Zielsetzung, Pflegebedürftige und Pflegepersonen durch zusätzliche Möglichkeiten im Alltag zu unterstützen, um das zivilgesellschaftliche Engagement weiter zu fördern. Die Ergänzung in § 7a ist im Zusammenhang mit den Regelungen der §§ 44 und 45 zu sehen.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Änderungsvorschlag

In Abs. 3a Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „vier Wochen“ durch die Wörter „24 Werktagen“ ersetzt.

In Abs. 3b Satz 1 sind die Wörter „fünf Wochen“ durch „30 Werktagen“ zu ersetzen.

Begründung

Es wird angeregt, die Fristenregelung für die Begutachtung und die schriftliche Bescheid-Erteilung der Pflegekasse von einer Wochenregelung auf eine Werktagregelung umzustellen. Um eine fristgerechte Begutachtung der Aufträge über die gesetzlichen Feiertage hinweg (Häufung der Feiertage in der Weihnachts- und Neujahrszeit, Ostern und Pfingsten) durchzuführen, wird die Umstellung empfohlen.

§ 92b Öffnung der integrierte Versorgung

Änderungsvorschlag

§ 92b Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Pflegekassen können mit

- Nr. 1: zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- Nr. 2: Vertragspartnern nach § 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie
- Nr. 3 Anbietern der nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI

Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.“

In Absatz 2 Satz 2 wird vor „75, 85 und 89“ der Zusatz „45a“ aufgenommen.
§ 140a Absatz 3 Nr. 3 SGB V ist entsprechend zu ergänzen.

Begründung

§ 92b sollte dahingehend geöffnet werden, dass auch mit Erbringern der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen werden können. Damit soll das Ziel verfolgt werden, sektorenübergreifend Quartiere zur Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie zum Verbleib in der Häuslichkeit mitzugestalten.

Mit dem § 92b wurden die Pflegeeinrichtungen und die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V eingebunden. Die Pflegekassen haben damit die Möglichkeit erhalten, selbst initiativ zu werden und alle in Betracht kommenden Vertragspartner für die Integrierte Versorgung unter Beteiligung der Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Den Pflegekassen wurde somit ein Aktionsfeld zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung eingeräumt. Zu diesem Zweck dürfen sie innerhalb bestimmter Grenzen vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht abweichen. Bei den Pflegevergütungen dürfen jedoch nur Aufwendungen berücksichtigt werden, die dem Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung zuzurechnen sind.

Zielorientierte Konzepte, z.B. für quartiersorientierte Versorgungsstrukturen, können derzeit über den § 92b nicht abgebildet werden. Im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen sollte § 92b bedarfsorientiert reformiert werden:

In die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen fallen auch die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a. Der Entlastungsbetrag nach 45b wird seit dem ersten Pflegestärkungsgesetz für alle Pflegebedürftige zur Verfügung gestellt. Wird der jeweilige Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht für ambulante Sachleistungen verwendete Betrag auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Sie können vom Pflegebedürftigen nach § 45b Abs. 1 SGB XI bei den zugelassenen Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege und zugelassenen Pflegediensten oder auch bei Erbringern der nach Landes-

recht anerkannten qualitätsgesicherten Angeboten zur Entlastung im Alltag, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, in Anspruch genommen werden. Letztere sind als mögliche Vertragspartner der Integrierten Versorgung bislang nicht vorgesehen.

Diese Gesetzesentwicklung verdeutlicht die Bedeutung der genannten Leistungen und damit auch deren Dienstleister im Pflegeversicherungssystem. Die Versorgung mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch nach § 45c geförderte oder förderungsfähige Erbringer sollte daher ebenso ein Bestandteil integrativer Versorgungskonzepte sein können. Es ist insofern konsequent, diese zur Integrierten Versorgung als Vertragspartner zuzulassen.

