



Ihre kompetente Interessenvertretung für
stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste

APH Bundesverband e.V. | Karlsruher Straße 2b | 30519 Hannover

Hannover, 07.07.2015

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
Az.: 411-43163-09/002;
Hier: Stellungnahme des APH**

vielen Dank für die Übersendung des Referentenentwurfes zum zweiten Pflegestärkungsgesetz und die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir gerne wahrnehmen.

Vorab weisen wir darauf hin, dass es sich hierbei in Anbetracht des Umfanges der geplanten Änderungen, deren maßgeblicher inhaltlicher Relevanz sowie der Kürze der eingeräumten Frist nicht notwendigerweise um eine vollumfänglich abschließende Stellungnahme handelt, sondern vielmehr im Folgenden zunächst auf die unseres Erachtens maßgeblichsten Punkte eingegangen wird. Die Erstellung einer vollumfänglichen Stellungnahme, welche auch weitere Punkte behandelt, behalten wir uns daher vor.

Dies vorausgeschickt, nehmen wir zum Referentenentwurf des PSG II wie folgt Stellung:

I. Artikel 1

1. Zu Nr. 5:

Die Ergänzung des § 7 Abs. 3 dahingehend, als dass die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet werden, Leistungs- und Preisvergleichslisten auf einer eigenen Internetpräsenz zu veröffentlichen, wird unsererseits begrüßt.

Zum Einen wird sowohl die Transparenz für die Pflegebedürftigen erhöht und diesen die Wahl einer Einrichtung leichter gemacht; zum Anderen wird dadurch aber auch den Pflegeeinrichtungen die Durchführung einer Pflegesatzverhandlung erleichtert, da diese sich somit über die Stellung im eigenen Landkreis im Sinne des externen Vergleiches informieren können.

Derzeit ist dies nicht immer gegeben, da die Pflegesatzlisten durch die Landesverbände der Pflegekassen teilweise gar nicht, teilweise nur zur internen Verwendung in der jeweiligen Pflegesatzkommission herausgegeben werden.

Jedoch muss bei den zu veröffentlichenden Ergebnissen der Qualitätsprüfungen sichergestellt sein, dass diese erst dann veröffentlicht werden, wenn diese nicht (mehr) rechtsbehelfsbehaftet sind.

2. Zu Nr. 13/14/16:

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nebst stärkerer Berücksichtigung kognitiver/psychischer Beeinträchtigungen als auch die Differenzierung mittels fünf Pflegegraden wird grundsätzlich für sachgerecht gehalten.

Nachdem jedoch die nach § 17 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusammen mit dem Medizinischen Dienst zu erlassenden Richtlinien die praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die Einstufung der

Pflegebedürftigen entscheidend beeinflussen werden, können die Auswirkungen letztendlich nicht beurteilt werden.

Weiterhin wird es nicht für sachgerecht erachtet, ein solch zentrales Instrument allein in die Hände des GKV Spitzenverbandes und dessen Medizinischen Dienst zu legen. Diese insbesondere dann, wenn es um die Erstumsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nebst zugehörigem Begutachtungsinstrument geht. Eine bloße Beteiligung aller anderen Organisationen und Institutionen in Form eines Stellungnahmerechtes halten wir hier nicht für ausreichend.

Sofern nach Auffassung des Bundesministeriums eine weitergehende Beteiligung weiterer Organisationen zu einer ungewünschten zeitlichen Verzögerung führen würde, wäre in Betracht zu ziehen, ob für die Ersterstellung der Richtlinien nicht ohnehin von der im neuen Absatz 3 eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, die Richtlinien selber zu erlassen, sofern hierbei als unabhängiger Sachverständiger nicht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen herangezogen wird.

3. Zu Nr. 13

Die abschließenden Aufzählungen der individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen innerhalb der einzelnen der sechs aufgezählten Bereiche sind unseres Erachtens nicht sachdienlich. Dies birgt das Risiko, dass zusätzliche Beeinträchtigungen und/oder Fähigkeitsstörungen nicht bedacht wurden und folglich auch nicht berücksichtigt werden können.

