
Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 7. Juli 2015

zum

Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur
Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-
gestärkungsgesetz – PSG II)

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....	3
II. Detailkommentierung.....	5
Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	5
Nr. 5.....	5
§ 7 (Aufklärung und Auskunft)	
Nr. 7.....	7
§ 7b (Beratungsgutscheine)	
Nr. 17.....	9
§ 18 (Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit)	
Nr. 28.....	11
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen)	
Nr. 31.....	13
§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.....	
Nr. 33.....	15
§ 42 (Kurzzeitpflege).....	
Nr. 49.....	16
§ 87b (Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen)	
Nr. 62.....	17
§ 113 Absatz 1 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)	
Nr. 64.....	20
§ 113b (Qualitätsausschuss).....	
Artikel 2 - Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	25
§ 2 Abs. (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen)	26
§ 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	26
III. Weiterer Änderungsbedarf	27
RSAV	27
§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV	27
§ 39 Abs. 3 RSAV.....	29

I. Vorbemerkung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz soll die gesetzliche Pflegeversicherung weiter an die steigende Anzahl pflegedürftiger Menschen insbesondere mit demenziellen Erkrankungen sowie an pflegefachliche Entwicklungen angepasst werden. Gleichzeitig soll mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sichergestellt werden, dass körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der davon abhängigen Höhe des Leistungsanspruchs zukünftig gleich behandelt werden. Diese wesentlichen Zielsetzungen des Gesetzes begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich.

Bei der Überarbeitung des Leistungsrechts orientiert sich der Gesetzentwurf eng an den Empfehlungen des Expertenbeirats zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 27. Juni 2013. Damit erhalten alle Pflegebedürftigen zukünftig noch passgenauere, auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittene Leistungen. Auch dies begrüßen die Betriebskrankenkassen. Positiv zu bewerten ist darüber hinaus, dass die Präventions- und Rehabilitationsbedarfe bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) stärker als bisher Berücksichtigung finden und die Information und Beratung der Pflegebedürftigen sowie ihrer pflegenden Angehörigen verbindlicher geregelt werden sollen.

Folgende Punkte sollten jedoch bei den weiteren Überlegungen des Gesetzgebers besonders berücksichtigt werden:

Qualitätsausschuss

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege erfolgt derzeit durch das sogenannte Plenum der Vertragspartner nach § 113 SGB XI, das Entscheidungen über einstimmige Vereinbarungen treffen muss. Diese Einstimmigkeit eröffnet einzelnen Verbänden eine Blockademöglichkeit und führt dadurch zu langwierigen Entscheidungsverfahren. Der Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI verlängert dieses Verfahren nochmals unverhältnismäßig. Vor diesem Hintergrund sind die Regelungen zur Einführung eines Qualitätsausschusses und damit ein durch den Gesetzgeber institutionalisiertes Gremium grundsätzlich zu begrüßen. Die konkrete Ausgestaltung lehnen die Betriebskrankenkassen aber in wesentlichen Teilen ausdrücklich ab. Insbesondere betrifft dies die Bildung des erweiterten Qualitätsausschusses mit der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das Bundesministerium für Gesundheit. Dies führt zu einem massiven Eingriff in die Selbstverwaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung und einer unnötigen Staatsnähe des Gremiums.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher einen anderen Aufbau des Qualitätsausschusses vor. Auch der Konfliktlösungsmechanismus kann deutlich straffer und effizienter ausgestaltet werden als im Referentenentwurf vorgesehen, indem in Anlehnung an den erweiterten Bewer-

tungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V unparteiische Mitglieder Entscheidungsblockaden direkt und zeitnah verhindern. Die qualifizierte Geschäftsstelle sollte neben den vom Qualitätsausschuss beauftragten Aufgaben auch die administrative Organisation des Qualitätsausschusses übernehmen. Da der Qualitätsausschuss im Referentenentwurf zeitlich nicht limitiert ist, sollte auch die Geschäftsstelle keiner zeitlichen Begrenzung unterliegen sondern unbefristet beim GKV-Spitzenverband angesiedelt werden.

Ein umfassender Änderungsvorschlag zu diesem Bereich findet sich in der Detailkommentierung dieser Stellungnahme zu § 113b.

