



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 22. Juni 2015

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf eine sprachliche Differenzierung der Geschlechter (z.B. "Patientinnen und Patienten") verzichtet. Die verwendeten Bezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

I. Vorbemerkungen

Die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seines Begutachtungsinstrumentes ist überfällig. Seit 2006 haben sich Expertengremien mit dieser wichtigen Aufgabe befasst. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Referentenentwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) nun einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) auf den Weg bringt. Es ist gut, dass sie die wissenschaftlich basierten Ergebnisse der Expertengremien zur Grundlage ihres Vorschlags gemacht hat. Die Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA muss nun zügig vorangebracht werden. Und sie darf sich nicht erneut verzögern oder gar scheitern.

Neue Gerechtigkeitslücken vermeiden

Die Bundesregierung muss hierbei sicherstellen, dass mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine neuen Gerechtigkeitslücken entstehen. Daher hält es die Deutsche Stiftung Patientenschutz für zwingend erforderlich, den Überleitungs- und Einführungsprozess zeitnah und engmaschig beispielsweise bei der Neubegutachtung von Pflegebedürftigen ab dem Jahre 2017 zu evaluieren. Nur so können unerwünschte Fehlentwicklungen schnell erkannt und behoben werden.

Pflegenoten auf Kernbereiche konzentrieren

Mit dem Referentenentwurf gibt die Bundesregierung außerdem den Auftrag, neue Instrumente zur Prüfung und Berichterstattung der Qualität von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten sowie zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln. Die Überarbeitung des sogenannten „Pflege-TÜVs“ ist seit langem erforderlich. Aufgrund ihres breiten, nicht gewichteten Prüfkatalogs und der niedrigen Stichprobenzahlen haben die derzeit ermittelten Pflegenoten keine Aussagekraft. Das System führt fast ausschließlich zu Bestnoten. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass sich die Koalitionsfraktionen darauf verständigt haben, im Übergang bis zur Einführung der neuen Instrumente an der Veröffentlichung von Pflegenoten festzuhalten. Diese müssen jedoch zu aussagekräftigen Noten weiterentwickelt werden.



Daher fordern die Patientenschützer, die Pflegenoten ab sofort auf Kernbereiche der pflegerischen und medizinischen Versorgung zu konzentrieren. Solche Kernbereiche sind die Ernährung, die medizinische und medikamentöse Versorgung, die Therapie der Wunden sowie besondere Hilfen für Demenzkranke und Sterbende. Der Wegfall von Prüfgebieten macht es gleichzeitig möglich, die Stichprobe der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen zu vergrößern.

Sterben „zweiter Klasse“ beenden

In dieser Stellungnahme setzt die Deutsche Stiftung Patientenschutz Schwerpunkte. Hier besteht im Interesse der Schwerstkranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden sowie ihrer Angehörigen besonderer oder dringlicher Handlungsbedarf. Dies gilt vor allem für die zeitnahe Umsetzung einer umfassenden hospizlichen und palliativen Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Im Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) wird hierfür kein befriedigender Vorschlag gemacht. Auch im Referentenentwurf des PSG II wird dieser Aspekt nicht berücksichtigt. Dies wird dem Anspruch einer Reform, die die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in das Zentrum nimmt, nicht gerecht. Die Patientenschützer erneuern daher hier ihre Forderung, das Sterben „zweiter Klasse“ in Pflegeheimen zügig zu beenden. Im Juni 2015 hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz ein konkretes Modell vorgelegt, wie dies erreicht werden kann.¹

II. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

1. Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

In deutschen Pflegeheimen leben ca. 740.000 Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind.² Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt. Im Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ von Bundesminister Gröhe u. a. gehen die Autoren von jährlich 340.000 Sterbenden in Pflegeheimen aus.³ Dies wären 38 Prozent der jährlich in Deutschland Sterbenden.⁴ Ob die Menschen tatsächlich im Pflegeheim sterben oder zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden, wird nicht differenziert. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) benötigen in Industrieländern wie Deutschland 60 Prozent der Sterbenden eine palliative Begleitung.⁵ Dies sind in den Pflegeeinrichtungen 204.000 Personen. Hiervon gehören 94 Prozent der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an.⁶ Dies sind rund 191.760 Personen.

¹ Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz, Patientenschutz-Info-Dienst 02/2015, Gleichstellung Sterbender: Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen, 11. Juni 2015, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Gleichstellung_Sterbender_Hospiz_Pflege_20150611.pdf

² Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 13.03.2015, S. 1.

³ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.

⁵ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

⁶ Vgl. Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 13.03.2015, S. 1.



Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz ca. 6.500 Euro im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1.612 Euro (Pflegestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). In beiden Versorgungsformen ist die ärztliche und palliativ-ärztliche Behandlung nicht enthalten und muss gesondert hinzugezogen sowie vergütet werden. Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen im Vergleich zu einem Pflegeheimplatz mit Pflegestufe III demnach jeden Monat knapp 5.000 Euro mehr auf. Die Bedürfnisse der schwerstkranken und sterbenden Menschen sind aber identisch. Ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz ist nur in engen Ausnahmefällen möglich (§ 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V).

Problem

Es ist offensichtlich, dass trotz Einstufung in die höchste Pflegestufe und trotz der Möglichkeit, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch im Pflegeheim in Anspruch zu nehmen, eine adäquate palliativ-hospizliche Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim nicht mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann. Strukturbedingt wird sie immer hinter dem Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz (§ 39a Abs. 1 SGB V) zurückstehen.

Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Behandlungspflege und Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Hier stehen Schmerzfreiheit, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Dies sollte unabhängig vom Aufenthaltsort gelten, sei er ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause. Im Bereich der 13.030 stationären Pflegeeinrichtungen besteht eine eklatante Versorgungslücke – insbesondere im Vergleich zu den stationären Hospizen.⁷

Weder der Entwurf des HPG, noch der Referentenentwurf zum PSG II sehen einen wirksamen leistungsrechtlichen Anspruch für Pflegeheimbewohner auf Hospiz- und Palliativversorgung vor.

Forderung

Sterbende Pflegeheimbewohner mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf sind in den gesetzlichen Hospizleistungen den Hospizbewohnern gleichzustellen. Daher müssen auch Pflegeheimbewohner, die die Voraussetzungen für eine Versorgung im stationären Hospiz erfüllen, einen Anspruch auf Hospizleistungen im Pflegeheim erhalten. Die Hospizleistungen des Pflegeheims müssen dabei hinsichtlich Qualität und Umfang den Leistungen eines stationären Hospizes entsprechen (gemäß der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V).⁸ Dafür erhalten Pflegeheime für Hospizleistungen dieselbe Vergütung wie ein stationäres Hospiz. Die jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden seitens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf ca. 727 Millionen Euro geschätzt.

Anspruchsberechtigt ist, wer zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird und dieselben medizinischen Voraussetzungen wie ein Hospizpatient erfüllt. Die Notwendigkeit von Hospizleistungen im Pflegeheim ist durch einen

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 21.

⁸ Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/hospiz_und_palliativversorgung.jsp.



Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen – wie beim Anspruch auf stationäre Hospizleistungen. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen befristet. Die Versorgungsdauer wird sich an der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Hospizen orientieren. Diese beträgt 18 Tage.⁹

Die Grundpflege, die Behandlungspflege und die palliativ-hospizliche Versorgung des Patienten sollen von einem Palliative-Care-Team erbracht werden, das aus besonders qualifizierten angestellten Pflegekräften der Pflegeeinrichtung besteht. Dieses Team wird im Bedarfsfall von einer verantwortlichen Krankenpflegekraft (Qualifikation analog § 4 (4) a Rahmenvereinbarung) einberufen und geleitet. Die personelle Zusammensetzung des Teams erfolgt dabei aus einem Pool derjenigen Pflegekräfte des Heims, die über eine Palliative-Care-Weiterbildung verfügen und sich zur Beteiligung in diesem Team bereit erklärt haben. Die teilnehmenden Pflegekräfte sind ab dem Zeitpunkt der Zugehörigkeit zum Palliative-Care-Team von ihrem bisherigen Aufgabenbereich nach Bedarf entbunden. Sie unterstehen weisungsrechtlich der leitenden Hospiz-Krankenpflegekraft. Diese Form der Palliative-Care-Teams schafft eine sektorenübergreifende Versorgung Sterbender mit palliativ-hospizlichem Bedarf in Pflegeheimen. Zudem stärkt sie die Attraktivität der Pflegeberufe.¹⁰ Die Aufgaben bestimmen sich im Einzelnen aus dem Leistungsumfang. Die Größe des jeweiligen Palliative-Care-Teams muss einschließlich der verantwortlichen Krankenpflegekraft einem Personalschlüssel von 1,2 Pflegekräften je Sterbendem entsprechen.