So wurde beispielsweise unter Ziffer 1 „Mobilität“ nicht berücksichtigt, dass eine Person mit einer Beeinträchtigung des Sehvermögens sich zwar innerhalb ihrer gewohnten heimischen Umgebung, also beispielsweise der Wohnung, durchaus sicher bewegen kann, gleichwohl außerhalb dieses Bereiches auf fremde Hilfe angewiesen ist. Wir regen daher an, das Wort „insbesondere“ nach der Auflistung des jeweiligen Bereichs

einzuführen, wodurch deutlich gemacht wird, dass die aufgelisteten Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen vorrangig sein sollen.

Auf der Grundlage des Vorstehenden ist es daher auch nicht nachvollziehbar, warum für die Frage der Beeinträchtigung der Mobilität lediglich auf die Fortbewegung innerhalb des Wohnbereiches abgestellt werden soll. Die Worte „innerhalb des Wohnbereichs“ sind daher zu streichen.

Des Weiteren dürfen die unter Ziffer. 5 angeführten Aufzählungen lediglich der Ermittlung der Einschränkung der Selbständigkeit dienen und eine Zuständigkeit der Krankenversicherung i. S. v. SGB V unberührt bleibt.

4. Zu Nr. 14

Die Eingruppierung in die neuen Pflegegrade auf der Grundlage des Schweregrades der Beeinträchtigung wird vor dem Hintergrund, dass es bei der der Pflegestufen nach einem Zeitaufwand in der Vergangenheit häufig zu Uneinigkeiten kam, grundsätzlich begrüßt. Jedoch ist zu befürchten, dass es auch hier bei der praktischen Umsetzung zu ebensolchen Problemen kommen wird.

So bedürfen hinsichtlich des Absatz 2, Ziffer 1 gerade die beiden mittleren Kategorien „überwiegend selbständig“ und „überwiegend unselbständig“ unseres Erachtens einer klaren Definition und Abgrenzung, um etwaiger Willkür vorzubeugen

Auch bezüglich der Punktebereiche in Absatz 2 Ziffer 2 ist eine genauere Definition wünschenswert, da nach dem jetzigen Wortlaut dem Gutachter zu viel Spielraum für eine persönliche Einschätzung gegeben wird.

Letztlich ist auch bezüglich der Bewertung festzustellen, dass nach dem vorgeschlagenen System psychischen Beeinträchtigungen eine höhere Gewichtung zukommen soll als

physischen Beeinträchtigungen, was wir insbesondere im Hinblick auf die Altenpflege als nicht hinnehmbar ansehen und eine gleiche Gewichtung fordern.

5. Zu Nr. 16

Die Schaffung von Richtlinien zur Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung begrüßen wir. Gleichwohl halten wir die Tatsache, dass diese seitens des Bundes der Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erarbeitet werden sollen, für bedenklich, zumal es sich um die Erstumsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs handelt. Unseres Erachtens ist hierfür eine Beteiligung zumindest auch der Leistungserbringer erforderlich, soll es nicht in der Umsetzungspraxis zu Problemen kommen.

6. Zu Nr. 17:

In Abs. 5a Ziff. 2 ist nach dem Wort „Zubereitung“ das Wort „einfacher“ zu streichen. Bei der Bewertung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen sind auch die früheren Lebensgewohnheiten zu berücksichtigen. Hier ist jedoch durchaus denkbar, dass der Pflegebedürftige sich in der Vergangenheit anspruchsvolle und aufwendige Gerichte zubereitet hat.

Die Einführung des neuen Absatz 6a wird in dem Sinne ausdrücklich begrüßt, als dass es somit für den Pflegebedürftigen deutlich einfacher wird, die zum Zeitpunkt der Begutachtung von den jeweiligen Gutachtern für notwendig erachteten Hilfsmittel zu erhalten.

Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass bei Änderung des Zustandes des Pflegebedürftigen, welcher zwar keine Neubegutachtung rechtfertigt, jedoch neue/andere Hilfsmittel erforderlich macht, durch den behandelnden Arzt verordnete Hilfsmittel durch

die Pflegekasse regelhaft mit der Begründung verweigert werden, die jeweiligen Gutachter hätten diese Hilfsmittel in ihrem letzten Gutachten für nicht notwendig erachtet.

7. Zu Nr. 28 b):

Die Anpassung der Zahlungszeiträume des hälftigen Pflegegeldes wird ausdrücklich begrüßt, da die bisherige Regelung in Verbund mit der systematischen Einordnung der Verhinderungspflege als ambulante Leistung teilweise dazu führte, dass Pflegekassen ihre Versicherten nach 28 Tagen Kurzzeitpflege vor die Wahl stellten, entweder auf § 87b-Leistungen während der Kurzzeitpflege zu verzichten, im Gegenzug aber das hälftige Pflegegeld weiter zu beziehen, oder umgekehrt.

8. Zu Nr. 30 b):

Ein mögliches Fehlverhalten einiger weniger Anbieter darf nicht dazu führen, dass wieder einmal allen Anbietern pauschal unredliches Verhalten unterstellt und zu dessen vermeintlicher Vermeidung wiederum unnötige bürokratische Hürden aufgestellt werden.

Darüber hinaus erscheint der vorgeschlagene Bedarfsnachweis durch den Medizinischen Dienst auch nicht sachgerecht, da der Bedarf nach Tages-/Nachtpflege oft auch nur übergangsweise besteht oder in der Bedarfshäufigkeit variiert, so dass eine generelle MDK-Aussage analog zu der Fragestellung „vollstationäre Pflege erforderlich ja/nein“ für den Bereich Tages-/Nachtpflege oft nicht möglich sein wird.

9. Zu Nr. 34:

Auf die Höhe der Leistungsbeträge wird an anderer Stelle eingegangen, da diese in Zusammenhang mit dem einrichtungseinheitlichem Eigenanteil stehen.

Die in Absatz 4 vorgesehene Regelung, dass auch der Kostenerstattungsbetrag von 125 EUR in Pflegegrad 1 auf 80% reduziert werden soll, sofern vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich sei, scheint entbehrlich, da in den Fällen, in denen der Medizinische Dienst einen Selbstständigkeitsverlust/Hilfebedarf feststellt, welcher eine vollstationäre Pflege erforderlich macht, dieser mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch zu einer Feststellung eines Pflegegrades oberhalb 1 führen wird. Wir halten diese Regelung vor allem im Hinblick auf eine freie Wahlmöglichkeit des Pflegebedürftigen daher für äußerst fragwürdig. Unseres Erachtens soll hier auf dem Rücken pflegebedürftiger Menschen ein politisches Ziel durchgesetzt werden welches den Gleichbehandlungsgrundsatz missachtet.

10. Zu Nr. 36:

Diesseits wird es nicht für sinnvoll erachtet, die ehemaligen § 87b-Leistungen weiterhin als gesonderte Leistung in der jetzigen Form weiterzuführen, die künstliche Trennung der Betreuungsleistungen widerspricht auch jeglicher integrativen Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

War eine Trennung zwischen einer „normalen“ sozialen Betreuung als über den Pflegesatz abgedeckten Regelaufgabe und der zusätzlichen Betreuung nach § 87b vor Inkrafttreten des Pflege-Stärkungsgesetzes noch nachvollziehbar und praktisch umsetzbar, da ein unterschiedliches Klientel betreffend und inhaltlich nicht übereinstimmend, trifft dies nun nicht mehr zu.

Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist nunmehr identisch, was in Folge auch für das Spektrum der in Frage kommenden Leistungen zutrifft.