Bestandsschutz nach Überleitung in einen Pflegegrad bei neuer Begutachtung

Die Regelung, wonach Pflegebedürftige, die nach der Überleitung in einen Pflegegrad dennoch eine neue Begutachtung durch den MDK durchführen lassen, aber eine schlechtere Einstufung nicht gegen sich gelten lassen müssen, scheint vor dem Hintergrund des gewollten Bestandsschutzes sachgerecht. Die Betriebskrankenkassen weisen jedoch darauf hin, dass das ursprüngliche Ziel, den MDK zu entlasten, durch eine übermäßige Inanspruchnahme von Neubegutachtungen konterkariert werden könnte. Zwar ist durch die großzügigen Überleitungsregelungen gewährleistet, dass die allermeisten Pflegebedürftigen nach einer Begutachtung höhere Leistungen erhalten als vorher. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass viele Pflegebedürftige dennoch diese Einstufung überprüfen lassen wollen.

Weitere Hinweise und konkrete Änderungsvorschläge finden sich auf den folgenden Seiten.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5

§ 7 (Aufklärung und Auskunft)

§ 7 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Weise“ die Wörter „zu unterrichten, zu beraten“ durch die Wörter „zu informieren“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt.
 - cc) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz; Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.“
- d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a dieses Buches, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, schreiben diese zeitnah fort und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetpräsenz. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetpräsenz nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a ver-

öffentlichen Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.“

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam mit den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches zuständigen Stellen das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereit stellen.“

a) Gewünschte Änderung

§ 7 Abs. 3 S. 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von regional verfügbaren Angeboten und den Kosten nach bundesweit einheitlichen Kriterien ermöglicht.“

b) Begründung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den Wegfall der bisherigen Pflicht zur Übersendung der Preis- und Vergleichslisten in Papierform. Damit werden die Pflegekassen von einem erheblichen bürokratischen Aufwand entlastet. Die angedachte Veröffentlichung im Internet bietet den Versicherten bzw. deren Angehörigen eine zeitgemäße und passgenauere Suche nach regionalen Angeboten der pflegerischen Versorgung. Unterstützt wird auch, dass die Preis- und Vergleichsliste künftig auch Angebote zur Unterstützung im Alltag enthalten soll, da die Informationen für die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen wie auch für die Beratung durch die Pflegekassen von großer Bedeutung sind.

Im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit für die Versicherten bzw. deren Angehörigen ist es wichtig, dass alle verfügbaren Angebote und deren Kosten nach bundesweit einheitlichen Kriterien dargestellt werden. So ist es für die Verbraucher möglich, von einer Region auf die andere zu schließen bzw. Leistungsanbieter zu vergleichen und für ihn passende Angebote zu identifizieren. Hierbei ist es jedoch eine Herausforderung sowohl für die Landesverbände als auch für die Bundesländer, eine stets aktuelle Liste aller Angebote zusammenzuführen.

Im Übrigen begrüßen die Betriebskrankenkassen die Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a und die damit verbundenen Konkretisierung und bessere Abgrenzung der Inhalte der Regelungen in den §§ 7 und 7a.

Nr. 7

§ 7b (Beratungsgutscheine)

§ 7b wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Abs. 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87 a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

§ 7b Abs. 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

Die Pflegekasse hat dem Antragssteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Abs. 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4

1. einen Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Eingang eines entsprechenden Beratungswunsches des Antragsstellers, durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zulasten der Pflegekasse eingelöst werden kann. Die Beratungsstelle hat innerhalb von 2 Wochen nach Eingang eines entsprechenden Beratungswunsches, einen konkreten Beratungstermin durchzuführen. § 7a Abs. 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

b) Begründung

Bislang ist vorgesehen, dass dem Antragssteller eine Kontaktperson sowie ein konkreter Beratungstermin anzubieten ist, der innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Bei der Ausstellung von Beratungsgutscheinen unter Benennung einer Beratungsstelle ist ebenfalls vorgeschrieben, dass der entsprechende Beratungstermin innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Die geplante Gesetzesänderung des Referentenentwurfs zu § 7b Abs. 1 S. 1 sieht vor, dass die genannten Beratungstermine nun nicht mehr nur beim erstmaligen Antrag, sondern bei jedem künftigen Leistungsantrag angeboten werden.

Hierbei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass hier der Verwaltungsaufwand (Terminkoordination) durchaus erheblich ist, insbesondere dann, wenn bei jedem Antragseingang innerhalb der heutigen Zwei-Wochen-Frist ein fester Ansprechpartner und ein fester Beratungstermin benannt werden sollen, ohne jedoch Kenntnis davon zu haben, ob der Versicherte den Beratungstermin tatsächlich in Anspruch nehmen kann. Die Pflegeberater führen hierzu Terminkalender analog einer Arztpraxis, um ggf. auf Terminänderungswünsche der Antragssteller eingehen zu können. Auch gilt es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass Terminlücken entstehen, wenn Antragssteller die vorgeschlagenen Termine ungemeldet nicht in Anspruch nehmen. Aufgrund der Komplexität einer Beratung nach § 7a SGB XI müssen die Beratungstermine mit hinreichenden Zeitkorridoren geplant werden.