In Pflegeeinrichtungen mit weniger als 25 Betten, die aus Ressourcengründen keine Hospizleistungen anbieten können, muss den Sterbenden mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf der Wechsel in ein stationäres Hospiz ermöglicht werden. Die Rahmenvereinbarung ist entsprechend anzupassen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat vorgeschlagen, die Gleichstellung sterbender Pflegeheimbewohner gegenüber Hospizpatienten im SGB V zu verankern. Dies kann über den Entwurf des HPG oder den Entwurf des PSG II erfolgen.

Konkret wird vorgeschlagen, in § 39a Abs. 1 SGB V nach Satz 1 einzufügen:

„Stationäre Hospizleistungen können auch in Einrichtungen der stationären Pflege gemäß § 72 SGB XI erbracht werden.“

⁹ Die durchschnittliche Verweildauer wird mit zwei bis vier Wochen angegeben. Der hier verwendete Mittelwert wurde gebildet aus Angaben von: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Studienergebnisse über die Hospizarbeit 2009, S. 5 (20 Tage), und: PflegeWiki, abgerufen unter http://www.pflegewiki.de/wiki/Station%C3%A4res_Hospiz am 03.06.2015 (17 Tage).

¹⁰ Vgl. Wolfgang George (Hg.), Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen – Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen, 2014, Kapitel 15, Wolfgang George, Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege, S. 153-202.



2. Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn diese zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V). Dies gilt auch an Orten, die einem Haushalt gleichgestellt sind, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten. Die Behandlungspflege schließt die sogenannten verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V) mit ein. Zu diesen Pflegemaßnahmen gehören insbesondere das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, die oro-/traceale Sekretabsaugung, das Einreiben mit Dermatika und das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens.¹¹ Auch die krankheitsspezifische Medikamentengabe ist der Behandlungspflege zuzurechnen. Sie stellt keine Grundpflege im Sinne des derzeitigen § 14 Abs. 4 SGB XI dar, da die Medikamentengabe nicht zur Nahrungsaufnahme im Rahmen der Grundpflege gehört.¹² Somit handelt es sich bei der Behandlungspflege um eine Leistung der medizinischen Versorgung, die der Versicherte im Rahmen des Sachleistungsprinzips (§ 2 Abs. 1 SGB V) von der gesetzlichen Krankenversicherung erhält.

Hiervon zu unterscheiden ist die Rechtslage, wenn sich der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet. Denn in diesem Fall übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige auch die Kosten für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, jedoch nur in Höhe der pauschalen Leistungsbeträge (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). In der Praxis wirkt sich dies nicht aus, da die pauschalen Leistungsbeträge bereits ohne die medizinische Behandlungspflege ausgeschöpft sind. Entsprechendes gilt auch für die teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) und für die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Diese unterschiedliche Zuordnung der Behandlungspflege nach Abhängigkeit vom Aufenthaltsort des Anspruchsberechtigten existiert seit dem Inkrafttreten des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes (1. SGB XI-ÄndG) im Jahr 1996.¹³ Sie ist die Folge eines Kompromisses zwischen dem damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm, in dessen Ressort die im Jahr 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung fiel, und dem damaligen Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer.¹⁴ Demnach sollte die Behandlungspflege in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung nur vorübergehend aufgenommen werden. Es galt die Frage zu klären, ob und in welchem Umfang die Kranken- bzw. die Pflegeversicherung auf Dauer die Kosten für die medizinische Behandlungspflege übernimmt. Insbesondere sollte eine ausreichend zuverlässige Datenbasis geschaffen werden, um auf deren Grundlage über die Finanzierung zu entscheiden.¹⁵

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.04.2007 einen Anspruch auf Behandlungspflege auch in stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Damit sollten Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen, die einen besonders hohen Versorgungsbedarf mit Behandlungspflege haben (insbesondere Wachko-

¹¹ BT-Drs. 16/3100, S. 104 f. mit weiteren Beispielen.

¹² Vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R.

¹³ BT-Drs. 13/3696, S. 4.

¹⁴ Der Spiegel, Ausgabe 1/1996, „Bonner Bruderzwist“, S. 72.

¹⁵ Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.3.2001, BT-Drs. 14/5590, S. 71.



mapatienten und dauerbeatmete Patienten), finanziell entlastet werden. Ziel war zu vermeiden, dass die hohen Eigenanteile die Finanzkraft der Betroffenen überfordern und zur Sozialhilfeabhängigkeit führen.¹⁶ Voraussetzung für diesen Anspruch auf Behandlungspflege ist, dass ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Jedoch ist die Zahl der Leistungsbewilligungen nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V im Hinblick auf die besonders hohen Anspruchsvoraussetzungen gering.¹⁷ Gemäß § 1 Abs. 7 Satz 3 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege wird medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich nur genehmigt, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist und ein unvorhersehbarer Versorgungsbedarf am Tag und in der Nacht besteht.