Weiterhin führen die derzeitigen gesetzlichen Regelungen in Kombination mit den Prüfgrundlagen der Medizinischen Dienste dazu, dass inhaltlich identische und das selbe Klientel betreffende Leistungen quasi doppelt vorgehalten werden und die betreffenden Mitarbeiter mit exakten Stundenanteilen im Dienstplan entsprechend ausgewiesen werden

müssen. Mag dies bei gesonderten § 87b-Gruppenangeboten noch unproblematisch sein, ist insbesondere im Bereich der Einzelbetreuung soziale Betreuung auch integrativer Bestandteil von Grundpflegeleistungen. Deren minutiöse getrennte Ausweisung und Abgrenzung zu inhaltlich identischer und das selbe Klientel betreffender „zusätzlicher“ Betreuung entbehrt jeglicher Sinnhaftigkeit und sorgt für unnötige Bürokratie.

Insofern sollte die Trennung zwischen „normaler“ und „zusätzlicher“ sozialer Betreuung aufgehoben werden und diese allgemein als integrativer Bestandteil des allgemeinen Pflegeangebotes begriffen werden. Dies würde zu mehr Flexibilität bei der zielgruppengerechten Gestaltung der Angebote (anstatt der bisherigen Doppelangebote) führen sowie im Sinne eines Bürokratieabbaus die entsprechenden Prüfkriterien der QPR/PTVS und damit einhergehend die allein zur Erfüllung dieser Kriterien durchgeführte Aufteilung und Ausweisung der Mitarbeiter in den Dienstplänen entbehrlich machen.

11. Zu Nr. 40:

Der in § 45a Abs. 4 normierte Umwandlungsanspruch von maximal 40% des Pflegesachleistungsbetrages für Betreuungs- und Entlastungsleistungen wird für nicht zielführend gehalten.

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die dem Bezug eines Pflegesachleistungsbetrages vorausgehende Einstufung in eine Pflegestufe/einen Pflegegrad auf einem gutachterlicherseits festgestellten entsprechenden Bedarf an Pflegeleistungen basiert, andernfalls wäre dem Pflegebedürftigen die entsprechende Pflegestufe/der entsprechende Pflegegrad nicht zugesprochen worden.

Eine teilweise Umwandlung des Anspruches bedeutet somit eine teilweise Unterlassung von gutachterlicherseits für notwendig erachteten Pflegemaßnahmen durch professionelle Pflegeanbieter zu Gunsten niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, schlimmstenfalls sogar regelwidrige Erbringung der Pflegeleistungen durch nicht qualifizierte Mitarbeiter der Betreuungs- und Entlastungsdienste.

Auch im Sinne einer Leistungstransparenz für den Pflegebedürftigen ist es wenig zielführend, für immer mehr Leistungsarten Verrechnungs-/Umwandlungsmöglichkeiten einzuführen; für den Pflegebedürftigen wird es zunehmend schwieriger, nachvollziehen zu können, wann unter welchen Umständen ihm welche Leistungen zustehen.

Nach alledem ist der Absatz ersatzlos zu streichen.

12. Zu Nr. 46/47:

Unsererseits bestehen erhebliche Bedenken hinsichtlich der geplanten Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteiles, auf diese soll jedoch in den Ausführungen zur entsprechenden Übergangsregelung weiter eingegangen werden.

Hinsichtlich der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 84 Abs. 8 verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 36.

13. Zu Nr. 62:

Die in Nr. 62 bb) genannten Fristen, insbesondere für die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege, werden nicht einzuhalten sein; insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation einfließen sollen und das Indikatorenmodell beschrieben werden soll. Insoweit handelt es sich mitnichten nur um unbürokratische, denkbareweise kurzfristig umsetzbare weitgehende Weiterschreibung der bestehenden Grundsätze und Maßstäbe.

14. Zu Nr. 64:

Die Einführung des neuen Qualitätsausschusses und damit verbundene Neuregelung entspringt offensichtlich der Kritik an den bisherigen, vermeintlich langwierigen Verhandlungs- und Entscheidungsprozessen.