Bei der Ausstellung von Beratungsgutscheinen unter Benennung einer Beratungsstelle nach § 7b Abs. 1 S.1 Nr.2 (Beratungsgutschein) wird die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe zusätzlich dadurch erschwert, dass auch hier die 2-Wochen-Frist bereits mit Eingang des Antrags bei

der Pflegekasse zu laufen beginnt. Löst der Antragssteller den Gutschein beispielsweise erst einen Tag vor Ablauf der 2-Wochen-Frist ein, müsste der Beratungstermin sofort am nächsten Tag stattfinden. Die Gewährleistung dieser Flexibilität kann durch entsprechende Vorhaltung von qualifiziertem Personal von den Beratungsdiensten nicht umgesetzt werden. Daher sollte die gesetzlich vorgesehene Frist, innerhalb derer eine Beratung nach § 7a SGB XI stattzufinden hat, ab dem Zeitpunkt laufen gelten, ab dem der Antragssteller bei der Pflegekasse konkret den Wunsch auf Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI geäußert hat. Die Pflegekassen bleiben ungeachtet dessen verpflichtet, den Antragssteller auf sein Recht auf Pflegeberatung hinzuweisen.

Nr. 17

§ 18 (Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit)

§ 18 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „welche Stufe“ durch die Wörter „welcher Grad“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers den Pflegegrad und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.“
- b) In Absatz 3 werden Satz 8 und 9 wie folgt gefasst:
„Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die Bedeutung des Gutachtens zum Beispiel für eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a dieses Buches und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung hinzuweisen. Ihm wird mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.“
- c) In Absatz 3b Satz 2 wird das Wort „stationärer“ durch das Wort „vollstationärer“ und werden die Wörter „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I)“ durch die Wörter „eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (Pflegegrad 2)“ ersetzt.
- d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
„(5a) Im Rahmen der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, um mit diesen Informationen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a dieses Buches und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches sowie eine individuelle Pflege- und Hilfeplanung und eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung zu ermöglichen. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Aktivitäten und Fähigkeiten abzustellen:
1. Außerhäusliche Aktivitäten: das Verlassen und das Fortbewegen außerhalb der Wohnung, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, das Mitfahren in einem PKW, die Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, der Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz oder einer Werkstatt für behinderte Menschen, der Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes sowie die Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen.
 2. Im Bereich der Haushaltsführung: das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache und aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, die Nutzung von Dienstleistungen, der Umgang mit finanziellen und Behördenangelegenheiten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in diesem Absatz beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 1 zu konkretisieren.“

e) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Gutachter“ die Wörter „auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen und“ eingefügt.

f) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(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. Hinsichtlich der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wird das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dem Antragsteller wird von der Pflegekasse unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, jeweils auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel übermittelt.“

a) Gewünschte Änderung

§ 18 Abs. 3a SGB XI ist zu streichen.

b) Begründung

Die Benennung von mindestens drei unabhängigen Gutachtern ist obsolet, da die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit inzwischen zu annähernd 100 Prozent innerhalb der in § 18 Abs. 3a SGB XI genannten Fristen erfolgt. Daher besteht im Regelfall nicht mehr die Notwendigkeit, unabhängige Gutachter i.S.d. § 18 Abs. 3a SGB XI mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen.

Außerdem ist diese Regelung ursprünglich aufgrund der Annahme erfolgt, dass die Akzeptanz des Gutachters aufgrund fehlender Transparenz des Auswahlverfahrens nicht gegeben sei. Eine Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Jahr 2014 kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass 86 Prozent der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen insgesamt mit der Pflegebegutachtung des MDK zufrieden sind und 86 Prozent der Befragten sich zufrieden mit dem Auftreten des Gutachters zeigten. Insofern scheint die Akzeptanz der Gutachter der MDK gegeben zu sein.