Problem

Der Referentenentwurf des PSG II sieht ausdrücklich keine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung vor.¹⁸ Eine Begründung hierfür gibt der Gesetzentwurf nicht.

Mit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung sollte der Anteil der auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegeheimbewohner deutlich reduziert werden. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit lag dieser damals bei über 67 Prozent.¹⁹ Ab dem Jahr 1995 sank dieser Anteil, steigt mittlerweile aber wieder an. Derzeit liegt er bei rund 30 Prozent.²⁰ Alleine bei den in Einrichtungen lebenden Beziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt ist zwischen 2005 und 2013 ein Anstieg um 29 Prozent zu verzeichnen.²¹ Im gleichen Zeitraum stieg auch die Anzahl der Empfänger von staatlicher „Hilfe zur Pflege“ um rund 31 Prozent an.²² Grund hierfür ist, dass die Einkommen und Vermögen vieler Pflegeheimbewohner nicht ausreichen, um den Eigenanteil zu decken. Eine Studie zeigt, dass sie auf Grund der Zuordnung ihrer Behandlungspflege zur Pflegeversicherung zudem mit jährlich 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro zusätzlich belastet werden.²³ Geht man von einem Mittelwert von jährlich 1,7 Mrd. Euro und von 740.000 Pflegeheimbewohnern aus, die gesetzlich pflegeversichert sind, beträgt die jährliche Belastung pro Pflegeheimbewohner 2.297 Euro, also 191,44 Euro im Monat.

Auf Grund des medizinischen Fortschritts hat sich nach den Erfahrungen der Deutschen Stiftung Patientenschutz der Anteil der medizinischen Behandlungspflege zu Lasten der Grundpflege deutlich erhöht. Es ist zudem kein sachlicher Grund ersichtlich, warum ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung davon abhängen soll, ob die Leistung in der Wohnung des Versicherten oder im Pflegeheim erbracht wird. Vielmehr haben alle gesetzlich krankenversicherten Personen Beiträge zur Krankenversicherung gezahlt. Diese nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung ist im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich bedenklich.

¹⁶ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

¹⁷ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin vom 6.12.2012, abrufbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/sonstige/2012_12_06.html.

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit, Referentenentwurf PSG II, B. Besonderer Teil, Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch), Nummer 34 (§ 43), Buchstabe b.

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung 2015-01, 20 Jahre Pflegeversicherung: Festakt würdigt Erfolgsgeschichte, 13.01.2015.

²⁰ OVB online, Sozialhilfe im Pflegefall, 25.03.2015, abrufbar unter: <http://www.ovb-online.de>.

²¹ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 374/14, Hilfe zum Lebensunterhalt: 8 Prozent mehr Leistungsempfänger im Jahr 2013, 28.10.2015.

²² Taz, 20 Jahre Pflegeversicherung, Viele brauchen Sozialhilfe, 13.01.2015, abrufbar unter: <http://www.taz.de/!5023956/>.

²³ Vgl. Heinz Rothgang, Rolf Müller, Ökonomische Expertise, Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, 2013, S. 32.



Forderung

Der Anspruch auf medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung muss systemgerecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden. Daher wird empfohlen, im SGB XI die medizinische Behandlungspflege in den Vorschriften betreffend die Tages- und Nachtpflege (§ 41 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) und die vollstationäre Pflege (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) zu streichen.

Dafür ist im SGB V der § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 entsprechend zu ergänzen. § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V soll daher lauten:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten **und stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI**, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“

Die Ausnahmeregelung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V kann damit entfallen.

3. Ermittlung der Pflegebedürftigkeit auf Grundlage des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) ab 01.01.2017

Situation

Mit dem PSG II soll die Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden gemessen werden. Die bisherigen drei Pflegestufen entfallen. Für Leistungsbezieher, die bereits vor Einführung des NBA zum 01.01.2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, sieht der Referentenentwurf in Artikel 2 Überleitungsregelungen und einen Bestandsschutz vor. Diese Regelungen finden laut Artikel 2 § 1 des Referentenentwurfs Anwendung auf Versicherte der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung, wenn

- bis zum 31.12.2016 das Vorliegen einer Pflegestufe (§§ 14, 15 SGB XI) oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) festgestellt wurde,
- oder alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung spätestens am 31.12.2016 bestehen.