Unbestritten, aber auch in der Natur der Sache liegend, ist es, dass für zwischen Parteien mit unterschiedlichen Interessenlagen im Rahmen von Verhandlungsprozessen ausgehandelte Kompromisslösungen mehr Zeit benötigt wird, als sie für einseitig festgesetzte Entscheidungen zumeist erforderlich ist.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass zwischen den Partnern der Selbstverwaltung als sach- und fachkundige Beteiligte ausgehandelte Lösungen zur adäquaten und fachgerechten Umsetzung der gestellten Aufträge in der Regel eher geeignet sind als einseitige Festsetzungen, welche offensichtlich in erster Linie der Einhaltung einer Frist anstatt einer sachgerechten Problemlösung dienen sollen.

Des weiteren handelt es sich bei den Partnern der Selbstverwaltung aufgetragenen Aufgaben keinesfalls um banale Sachverhalte, welche darüber hinaus für alle Beteiligten, insbesondere die Pflegebedürftigen sowie die Pflegeeinrichtungen, erhebliche Auswirkungen haben; in dem Sinne dürfte es unbestritten sein, dass die Lösung komplexer Problemstellungen mitunter ein Mindestmaß an Zeit benötigt.

Nicht hinnehmbar ist weiter die in Abs. 2 geregelte Besetzung des Qualitätsausschusses, wonach sowohl auf Seiten der Leistungserbringer also auch der Leistungsträger lediglich zehn Mitglieder benannt werden dürfen. Diese Regelung verkennt, dass auch Bundesebene allein bereits sieben Verbände die Anliegen der unterschiedlichen privater Pflegeeinrichtungen vertreten. Hinzu kommen nochmal mehrere Vertreter von Einrichtungen der freien Wohlfahrt. Durch diese Regelung wird das Mitspracherecht der Leistungserbringer in nicht hinnehmbarer Art und Weise eingeschränkt.

Darüber hinaus werden die in § 113b Abs.4 genannten Fristen für keinesfalls ausreichend gehalten, die jeweils zugeordneten Problemkreise sach- und fachgerecht lösen zu können.

15. Zu Nr. 65:

Die geplante Einführung einer regelhaften Abrechnungsprüfung im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsprüfungen durch den MDK/Prüfdienst der PKV ist zu unterlassen.

Zunächst impliziert die Notwendigkeit einer jährlichen Abrechnungsprüfung wiederholt ein generelles Misstrauen und einen Generalverdacht gegenüber der gesamten stationären Pflege. Es mutet befremdlich an, wenn der Gesetzgeber einerseits (zu Recht) einen Fachkräftemangel in der Pflege beklagt und diesem unter anderem durch ein attraktiveres Arbeitsumfeld begegnen will, eben jenes Arbeitsumfeld aber sogleich unter den Generalverdacht des Abrechnungsbetruges stellt.

In praktischer Hinsicht sind die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste/PKV-Prüfdienste auf Grund ihrer Ausbildungen in keinster Weise zu einer Abrechnungsprüfung qualifiziert.

Weiterhin haben die jährlichen Prüfungen bereits jetzt einen Umfang von durchschnittlich 1,5-2 (unangemeldeten) Tagen erreicht, welcher im Verbund mit der Anzahl der durch die Prüfung gebundenen Mitarbeiter insbesondere kleinere Einrichtungen bereits jetzt schon vor große Probleme stellt; bei einer regelhaften Ausweitung des Prüfumfanges würden diese Probleme sich noch verschärfen.

Verbunden damit wäre im Übrigen eine notwendige weitere Personalakquise der Prüfdienste, um den erweiterten Prüfauftrag sicherstellen zu können, wodurch dem Personalmarkt weitere Fachkräfte entzogen und der erklärte Wille des Gesetzgebers zur Bekämpfung des Fachkräftemangels abermals konterkariert wird.

Nachdem eine routinemäßige Abrechnungsprüfung, wie dargelegt, einerseits ein gesetzgeberisches Misstrauensvotum gegenüber den Pflegeeinrichtungen darstellt und

die praktische Umsetzung problematisch und mit weiteren Nachteilen für die Einrichtungen behaftet ist, ist sie zu unterlassen. Satz 6 ist somit zu streichen.