Nr. 28

§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen)

§ 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „Pflegestufe I und II“ durch die Wörter „Pflegegrad 2 und 3“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „Pflegestufe III“ durch die Wörter „Pflegegrad 4 und 5“ ersetzt.

bb) Satz 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind berechtigt, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.“

cc) Satz 7 wird aufgehoben.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen.“

e) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 2 wird der Satz 2 „Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“ Ersetzt durch „ Das bisher bezogene Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 fortgewährt.“

b) Begründung

Für eine vereinfachte, bedarfsgerechte und flexiblere Gestaltung des Leistungsanspruchs für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird anregt, dass mit Blick auf Leistungsverbesserungen für pflegende Angehörige das Pflegegeld nach § 37 SGB XI in vollem Umfang während der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege fortgezahlt wird. Die bisherige Regelung, nach der Pflegegeld nach § 37 SGB XI bei Bezug von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege hälftig gewährt wird, sollte im Sinne der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und zum Abbau des bürokratischen Aufwandes zur Berechnung und Zahlung des hälftigen Pflegegeldes bei den Pflegekassen entfallen.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten zudem die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zu einer Gesamtleistung (Budget) zusammengefasst werden (vgl. Begründung zu Nr. 31 und Nr. 33). Dementsprechend muss eine rechtliche Klarstellung erfolgen, dass das Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung ebenfalls für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr bzw. während der Inanspruchnahme der Gesamtleistung fortgezahlt wird.

Nr. 31

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

§ 39 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „dass“ die Wörter „der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und“ eingefügt.
 - bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“
- b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

„(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“
- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung.“
 - bb) Der neue Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.“
- d) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben

a) Gewünschte Änderung

Der § 39 SGB XI ist im Sinne der folgenden Begründung anzupassen.

b) Begründung

Die Erfahrungen der Betriebskrankenkassen in Folge der Flexibilisierung der Verhinderungspflege durch das Pflegestärkungsgesetz I zeigen, dass die flexiblere Gewährung von Verhinderungspflege i.S.d. § 39 SGB XI und Kurzzeitpflege i.S.d § 42 SGB XI unter Berücksichtigung der Pflegegeldansprüche i.S.d. § 37 SGB XI in der Praxis mittels aufwendiger Verwaltungsverfahren gewährt werden und darüber hinaus für die Betroffenen schwer verständlich sind. Für eine vereinfachte, flexiblere und bedarfsgerechtere Inanspruchnahme der genannten Leistungen sollten die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege leistungsrechtlich zusammengefasst werden. Den Versicherten wird so ermöglicht, eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung(en) zu entscheiden. Anspruchsberechtigte, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden wollen, stehen zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege somit gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten.

Insofern sollte die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für 8 Wochen pro Kalenderjahr quasi als Gesamtbudget von 3224 Euro und bis zu 56 Tage je Kalenderjahr gewährt werden können. Dies sorgt für eine verständlichere und unkompliziert umzusetzende Leistung. Zudem wird der Verwaltungsaufwand der Pflegekassen im Sinne einer Entbürokratisierung verringert.

In diesem Zusammenhang würden weniger Ausnahmeregelungen hier zusätzlich zu mehr Akzeptanz und mehr Verständlichkeit bei den Betroffenen führen. Deshalb sollte außerdem die Regelung zur „Vorpflegetzeit“ von sechs Monaten i.S.d. Abs. 1 S.2 (neu) entfallen, da diese bei der Kurzzeitpflege i.S.d § 42 SGB XI ebenfalls nicht notwendig ist.

Um die Merkmale zur Leistungsbewilligung bzw. der Höhe der Leistungen für den Versicherten nachvollziehbar zu gestalten und auf den Abbau von bürokratischen Prüfverfahren hinzuwirken, sollte zudem die bisher bei der Verhinderungspflege gemachte Unterscheidung zwischen pflegenden Angehörigen (Ersatzpflegepersonen), die die Pflege erwerbsmäßig und denen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben, entfallen. In diesen Fällen würde generell nur der Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI zur Verfügung stehen.

Nr. 33

§ 42 (Kurzeitpflege)

§ 42 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr.“
 - cc) Satz 4 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Der § 42 SGB XI ist im Sinne der Begründung anzupassen.

b) Begründung

Der BKK Dachverband begrüßt die generelle Ausweitung der Leistungshöchstdauer auf acht Wochen. Damit ist für die Versicherten eine transparentere und damit verständlichere Gewährung von Kurzeitpflege gegeben.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten zudem die Verhinderungspflege und die Kurzeitpflege zu einer Gesamtleistung (Budget) zusammengefasst werden (vgl. Begründung zu Nr. 31).

Nr. 49

§ 87b (Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen)

§ 87b wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Die Leistungen des § 87b SGB XI sind bei dessen Streichung in die vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI zu überführen. § 84 Abs. 8 SGB XI (neu) ist entsprechend anzupassen.