Ziel dieser Überleitungsregelungen ist, dass die bisherigen Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden. Der Übergang in die neuen Pflegegrade soll mit entweder gleich hohen oder höheren Leistungen verbunden sein. Eine überleitungsbedingte Kürzung von Leistungen wird für diese Versichertengruppe ausgeschlossen.²⁴ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt diesen umfassenden Bestandsschutz. Sie erwartet seine strikte Einhaltung bei der praktischen Umsetzung der Reformen.

²⁴ Bundesministerium für Gesundheit, Referentenentwurf PSG II, Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung der Pflegegrade, zum Bestandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren).



Problem

Das im Referentenentwurf vorgestellte NBA wurde bereits im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen eines Modellprogramms evaluiert.²⁵ Bei dieser Evaluation fand ein Vergleich der Pflegestufen nach dem bisherigen und der Pflegegrade nach dem neuen System im stationären Sektor statt. Die Untersuchung zeigte, dass 27 Prozent der 1.586 evaluierten Bewohner in Pflegestufe I und Pflegestufe II sowie 9 Prozent in Pflegestufe III unterhalb des als vergleichbar angenommenen Referenz-Pflegegrades eingeordnet wurden (siehe Tabelle).

Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade mit allen Bewohnern²⁶

Gesamt	Gesamt	ohne Pflegegrad	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
ohne Pflegestufe	100%	27%	29%	31%	13%	0%	0%
Pflegestufe I	100%	8%	19%	42%	25%	4%	2%
Pflegestufe II	100%	1%	4%	22%	36%	31%	7%
Pflegestufe III	100%	0%	0%	2%	7%	46%	45%
Gesamt in %	100%	4%	9%	25%	24%	24%	14%
Gesamt absolut	1.586	62	150	394	387	377	216

Schwarz hinterlegte Zahlen in der Tabelle: Referenzgrad für die Überleitung von Pflegestufe auf Pflegegrad
Grauhinterlegte Zahlen in der Tabelle: Anteil Pflegestufeninhaber unterhalb des Referenzgrades

Somit droht laut Studie rund 22 Prozent der künftigen Pflegebedürftigen durch das NBA eine Schlechterstellung im Vergleich zum bisherigen Recht, wenn sie den Referenz-Pflegegrad nicht erreichen, der ihren Beeinträchtigungen im Pflegestufensystem entspricht. Nach dem alten Recht hätten sie eventuell höhere Leistungen bezogen. Da die Übergangsregelungen und der Besitzstandsschutz für sie nicht gelten, kann dies eine neue Gerechtigkeitslücke öffnen.

Forderung

Die Einführung neuer Begriffsbestimmungen und Begutachtungssysteme hat stets zur Folge, dass es zu Besser- und Schlechterstellungen im neuen System kommt. Dies wird sich auch bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA nicht vollständig vermeiden lassen. Die Zahl der hiervon Betroffenen muss jedoch nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz so gering wie möglich gehalten werden. Es darf nicht erneut eine große Gerechtigkeitslücke entstehen. Dies wäre der Fall, wenn mehr als 10 Prozent der Antragsteller im Vergleich zur alten Rechtslage benachteiligt würden.

Daher fordern die Patientenschützer, dass die „Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Abs. 2 SGB XI“ die Ergebnisse der „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen muss mit seinen Richtlinien gewährleisten, dass der Anteil der benachteiligten Anspruchsberechtigten ab dem 01.01.2017 zehn Prozent nicht übersteigt.

²⁵ Vgl. Zentrum für Sozialpolitik (ZES), Universität Bremen, Heinz Rothgang, Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), Endbericht, März 2015.

²⁶ Vgl. Zentrum für Sozialpolitik (ZES), Universität Bremen, Heinz Rothgang, Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), Endbericht, März 2015, S. 102.



Hierfür bedarf es einer Ergänzung im § 17 Abs. 1 SGB XI nach Satz 1 des Referentenentwurfs:

„Hierbei hat er dafür zu sorgen, dass durch den Systemwechsel keine unverhältnismäßigen Benachteiligungen durch das neue Begutachtungsinstrument entstehen. Sollten nach Erlass unverhältnismäßige Benachteiligungen durch die begleitende wissenschaftliche Evaluation nach § 18c Abs. 2 festgestellt werden, so muss die Richtlinie innerhalb einer Frist von 6 Monaten angepasst werden.“

Gemäß § 18c Abs. 2 SGB XI des Referentenentwurfes wird die Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet. Um sicher zu stellen, dass der Systemwechsel nicht zu unverhältnismäßigen Benachteiligungen von Antragstellern nach dem 01.01.2017 führt, bedarf es aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz außerdem jährlicher Zwischenberichte. Diese sind zu veröffentlichen.