16. Zu Nr. 67:

Abs. 1a darf nicht dazu führen, dass die Stichprobenzahl von derzeit bis zu drei Bewohner/Patienten pro Pflegestufe, insgesamt mithin neun Personen, ausgeweitet wird. Anderenfalls bedarf es der Klarstellung, dass nur bis zur vereinbarten Stichprobengröße aufgefüllt werden darf.

Die Formulierung, dass bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität bilden, ist zu streichen.

Es dürfte offensichtlich sein, dass dies der aktuellen (im Rahmen des Schiedsverfahrens auf Grund der fachlichen Expertise von Statistikern getroffenen) Festlegung zur Stichprobengröße widerspricht. Selbst abseits jeglicher fachlicher Expertise ist bei unterschiedlichen Stichprobengrößen die gesetzgeberisch gewollte Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben.

Im Sinne einer eine Veröffentlichung rechtfertigenden Vergleichbarkeit muss die Stichprobe für alle Einrichtungen nach einheitlichen Maßstäben ermittelt werden.

II. Artikel 2

17. Zu § 1:

Wenngleich diesseits auch die Notwendigkeit eines unbürokratischen Übergangsverfahrens gesehen wird, da eine erneute Begutachtung aller Pflegebedürftigen zu ein und demselben Stichtag hin nicht praktikabel erscheint und die gewählte Lösung dem Grunde nach nachvollziehbar ist, bedeutet dies effektiv, dass die bisherige Anerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI den Stellenwert eines Pflegegrades hat.

Auch wenn der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Tat vorrangig verrichtungsorientiert bzw. an somatischen Einschränkungen orientiert ist und somit die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sachgerecht erscheint, besteht diesseits vor dem Hintergrund der Neuerungen der letzten Jahre die Befürchtung, dass die Bedürfnisse der klassisch somatischen Pflegebedürftigen zunehmend vernachlässigt werden.

Die bisherige Benachteiligung kognitiv und psychisch Beeinträchtigter darf nicht dazu führen, dass sich das Ungleichgewicht in sein Gegenteil verkehrt.

Abs. 2 Satz 2 Ziff. 1 beinhaltet eine deutliche Benachteiligung Bewohner stationärer Einrichtungen gegenüber ambulant bzw. teilstationär betreuten Pflegebedürftigen. Zudem fehlt es an einer Überleitung der Personen, bei denen laut Gutachten bis zum 31.12.2016 zwar eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, diese jedoch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden (bisher Pflegestufe 0)

Die in Absatz 3 normierte Bestandsschutzregelung wird für zu weitreichend gehalten. Zwar ist es grundsätzlich angebracht, dass der sich aus der Überleitung ergebende Pflegegrad bis zu einer Neubegutachtung gilt; eine auf Wunsch des Versicherten geltende Beibehaltung des sich aus der Überleitung ergebenden Pflegegrades ungeachtet neuer Begutachtungsergebnisse missachtet das Interesse der Solidargemeinschaft; wie nach

derzeitigem Recht eine Neubegutachtung auch eine Herabstufung ergeben kann, muss dies auch für die zukünftigen Pflegegrade gelten.

18. Zu § 3 Abs. 1:

Wenngleich es sich aus der Begründung eindeutig ergibt, wird eine klarstellende Ergänzung wie folgt vorgeschlagen: „Wiederholungsbegutachtungen auf Wunsch und Antrag des Versicherten bleiben hiervon unberührt.“

III. Artikel 3

19. Vorbemerkung:

Pflegesatzverhandlungen erfolgen in aller Regel unter Verwendung der in der jeweiligen Pflegesatzkommission geeinigten, landesspezifischen Kalkulationsmuster.

Hier werden nach derzeitigem Stand ein Teil der Kostenpositionen, insbesondere Personalkosten, anhand der einrichtungsindividuellen Personalschlüssel oder Äquivalenzziffern je Pflegestufe verteilt, wodurch sich je nach Pflegestufe unterschiedlich hohe Eigenanteile ergeben.

