

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 07.07.2015**

**zum Referentenentwurf
eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
vom 22.06.2015**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	6
II. Stellungnahme zum Gesetz	9
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 2 Selbstbestimmung	9
§ 4 Art und Umfang der Leistungen	10
§ 7 Aufklärung, Auskunft	11
§ 7a Pflegeberatung	17
§ 7b Beratungsgutscheine	19
§ 8 Gemeinsame Verantwortung	20
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	21
§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit	22
§ 15 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	24
§ 16 Verordnungsermächtigung	26
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen	27
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	31
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	37
§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	38
§ 19 Satz 2 Begriff der Pflegepersonen	39
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1	40
§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung	42
§ 36 Pflegesachleistung	43
§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	45
§ 38 Kombination von Geldleistungen und Sachleistung (Kombinationsleistung)	49
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	50
§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	51
§ 41 Tagespflege und Nachtpflege	54
§ 42 Kurzzeitpflege	55
§ 43 Inhalt der Leistung	57
§ 43b Inhalt der Leistung	59
§ 44 Absatz 1, 3 und 5 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	60
§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	62
§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	64
§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung	65
§ 45b Entlastungsbetrag	67
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	69

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	70
§ 46 Absatz 3 Pflegekassen	71
§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte	74
§ 55 Absatz 1 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	75
§ 75 Absatz 3 Satz 4 Anpassung der Personalrichtwerte in den Rahmenverträgen der Länder	76
§ 84 Absatz 2 Bemessungsgrundsätze	77
§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts	80
§ 92c Pflegestützpunkte	81
§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse.....	82
§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekasse	83
§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst	84
§ 108 Auskünfte an Versicherte.....	85
§ 113 Absatz 1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege- qualität.....	86
§ 113a Absatz 1 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	95
§ 113b Absatz 1 Qualitätsausschuss	97
§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen	121
§ 114a Absatz 7 Durchführung der Qualitätsprüfungen.....	126
§ 115 Absatz 1a Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung	129
§ 122 Übergangsregelungen	132
§ 127 Pflegevorsorgezulage; Förderungsvoraussetzungen.....	133
Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)	134
§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade	134
§ 2 Absatz 1 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen.....	136
§ 3 Absatz 1 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren.....	144
Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege	148
§ 1 Neuverhandlung der Pflegesätze.....	148
§ 2 Alternative Überleitung der Pflegesätze	150
§ 3 Verfahren für die Umrechnung.....	151
§ 4 Pflichten der Beteiligten	152
Artikel 4 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)	154
§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag	154
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	155
§ 37 Häusliche Krankenpflege	155
Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	159

§ 3 Satz 1 Nr. 1a Sonstige Versicherte	159
§ 5 Absatz 2 Versicherungsfreiheit	160
§ 166 Absatz 2 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter	161
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	162
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	162
§ 18 Absatz 3a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	162
§ 84 Absatz 7 Bemessungsgrundsätze	163
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	164
§ 114 Qualitätsprüfungen.....	166
§ 114a Absatz 1 Satz 3 Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflege- einrichtungen	167
§ 115 Absatz 2 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	170

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 5 von 170

Hinweis

Der Gesetzentwurf enthält aufgrund der weitreichenden Umstellungen zahlreiche redaktionelle Änderungen. Wegen der besseren Lesbarkeit der Stellungnahme wird auf die Aufführung dieser Änderungen verzichtet.

I. Vorbemerkung

Nachdem zum 1. Januar 2015 mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und verbessert wurden, führt die Bundesregierung mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Damit setzt die Bundesregierung die von ihr angekündigte und vom GKV-Spitzenverband schon lange geforderte Neuausrichtung der Pflegeversicherung um.

1. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geht ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit einher. Anders als bisher ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht geprägt von einer an den Defiziten des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise, sondern der Blick wird auf das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen und der danach bestehenden Abhängigkeit von personeller Hilfe gerichtet. Indem der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen erfasst wird, werden körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung künftig gleichberechtigt behandelt. Infolge dessen ist es sachgerecht, dass die Leistungsinhalte an das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit angepasst werden. Entsprechend können künftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung je nach Bedarf des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

2. Neues Begutachtungsassessment

Das Begutachtungsverfahren zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit wird grundlegend neu ausgerichtet. Es bildet die Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen künftig umfassender ab und berücksichtigt die individuelle Situation der pflegebedürftigen Menschen. Insgesamt führt das neue Verfahren inklusive der Bewertungssystematik zu mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Durch die auf Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 durchgeführte Studie zur Praktikabilität des neuen Begutachtungsassessment wurde das neue Begutachtungsassessment vor seiner Einführung erprobt. Damit liegen wertvolle Erkenntnisse für den Implementierungsprozess vor.