Außerdem ist ein individueller Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen der zusätzliche Aktivierung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen festzuschreiben.

b) Begründung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird bei der Einstufung in die Pflegegrade und beim Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr zwischen somatisch, kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen unterschieden. Insofern wäre es der Systematik nach folgerichtig, die bisherigen Leistungen nach § 87b SGB XI in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI zu integrieren. Der Referentenentwurf sieht hier allerdings eine Art „Sonderregelung“ vor, indem mit § 43b SGB XI (neu) Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen weiterhin erhalten. In der Gesetzesbegründung wird auch richtig festgestellt, dass nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs pflegfachlich grundsätzlich kein Anlass bestehe, das Angebot auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der heutigen Ausgestaltung aufrecht zu erhalten. Auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weist in seinem Abschlussbericht darauf hin, dass es folgerichtig wäre, die Leistungsvolumina des § 87b in die Leistungsbeträge nach § 43 zu integrieren (Vgl. S. 36). Zwar betont der Expertenbeirat, dass durch die Gestaltung der zukünftigen Regelungen sichergestellt werden müsse, dass die zusätzliche Betreuung und Aktivierung auch in Zukunft tatsächlich stattfinde, allerdings nicht zwingend mit Schaffung eines wiederum neuen, eigenständigen Leistungsanspruchs. Insofern wäre es mit der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs folgerichtig, die bisherigen Leistungen nach § 87b in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 zu integrieren, zumal damit die Verfahren der Leistungsgewährung transparenter und straffer bei den Pflegekassen organisiert werden könnten. Jedoch soll die zusätzliche Aktivierung und Betreuung weiterhin forciert werden und die Strukturen, die in den stationären Pflegeeinrichtungen bereits geschaffen wurden, erhalten bleiben. Insofern ist ein individueller Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen der zusätzliche Aktivierung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen festzuschreiben.

Nr. 62

§ 113 Absatz 1 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

§ 113 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich“ gestrichen, nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „nach Maßgabe von § 118“ eingefügt und die Wörter „Qualität und die Qualitätssicherung“ durch die Wörter „Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Hierbei sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.“
 - cc) Der neue Satz 7 wird aufgehoben.
- b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben (Indikatorenmodell). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten festzulegen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Nummern 1 und 2.

(1b) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie leistungserbringer- und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a ausgewertet werden. Soweit andere Stellen die Auswertungen der Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung nach diesem Gesetz bedürfen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.“

- c) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:
„Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestehenden Vereinbarungen gelten bis zum Inkrafttreten der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

§ 113 Abs.1 S.1 SGB XI sollte wie folgt formuliert werden:

„Die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

b) Begründung

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass die Entscheidungsstrukturen im Bereich der Qualität in der Pflege weiterentwickelt und gestrafft werden sollen. Die Aufgaben der Vertragspartner i.S.d. § 113 SGB XI und deren Bedeutung haben zugenommen und werden auch im vorliegenden Referentenentwurf erweitert. Damit ist eine rechtssichere Struktur unabdingbar, welcher die Balance zwischen einer Beteiligung der relevanten Akteure der Selbstverwaltung in der Pflege, einer staatsfernen Lösung – welche den Prinzipien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen entspricht – und der Schaffung effizienter Entscheidungsstrukturen gelingt (vgl. Begründung zu Nr. 64).

Das heutige Einstimmigkeitsprinzip in der Entscheidungsstruktur nach § 113 SGB XI führte bislang dazu, dass die Vereinbarungen in der Vergangenheit fast ausschließlich auf dem Wege des Schiedsverfahrens herbeigeführt werden mussten. Die Aufhebung der Wörter „gemeinsam und einheitlich“ ist insofern zu begrüßen.

Die Formulierungen des Referentenentwurfs gehen jedoch mit einer Ungenauigkeit zur Unterscheidung zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und den Mitgliedern des angeordneten Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI einher. Außerdem ist der Neustrukturierung der §§ 113 ff. und der Gesetzesbegründung nicht zweifelsfrei zu entnehmen, in welchem Verhältnis diese Ebenen zueinander stehen. Insofern wäre zu konkretisieren, ob die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI mit den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI gleichzusetzen sind oder eine Vertragspartei auch nicht Mitglied im Qualitätsausschuss sein kann. Wäre letzteres der Fall, ist allerdings absehbar, dass auch Entscheidungen vom Qualitätsausschuss getroffen werden, die eine Vertragspartei ohne Mitgliedsstatus betreffen. Diese konnte jedoch nicht mitstimmen. Insofern stellt sich die Frage nach der rechtlichen Legitimation und der Bindungswirkung hinsichtlich der getroffenen Vereinbarungen.