§ 114a Abs. 3a SGB XI - Einwilligung

Änderungsvorschlag

§ 114a Absatz 3a Satz 2 ist wie folgt zu ändern: „Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die mündliche Einwilligung eines hierzu Berechtigten ausreichend, wenn ein Zeuge die Einwilligung schriftlich bestätigt.“

Begründung

Seit Einführung des § 114a Abs. 3a SGB XI durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.10.2012 muss die Einwilligung nach § 114a Absatz 2 oder 3 SGB XI in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden (Textform). Diesen Anforderungen genügen Verkörperungen in einer E-Mail oder in einem Computerfax. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen; auch hier genügt die Textform.

Schwierigkeiten bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen bestehen in den Fällen, in denen die Betreuer von Pflegebedürftigen oder andere zur Einwilligung Berechtigte zwar telefonisch unter Zeugen die Einwilligung erteilen können, nicht jedoch ohne zeitliche Verzögerung persönlich zu erscheinen oder eine E-Mail oder Computerfax zu schicken vermögen. Die telefonische Abgabe genügt aber nicht dem Textformerfordernis des § 114a Abs. 3a SGB XI. Die zu prüfende Pflegeeinrichtung kann mit dem Einwand des Fehlens der formwirksamen Einwilligung die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen verweigern und die Durchführung der Qualitätsprüfung erschweren, gegebenenfalls sogar vereiteln, wenn es gerade auf die Einbeziehung des betreffenden Pflegebedürftigen in die Stichprobe wie beispielsweise bei Anlassprüfungen ankommt.

Bei § 114a Abs. 3a Satz 2 SGB XI handelt es sich um eine Schutzvorschrift zugunsten der Pflegebedürftigen (vgl. LSG NRW vom 26.02.2014, Az.: L 10 P 120/13 B ER mwN). Die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen sind ebenso umfassend geschützt, wenn die Einwilligung von einem hierzu Berechtigten telefonisch unter Zeugen eingeholt wird und die Zeugen schriftlich bestätigen, dass der jeweilige Berechtigte die Einwilligung mündlich erteilt hat.

Zur Steigerung der Effektivität der Qualitätsprüfungen wird eine entsprechende gesetzliche Regelung angeregt.

§ 115 Abs. 2 SGB X - Maßnahmenbescheid

Änderungsvorschlag

In § 115 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „welche“ die Wörter „ob und“ und nach dem Wort „hierüber“ das Wort „gegebenenfalls“ eingefügt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit Maßnahmen bestimmt werden, gilt § 115 Abs. 1a 1. Halbsatz SGB XI entsprechend.“

Begründung

Seit der Einführung der Regelung des § 115 Absatz 1a SGB XI über die Veröffentlichung der Transparenzberichte durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflege-WG) strengen Pflegeeinrichtungen erheblich mehr Verfahren gegen Maßnahmenbescheide an. Dabei werden zumeist die gleichen Einwände wie gegen den Transparenzbericht erhoben. Ein nicht unbeachtlicher Anteil dieser Verfahren führt zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Hinzu kommt, dass sich die Anzahl der Qualitätsprüfungen seit dem Pflege-WG erhöht hat. Daher ist der Aufwand für die Maßnahmenverfahren erheblich gestiegen.

Das AOK-System hält die rechtliche Option für angezeigt, auch ohne den Erlass eines Maßnahmenbescheides ein Qualitätsprüfungsverfahren zum Abschluss bringen zu können. Begründend wird auf den Sinn und Zweck von § 115 SGB XI und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verwiesen. Auch erfordert die Praktikabilität ein Entscheidungsermessen.

In jenen Fällen, in denen der MDK bzw. der Prüfdienst der PKV keine besonders gravierenden Mängel oder gar Versichertengefährdung festgestellt hat, müssten auch andere Maßnahmen zur Verfügung stehen. Damit können Bürokratiekosten bei allen Beteiligten in den Fällen vermieden werden, in denen gute Qualität keinen Maßnahmenbescheid notwendig macht. Bei der Bestimmung der Maßnahmen sollte auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, des Prüfdienstes des Verbandes der private Krankenversicherung e. V. sowie (zukünftig) die gleichwertigen Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI zurückgegriffen werden können (vgl. § 115 Abs. 1a 1. Halbsatz SGB XI).