3. Überleitungs- und Bestandschutzregelungen

Mit den vorgesehenen formalen Überleitungsregelungen in die jeweiligen Pflegegrade soll erreicht werden, dass eine Neubegutachtung für Bestandsfälle entfällt. Für den Versicherten wird ein Vertrauensschutz geschaffen, damit er auch nach einer Neudefinition der Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung mindestens im bisherigen Umfang in Anspruch nehmen kann. Mit der Überleitung wird sich der Leistungsbezug für die Mehrheit der gegenwärtigen Leistungsbezieher sogar verbessern. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Umfassende Bestandsschutzregelungen sorgen dafür, dass kein gegenwärtig Pflegebedürftiger mit zusätzlichen Belastungen nach der Umstellung rechnen muss. Die Möglichkeit, sich trotz Übergangsregelungen nach dem neuen Begutachtungsassessment begutachten zu lassen und bei einer nachgewiesenen Schlechterstellung trotzdem in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben zu können, wird jedoch voraussichtlich zu umfangreichen Begutachtungen führen. Derartige Belastungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind zum Umstellungszeitpunkt zu vermeiden. Insgesamt wird die Umsetzung der weitreichenden Übergangsregelungen bei den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung erhebliche personelle Ressourcen binden, z. B. in der Beratung.

4. Beratung der Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen

Für die Pflegeberatung der Pflegekassen sind eine Vielzahl an Maßnahmen zur Verbesserung und inhaltlichen Ausgestaltung vorgesehen. Mit der Errichtung einer Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung verbindlicher und einheitlicher Grundsätze zum Verfahren, zur Durchführung und zu den Inhalten kann die Qualität der Pflegeberatung sichergestellt und ein bundesweit einheitliches Beratungsniveau insbesondere in den Beratungsstellen und den Pflegestützpunkten erreicht werden.

5. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Die von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung soll künftig als Qualitätsausschuss entscheiden. Die grundlegende Änderung der Entscheidungsfindung im Bereich der Qualität in der Pflege ist zu begrüßen. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das BMG wird abgelehnt.

Das vorgeschlagene Modell entspricht teilweise dem vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Modell in Anlehnung an den ärztlichen Bewertungsausschuss. Damit die im Qualitätsausschuss vertretenen Entscheidungsträger ausreichend legitimiert sind, wird empfohlen, Kriterien für die Maßgeblichkeit der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene festzulegen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015

zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015

Seite 8 von 170

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das BMG stellt einen massiven Eingriff in die Selbstverwaltung dar, in dem der unparteiische Vorsitzende von der Exekutive bestimmt wird. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Selbstverwaltung nicht zu konterkarieren und den Selbstverwaltungspartnern – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert und bewährt – den notwendigen Entscheidungsspielraum bei der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden zu geben.

6. Finanzierung

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 01.01.2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 Prozent angehoben, für Kinderlose auf 2,8 Prozent. Damit steigen die Mehreinnahmen in 2017 um ca. 2,5 Mrd. Euro. Mit den Mehreinnahmen und den Rücklagen der Pflegeversicherung soll die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs finanziert und ein Perspektivwechsel in der Pflege eingeleitet werden. Die vorhandenen Mittel der Pflegeversicherung reichen – soweit erkennbar – aus, die notwendige Reform bis ins Jahr 2022 zu finanzieren.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 2 Selbstbestimmung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass Pflege auch aktivierend zu erbringen ist.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des Absatzes 2 trägt der Aufhebung des § 28 Absatz 4 Rechnung, wonach die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel hat.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung beschrieben. Entsprechend der bisherigen Systematik der Regelung, wird diese mit der Neudefinition von häuslicher Pflegehilfe i. S. d. § 36 parallelisiert. Gemäß § 36 Abs. 1 umfasst die häusliche Pflegehilfe körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