Daher sollte klarstellt werden, dass die maßgeblichen Vereinigungen von Trägern von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gleichzeitig Mitglied im Qualitätsausschuss sind (vgl. Begründung zu Nr. 64).

Ist mit dem Referentenentwurf allerdings die Konstellation vorgesehen, dass eine Vertragspartei auch nicht Mitglied im Qualitätsausschuss sein kann, wäre ein dem Qualitätsausschuss vorgelagertes Gremium vorzusehen. Dieses kann jedoch nicht Ziel des Referentenentwurfs bei der angedachten Straffung der Entscheidungsstrukturen der Vertragspartner gewesen sein. Daher sollte § 113 SGB XI regeln, dass die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI die in § 113 SGB XI genannten Vereinbarungen festlegen. Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses ist konkret in § 113b SGB XI festzuschreiben (Vergleiche Vorschlag zu Nr. 64).

Nr. 64

§ 113b (Qualitätsausschuss)

§ 113b wird wie folgt gefasst:

„§ 113b
Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet ab Inkrafttreten dieses Gesetzes als Qualitätsausschuss mit den Maßgaben nach Absatz 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a durch diesen Qualitätsausschuss, der in bestimmten Fällen nach Absatz 3 erweitert wird.

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation ist ausgeschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken an den Beratungen und Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 Absatz 1 beratend mit.

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch Einigung zu Stande, wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nicht zu Stande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne der § 37 Absatz 5, § 113, § 113a oder § 115 Absatz 1a.

(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der

qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 jeweils fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige, die insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege entwickeln. Hierbei sind insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (Indikatorenmodell) und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen. Aspekte der Prozess- und Strukturqualität sind ebenfalls zu berücksichtigen;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage des Indikatorenmodells nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten entwickeln;
3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorlegen;
4. Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung wissenschaftlich evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unterbreiten; sowie
6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung nach diesem Absatz vorschlagen.

(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Nummern 1 bis 6 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird; den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Nummern 1 bis 6 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 1. April 2016 zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit nach Absatz 4 eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7. Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4.

(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter.

Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum 1. März 2016 nicht zu Stande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung von Beschlüssen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Beschlüsse des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen und Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen.“

a) Gewünschte Änderung

Der § 113b SGB XI ist im Sinne der Begründung anzupassen.

b) Begründung

Der BKK Dachverband unterstützt grundsätzlich die Intension des Gesetzgebers, die bisherige nach § 113b SGB XI eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung und die Entscheidungsstrukturen der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (Plenum) weiterzuentwickeln. Schließlich werden diese zu Recht dahingehend kritisiert, dass sie nicht ausreichend entscheidungsfähig sind so-

wie durch langwierige Verhandlungsprozesse und Entscheidungsstrukturen nicht effizient und in angemessenem zeitlichen Rahmen öffentlich wahrnehmbar die Ergebnisse im Bereich der Qualitätssicherung bzw. deren Darstellung erzielen, die von den Verbraucherinnen und Verbrauchern gewünscht sind.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist auch die angedachte Schaffung eines Qualitätsausschusses generell zielführend. Bezüglich der vorgesehenen Ausgestaltung fehlt jedoch die notwendige Balance zwischen der Beteiligung aller relevanten Akteure der Selbstverwaltung in der Pflege, einer staatsfernen Lösung nach den Prinzipien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und der Schaffung effizienter Entscheidungsstrukturen. Daher schlägt der BKK Dachverband als Entscheidungsstruktur eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner als staatsferne Lösung vor, die durch eine klare Aufgabenzuteilung gestaltet und gestrafft ist und mit einem transparenten Entscheidungsverfahren einhergeht. Die Entscheidungsfindung soll bewusst durch wissenschaftliche Unterstützung ergänzt und damit fundiert sein, ohne diese besonders zu institutionalisieren.

Die Betriebskrankenkassen schlagen die gesetzliche Verankerung eines Qualitätsausschusses vor, der wie folgt aufgebaut ist und arbeitet:

Besetzung Qualitätsausschuss:

Der Qualitätsausschuss ist mit 26 Mitgliedern zu besetzen, wobei jeweils die Bank der Kostenträger sowie die Bank der Leistungserbringervertreter mit 13 Mitgliedern besetzt ist. So wird eine paritätische Stimmenverteilung bei der Besetzung des Qualitätsausschusses gewährleistet. Zudem ist zu garantieren, dass die einzelnen Bänke immer in ungerader Anzahl besetzt sind; so ist eine Pattsituation auf der Ebene der einzelnen Bänke ausgeschlossen.