Auf Grund der mit Anstieg der Pflegebedürftigkeit gestiegenen Aufwendungen wurde es auch mit Rücksicht auf die Solidargemeinschaft, im Sinne eines Verursacherprinzips und unter Berücksichtigung der Konzeption der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung bisher als sachgerecht und angemessen erachtet, den Pflegebedürftigen anteilig an den gestiegenen Aufwendungen zu beteiligen.

Sofern dies nun nicht mehr gewollt ist und vielmehr ein zwar einrichtungsindividueller, aber in allen Pflegestufen gleich hoher Eigenanteil eingeführt werden soll, so kann keine verursachergerechte Kostenverteilung über Personalschlüssel mehr erfolgen; in der Folge

müssten in den Pflegesatzkommissionen neue Kalkulationsraster entwickelt und verabschiedet werden, bevor Pflegesatzverhandlungen durchgeführt werden können.

Dies wäre zwar auch bei einem Verbleib bei je nach Pflegestufe unterschiedlich hohen Eigenteilen so, da anstatt der bisherigen Personalschlüssel je Pflegestufe neue Personalschlüssel je Pflegegrad festgelegt werden müssten; diese Umstellung wäre jedoch mit wesentlich weniger Zeitaufwand verbunden.

20. Zu § 1:

Die Regelung darf nicht dazu führen, dass in dem Zeitraum zwischen Verkündung des Gesetzes und dem angegebenen Datum 31.12.2016 eine Neuverhandlung von Pflegesätzen unzulässig ist. Dies würde schon vor dem Hintergrund des Pflegemindestlohn nach der 2. PflegeArbbV sowie dem Mindestlohn nach MiLoG eine nicht hinnehmbare Schlechterstellung der Einrichtungen bedeuten, denen es bis zum Zeitpunkt der Verkündung nicht möglich ist, neue Pflegesätze zu verhandeln obwohl ihnen höhere Personalkosten entstanden sind.

Auf Grund der bereits genannten Problematiken wird es zudem den Pflegesatzkommissionen unmöglich sein, in der Kürze der Zeit entsprechend neue Rahmenbedingungen zu entwickeln, insofern wird es keine zeitnahen Neuverhandlungen geben können.

Hinsichtlich eines in der Begründung erwähnten „vereinfachten Verfahrens“ sei angemerkt, dass diese grundsätzliche Möglichkeit in den Bundesländern höchst unterschiedlich gehandhabt wird; ebenso sind die Verhandlungsgepflogenheiten höchst unterschiedlich (insbesondere, welchen Aufwand die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Pflegekassen betreiben müssen).

Je nach Bundesland unterschiedliche Übergangsregelungen würden jedoch auch für je nach Bundesland unterschiedliche Ausgangssituationen der Einrichtungen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes führen.

21. Zu § 3:

Die Ermittlung der Grundlage der Neuermittlung des Eigenanteiles in Form einer Stichtagsbetrachtung erscheint auf Grund der Zufallsanfälligkeit nicht geeignet, vielmehr sollte als Basis die Bewohnerverteilung über einen längeren Zeitraum dienen.

Betrachtet man die bisherige Ermittlung der Eigenanteile als dem Grunde nach verursachergerecht, bewirkt die Einführung eines einheitlichen Eigenanteiles letztendlich nur eine das Verursacherprinzip missachtende Andersbelastung der Pflegebedürftigen, in der tendenziell vorrangig somatisch eingeschränkte Pflegebedürftige der niederen Pflegegrade nun unverhältnismäßig belastet werden.

22. Zu § 4:

Die vorgesehene Regelung bedeutet für die Pflegeeinrichtungen einen unangemessen hohen Arbeitsaufwand. Eine entsprechende Vergütung dieser Leistung ist zudem nicht vorgesehen. Darüber hinaus birgt die Regelung ein nicht zu unterschätzendes Konfliktpotential. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, dass die Ermittlung der neuen Pflegesätze durch die Pflegekassen durchzuführen ist. Die Einrichtungen teilen die hierzu notwendigen Angaben mit.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.