Deshalb wird empfohlen, § 18c Abs. 2 SGB XI des Referentenentwurfes nach Satz 2 um folgenden Einschub zu erweitern:

„Erstmals zum 01. März 2018 sind jährliche Zwischenberichte zu veröffentlichen, die die Richtlinie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Abs. 2 auf unverhältnismäßige Benachteiligungen überprüfen. Unverhältnismäßige Benachteiligungen durch den Systemwechsel liegen insbesondere vor, wenn über 10 Prozent der Antragsteller im Vergleich zum alten System schlechter gestellt werden.“

4. Beteiligungsrechte für die Interessenvertretungen Pflegebedürftiger

Situation

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken an der Erarbeitung und Änderung der grundlegenden Richtlinien beratend mit. Dies gilt auch für die Beschlüsse und Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner. Rechtsgrundlage hierfür ist § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Laut Referentenentwurf sollen diese Mitberatungsrechte auch bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes fortbestehen. Insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung und den Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses gemäß § 113b SGB XI sollen sie erweitert werden (§ 118 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 des Referentenentwurfes).

Die Einzelheiten für die Anerkennung dieser Organisationen und zum Verfahren der Beteiligung sind in der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung (PfleBeteiligungsV) vom 22.03.2013 geregelt. Diese hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage des § 118 Abs. 2 SGB XI erlassen.



Laut § 2 PflBeteiligungsV werden sechs Organisationen als maßgeblich für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene anerkannt. Es handelt sich hierbei um den Sozialverband VdK Deutschland e. V., den Sozialverband Deutschland e. V. Bundesverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V., die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. und den Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.). Auf Antrag können gemäß § 3 PflBeteiligungsV weitere Organisationen anerkannt werden, wenn diese die Kriterien gemäß § 1 PflBeteiligungsV erfüllen.

Problem

Der Bundesrat hat der PflBeteiligungsV in seiner Sitzung am 22.03.2013 mit der Maßgabe zugestimmt, dass dafür Sorge getragen wird, künftig neben Vereinen auch andere Rechtsformen der Interessensvertretung zu berücksichtigen. Er verband damit das Ziel, die Vielfalt und das Wachstum entsprechender eigenständiger Organisationen für pflegende Angehörige zu fördern. Um ausdrücklich auch Stiftungen anerkennen zu können, wurden auf Vorschlag des Bundesrates in § 1 Nr. 3 und 5 PflBeteiligungsV nach dem Wort „Mitgliederkreis“ die Wörter „oder ihrer Aufgabenstellung“ eingefügt.²⁷

Nach wie vor bleibt jedoch Stiftungen die Anerkennung als maßgebliche Organisation gemäß § 3 PflBeteiligungsV versagt. Denn nach dem Wortlaut des § 1 Nr. 2 PflBeteiligungsV muss die innere Ordnung der antragstellenden Organisation demokratischen Grundsätzen entsprechen. Nach der Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, das über die Anerkennung durch Verwaltungsakt entscheidet, erfüllen ausschließlich Vereine dieses Kriterium. So führt das Ministerium im Rahmen eines Verfahrens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf Anerkennung als maßgebliche Organisation gemäß § 140f SGB V i. V. m. § 3 Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) aus, dass zur Erfüllung des Kriteriums eine demokratische Binnenverfassung erforderlich sei.²⁸ Hierzu gehöre ganz wesentlich eine Mitgliederbasis. Eine Organisation könne ohne Mitglieder nicht in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen. Stiftungen als zweckgebundene Vermögensmassen sei daher grundsätzlich die Anerkennung verwehrt.

Diese Auslegung des Kriteriums widerspricht der ausdrücklichen Zielsetzung des Bundesrates, dass auch Stiftungen als maßgebliche Organisationen gemäß § 118 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 3 PflBeteiligungsV anerkannt werden können.

Forderung

In § 118 SGB XI muss ausdrücklich klargestellt werden, dass neben Vereinen auch andere juristische Personen des Bürgerlichen Rechts einen Anspruch auf Anerkennung als maßgebliche Organisationen haben, wenn diese als gemeinnützig anerkannt sind und gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen. Dasselbe muss auch für die Interessenvertretung der Patienten gemäß § 140f SGB V gelten.

²⁷ BR-Drucksache 67/13 (Beschluss), S. 2.

²⁸ Sozialgericht Düsseldorf, S 11 KR 331/14.