Dem Qualitätsausschuss gehören auf der Bank des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an. Eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation ist ausgeschlossen. Die Entscheidungsbefugnis verbleibt im Regelfall zunächst bei den Vereinbarungspartnern, also bei denen, die Verantwortung in der Pflege tragen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegbedürftiger und behinderter Menschen wirken in diesem Gremium gemäß § 118 SGB XI beratend mit, wie es auch der Referentenentwurf vorsieht.

Unparteiischer Vorsitzender und unparteiische Mitglieder:

Der Qualitätsausschuss wird von einem unparteiischen Vorsitzenden geleitet. Zwei weitere unparteiische Mitglieder werden ihm zur Seite gestellt. Sowohl der Vorsitzende als auch die unparteiischen Mitglieder sind bei den Beratungen im Qualitätsausschuss als Beobachter mit Beratungsfunktion anwesend/beteiligt. Erst bei Nichtzustandekommen eines Beschlusses erhalten die unparteiischen Mitglieder und der Vorsitzende im Rahmen eines Konfliktlösungsmechanismus das Stimmrecht. Die unparteiischen Mitglieder werden wie folgt benannt: Ein Mitglied wird seitens der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bestellt, ein Mitglied vom Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Der unparteiische Vorsitzende muss von den Vertragsparteien gemeinsam berufen werden. Sollte hierzu eine Einigung nicht hergestellt werden können, wird der Vorsitzende vom Bundessozialgericht bestimmt (vgl. aktuelle Regelung zur Schiedsstelle § 113b SGB XI).

Konfliktlösungsmechanismus:

Die Abstimmung erfolgt seitens der Kostenträger-/Leistungserbringerverbände mehrheitlich. Stimmt eine Bank mehrheitlich zu, die andere mehrheitlich dagegen, kommt kein Beschluss zustande. Hier kann auf Antrag eine Abstimmung unter Hinzuziehung der Stimmen der drei Unparteiischen direkt herbeigeführt werden (analog § 87 Abs. 4 SGB V). Da die drei Unparteiischen am Beratungs- bzw. Entscheidungsprozess bereits von Beginn an als Beobachter beteiligt sind, ist eine Konfliktlösung insofern zeitnah, teilweise sogar taggleich möglich. Die Stimmen der drei Unparteiischen entscheiden sodann den Beschlussantrag, Stimmenenthaltungen sind nicht zulässig. Die Beschlüsse sind für alle Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Qualifizierte Geschäftsstelle:

Die zu implementierende qualifizierte Geschäftsstelle – die von den Vertragsparteien gemeinsam zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit vereinbart wird – ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie sollte beim GKV-SV angesiedelt sein. Sie übernimmt neben den vom Qualitätsausschuss beauftragten Aufgaben auch die administrative Organisation des Qualitätsausschusses. Da der Qualitätsausschuss im Referentenentwurf zeitlich nicht limitiert ist, sollte auch die Geschäftsstelle keiner zeitlichen Begrenzung unterliegen sondern fest verankert werden. Verbunden sein sollte damit auch eine gesetzliche Regelung zum Erlass einer Geschäftsordnung, um Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise des Gremiums zu regeln, welche vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.

Mit dem vom BKK System vorgeschlagenen, einstufigen Verfahren wird der im Referentenentwurf angedachte Qualitätsausschuss nochmals in seiner Entscheidungsstruktur gestrafft und die heutigen Gremien der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (Plenum) und des Konfliktlösungsmechanismus nach § 113b SGB XI (Schiedsstelle) noch konsequenter und damit effizient zusammengeführt. Die Hinzuziehung von externer wissenschaftlicher Expertise wird themen- und zweckgebunden eingeholt und durch ein Verfahren in der Geschäftsordnung festgelegt.

Beteiligungsrechte werden wie bisher in Anlehnung an § 113 SGB XI über die Stellungnahmemöglichkeiten für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger geregelt.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung und Gesetzesbegründung zur Fortführung der bisherigen Schiedsstelle in Form des künftigen Qualitätsausschusses ist hingegen kritisch, denn eine Übertragbarkeit der Regelungen der bisherigen Schiedsstelle ist nicht gegeben. Es stellt sich z.B. die Frage, ob die Mitgliederbesetzung insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer von der Schiedsstelle übernommen werden kann, so wie es der Gesetzesbegründung zu Absatz 2 zu entnehmen ist. Die Schiedsstelle wurde als Konfliktlösungsmechanismus der einstimmigen Vereinbarungslösung des § 113 SGB XI eingeführt. Der künftige Qualitätsausschuss hingegen ist als Entscheidungsgremium angelegt. Insofern sollte der Bezug zur bisherigen Schiedsstelle überdacht und dem Vorschlag der BKK gefolgt werden.

Artikel 2

(Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)

§ 2 Abs. (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen)

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 3 Absatz 2 des Artikels 3 oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung.

a) Gewünschte Änderung

§ 2 Abs. 3 ist zu streichen.

b) Begründung

Der BKK Dachverband lehnt diese Regelung ab. Die Regelung zur Umrechnung in Artikel 3 ist in der vorliegenden Ausgestaltung und im Ergebnis unkalkulierbar. Die Pflegesatzverhandlungen unterliegen grundsätzlich unterschiedlichen Vorgehensweisen. Sie werden einerseits über Pflegesatzkommissionen und andererseits direkt geführt. Auch werden die Grundlagen für die Eigenanteile durch die stationären Pflegeeinrichtungen unterschiedlich gehandhabt. Damit sind die finanziellen Auswirkungen der angedachten Auffangregelung des Absatz 3 – die zudem nicht zeitlich limitiert ist – auf die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung nicht kalkulierbar.

Artikel 2

(Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)

§ 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 1 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage von hierzu vor diesem Zeitpunkt getroffenen Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder anderer unabhängiger Gutachter durchgeführt.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist die Pflegekasse bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn bei besonders dringendem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(4) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 wird mit Wirkung vom 1. Januar 2017 ausgesetzt und tritt am 1. Januar 2018 wieder in Kraft.

a) Gewünschte Änderung

Im § 2 Abs. 1 SGB XI sind die Wörter „oder anderer unabhängiger Gutachter“ zu streichen. Der § 2 Abs. 3 SGB XI des Artikels 2 ist komplett zu streichen.

b) Begründung

Wie zu § 18 Abs. 3a S.1 Nr.2 SGB XI ausgeführt, ist die Benennung von mindestens drei unabhängigen Gutachtern obsolet, da die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit inzwischen zu annähernd 100 Prozent innerhalb der in § 18 Abs. 3a SGB XI genannten Fristen erfolgt. Daher besteht im Regelfall nicht mehr die Notwendigkeit unabhängige Gutachter i.S.d. § 18 Abs. 3a SGB XI mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen. Dies gilt auch für den Übergang zur Überleitung in die neuen Pflegegrade bzw. die Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren, da hier nach Absatz 1 bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs.2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durchzuführen sind und nach Absatz 2 die Frist nach § 18 Abs.3 S.2 SGB XI vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich bleibt.

III. Weiterer Änderungsbedarf

RSAV

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV:

Zu „Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisions sicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderungen

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

b) Begründung

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur für Ausgleichsjahre,

die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrekturen des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.

§ 39 Abs. 3 RSAV

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,

b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie

c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu.“

a) Gewünschte Änderungen

Hinter „...die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 ...“ wird „und 3“ ergänzt.

Am Satzende wird vor den Punkt die Formulierung „;im Fall von Buchstabe a ermittelt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der letzten Jahresrechnung nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 und im Fall von Buchstabe b die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 auf der Grundlage der letzten Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu“ angefügt.

b) Begründung

Durch die gewünschte Änderung wird sichergestellt, dass die Übergangsregelung für die Zuweisung für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds auch im Abschlagsverfahren Anwendung findet. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da es aufgrund der im GKV-FQWG rückwirkend ab 2013 eingeführten Übergangsregelung Krankengeld im Abschlagsverfahren derzeit noch zu Diskrepanzen zum Schlussausgleich kommt. Die Veränderung im Bereich des Übergangsverfahrens Krankengeld wirkt aktuell nämlich erst zum Schlussausgleich, was eine Verzerrung der Liquiditätssituation bei den Krankenkassen zur Folge hat. Gleichwohl sind die Kassen verpflichtet, etwaige finanzielle Beträge im Rahmen der KV45 beziehungsweise KJ1 zu bilanzieren. Die vorgeschlagene Regelung führt nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zu einer deutlich verbesserten Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens im Gesundheitsfonds.