Daher wird empfohlen, nach § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB XI und nach § 140f Abs. 1 Satz 1 SGB V folgenden Satz einzufügen:

„Maßgebliche Organisationen nach Satz 1 können eingetragene Vereine und andere juristische Personen sein, soweit diese als gemeinnützig im Sinne des § 52 Abgabenordnung anerkannt sind und gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen.“

Die PflBeteiligungsV und die PatBeteiligungsV sind entsprechend zu ändern. Sie dürfen keine Anerkennungsvoraussetzungen enthalten, aus denen eine grundsätzliche Ablehnung der Anerkennung von Nicht-Vereinen hergeleitet werden kann. Insbesondere muss bei beiden Verordnungen in § 1 Nr. 2 eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

5. Verbesserungen der Pflegeberatung

Situation

Personen, die Leistungen nach SGB XI erhalten oder beantragt haben, verfügen seit dem 01.01.2009 über einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Mit dem PSG II beabsichtigt die Bundesregierung, diese Pflegeberatung hinsichtlich ihrer Qualität, Transparenz und Vergleichbarkeit zu verbessern.

Hierzu soll unter Federführung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen eine Richtlinie für Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung von Verfahren, Durchführung und Inhalten der Pflegeberatung erarbeitet werden. Pflegeberatung wird – bei Einverständnis des Anspruchsberechtigten – künftig auch gegenüber pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen geleistet. Nutzerfreundliche Internet-Angebote der Pflegeversicherung sollen es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erleichtern, sich transparent und vergleichbar über Leistungsangebote vor Ort zu informieren.

Problem

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die Bundesregierung mit ihren Vorschlägen die Pflegeberatung stärken und ausweiten will. Am bundesweiten Patientenschutztelefon der Stiftung bestätigt sich immer wieder, dass sich viele Pflegebedürftige und deren Angehörige dem heutigen Pflegeleistungsdschungel orientierungslos gegenüber sehen.²⁹

Mit der Einführung nutzerfreundlicher Internet-Angebote der Pflegeversicherung will die Bundesregierung nun jedoch den Anspruch auf Aushändigung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste an Antragsteller einschränken. Diese Liste ist nur noch nach Anforderung durch den Antragsteller zu übermitteln, da sie künftig auch auf den Internetseiten der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht werden soll. In der „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ aus dem Jahre 2011 weist der Spitzenverband der Pflegekassen ausdrücklich darauf hin, dass „die Nutzung von Internet und E-Mail (...) für viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige (noch) keine Selbstver-

²⁹ Deutsche Stiftung Patientenschutz, Das Patientenschutztelefon, Bundesweite Hilfe für schwerstkranken, pflegebedürftige und Sterbende Menschen, 2014, abrufbar unter: <https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/Patientenschutz-telefon2014.pdf>.



ständigkeit“³⁰ ist. Dies hat sich aus der Erfahrung der Patientenschützer in den vergangenen dreieinhalb Jahren nicht grundlegend geändert.

Außerdem zeigt ein Blick in die „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit, dass es heute große Defizite beim Abruf einzelner Pflegeleistungen durch die Anspruchsberechtigten gibt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. So wurden im Jahresdurchschnitt 2014 Leistungen der Verhinderungspflege nur von 106.700 Leistungsempfängern in Anspruch genommen. Die Leistungsart Kurzzeitpflege riefen lediglich 20.700 Empfänger ab.³¹ Dem steht eine Gesamtzahl von rund 1,86 Millionen zuhause versorgten Pflegebedürftigen gegenüber.³² Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse kommt zu dem Ergebnis, dass überhaupt nur 65 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen über das Angebot der Kurzzeitpflege und 56 Prozent über die Verhinderungspflege informiert sind.³³

Forderung

Zur Beibehaltung des Anspruchs auf Aushändigung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste bei Antragstellung wird der vorgeschlagene neue § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB XI 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 **unverzüglich und in geeigneter Form** 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, zu übermitteln** (Leistungs- und Preisvergleichsliste).“

Um den geringen Zahlen beim Leistungsabruf beispielsweise für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege entgegen zu wirken, soll künftig gezielt über Entlastungsangebote für pflegende Angehörige informiert werden. Hierzu gehören auch die Pflegezeit und die Familienpflegezeit. Eine solche Regelung unterstreicht das im Referentenentwurf formulierte Ziel, die pflegenden Angehörigen zu stärken.

Entsprechend wird eine Ergänzung des bisherigen § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI um eine Nummer 6 vorgeschlagen:

„6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.“

³⁰ Spitzenverband der Pflegekassen, Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, 2011, S. 42.

³¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2014, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>.

³² Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

³³ Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (Hg.), WINEG Wissen 04, Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt, 2014, S.13.



6. Evaluation der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Situation

Mit einem neuen Absatz 9 in § 7a SGB XI schlägt der Referentenentwurf der Bundesregierung vor, zum 30. Juni 2020 eine wissenschaftliche Überprüfung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, ihrer Strukturen sowie der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI vorzunehmen. Ab dann wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Drei-Jahres-Schritten zu Folgeberichten an das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet. Die Berichte sollen konkrete Zahlen und Daten zum Beratungsgeschehen enthalten und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung machen. In Bezug auf die Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist beabsichtigt, die in der Vergangenheit geäußerte Kritik an der Wirksamkeit dieses Instrumentes aufzugreifen. Daher sollen die Ergebnisse und Wirkungen dieser Beratungseinsätze einen besonderen Schwerpunkt der Berichte bilden.

Problem

Laut dem bisherigen § 10 SGB XI wäre die Bundesregierung im Jahr 2015 verpflichtet, ihren sechsten „Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ vorzulegen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (PrävG) hat die Regierungskoalition § 10 SGB XI geändert und die Vorlage dieses Pflegeberichts um ein Jahr auf 2016 verschoben.³⁴ Angesichts der laufenden gesetzgeberischen Veränderungen ist diese Verschiebung um ein Jahr sinnvoll.

Die letzte gesetzlich vorgeschriebene Evaluierung der Pflegeberatung fand im Jahr 2011 statt.³⁵ Deren Ergebnisse waren auch Bestandteil des fünften Pflegeberichts der Bundesregierung vom Dezember 2011. Der von der Bundesregierung im Referentenentwurf des PSG II gemachte Vorschlag zur nächsten Evaluierung der Pflegeberatung und zur Evaluierung der Beratung in der häuslichen Pflege sieht vor, dass beides erst 2020 erfolgen soll. Eine Evaluierung erst in fünf Jahren widerspricht den erklärten Zielen der Bundesregierung, die Transparenz in der Pflegeberatung zu stärken sowie ihre Qualität und ihre Vergleichbarkeit kontinuierlich zu verbessern. Auch trägt eine solche Verzögerung nicht dazu bei, die in den nächsten Jahren laufende Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben in der Pflege regelmäßig systematisch auszuwerten und auf ihre Wirksamkeit und Mängel hin zu überprüfen.

In Punkt 5. dieser Stellungnahme werden außerdem exemplarisch Defizite bei der Information über Pflegeleistungen und deren Abruf dargestellt. Auch vor diesem Hintergrund und angesichts der Kritik an der mangelhaften Wirksamkeit der Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist nicht ersichtlich, warum die nächste Evaluierung dieser Instrumente soweit in die Zukunft verlegt werden soll.

³⁴ BT-Drs. 18/5261, S. 33.

³⁵ Spitzenverband der Pflegekassen, Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, 2011.



Forderung

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, mit der wissenschaftlich begleiteten Evaluierung der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit früher zu beginnen. Sie schlägt daher vor, die Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Pflegeberatung und zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit beginnend zum 30. Juni 2017 in Jahresschritten zu fassen.

Die Berichte sollen zusätzlich auch die empfohlenen und tatsächlich vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) vergleichbar darstellen – neben den im Gesetzesentwurf genannten Beratungstätigkeiten und Schwerpunkten. Im individuellen Versorgungsplan werden Sozialleistungen und gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen, die im Einzelfall als erforderlich angesehen wurden, aufgeführt. Diese müssen in den Berichten mit den tatsächlichen Leistungen, die die Leistungsträger genehmigt haben, verglichen werden. Die Ergebnisse sind so aufzubereiten, dass ein Vergleich auch auf Ebene der Bundesländer und auf kommunaler Ebene möglich ist. Hierzu ist erforderlich, dass die einzelnen Beratungsstellen über ihre tatsächlichen Hilfeleistungen für Ratsuchende Rechenschaft ablegen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht die Jahresberichte auf seiner Internetseite. Nach dem 30. Juni 2020 werden die Berichte alle zwei Jahre vorgelegt und veröffentlicht.

Entsprechend wird § 7a Abs. 9 SGB XI des Referentenentwurfs wie folgt neu gefasst:

„(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit **erstmals zum 30. Juni 2017 jährlich, ab dem 30. Juni 2020 alle zwei Jahre**, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen, **Schwerpunkte, die empfohlenen und vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) und die** Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
2. die Durchführung, Ergebnisse, **die empfohlenen und vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) und die** Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8

vor **und veröffentlicht diesen auf seiner Internetseite**. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“