B) Stellungnahme

Die Änderung basiert auf der Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des veränderten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und ist daher folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5a) bis c) bb)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort „Beratung“ wird durch das Wort „Auskunft“ ersetzt. Aufgabe der Pflegekassen nach dem hier geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft der Versicherten. Diese Aufgaben können auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen ohne Qualifikation als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater im Sinne von § 7a wahrgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Mit der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a und der Anpassung der Begrifflichkeiten erfolgt eine bessere Abgrenzung der Inhalte der Regelungen in den §§ 7 und 7a, was auch zu einer besseren Lesbarkeit der Vorschriften führt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5c) aa) und cc)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung der Pflegekasse zum Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den Pflegestützpunkt nach § 7c (neu) sowie zur Übermittlung der Leistungs- und Preisvergleichsliste wird von Absatz 3 in Absatz 2 verschoben.

Zudem wird geregelt, dass die Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung getroffenen Festlegungen gibt bzw. den Versicherten durch eine Internet-Veröffentlichung zugänglich macht.

B) Stellungnahme

Es ist bereits gängige Praxis, dass die Pflegekassen ihren Versicherten bei Teilnahme an integrierten Versorgungsformen hierüber Auskunft erteilen. Bei der gesetzlichen Normierung des Informationsrechts des Versicherten handelt es sich um eine Klarstellung. Die Zugänglichmachung von Informationen über Internet-Veröffentlichungen wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5d)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht der Pflegekasse zur Aushändigung einer Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Leistungs- und Preisvergleichsliste) wird auf die Fälle beschränkt, in denen der Pflegebedürftige einen entsprechenden Ausdruck anfordert. Die Pflegekasse kann ansonsten den Antragstellenden auf entsprechende Internet-Veröffentlichungen der Landesverbände der Pflegekassen hinweisen (Abs. 2).

Neu eingeführt wird die Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (künftig: „Angebote zur Unterstützung im Alltag“) aufzunehmen, wobei letztere aufgrund von Vereinbarungen nach Absatz 4 von den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser niedrigschwelliger Angebote zuständigen Stellen in einem vereinbarten technischen Standard zu übermitteln sind.

Die bereits nach geltendem Recht durch die Landesverbände der Pflegekassen zu erstellen- den Leistungs- und Preisvergleichslisten sollen zukünftig auf der Internetseite des jeweiligen Verbands veröffentlicht werden. Sie sind den zuständigen Pflegekassen durch die Landesverbände zugänglich zu machen. Auf der Internetpräsenz sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erhält die Leistungs- und Preisvergleichslisten künftig vom „Landesverband der Pflegekassen“.

B) Stellungnahme

Die Beschränkung der bisherigen Pflicht zur Übersendung der Preis- und Vergleichslisten in Papierform wird begrüßt, da diese einen erheblichen bürokratischen Aufwand für die Pflegekassen darstellte. Darüber hinaus ermöglicht die Veröffentlichung im Internet den Versicherten und ihren Angehörigen eine noch passgenauere Suche in der Region, in der die pflegerische Versorgung erfolgen soll.

Positiv ist zudem, dass die Preis- und Vergleichsliste künftig auch die 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.

Fraglich ist jedoch, wie in den Listen die regionale Verfügbarkeit dargestellt werden soll. Ob die Leistungsanbieter zum gewünschten Zeitpunkt tatsächlich verfügbar sind, kann von diesen nur direkt beantwortet werden.

Darüber hinaus wird die Formulierung in Absatz 3 a. E. kritisch gesehen. Danach sind die Listen auch dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen“. Hier ist zum einen fraglich, welcher der Landesverbände gemeint ist. Zudem wird darauf hingewiesen, dass nach der derzeitig geplanten Neuregelung dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Listen, deren Erstellung und Aktualisierung einen nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand darstellen, ohne Aufwandsentschädigung von der GKV zur Verfügung gestellt werden sollen, damit die PKV Ihrer eigenen Auskunftspflicht gegenüber Ihren Versicherten nachkommen kann und dies, obwohl die für die Erstellung der Listen erforderlichen Informationen dem PKV-Verband vorliegen.

Bei der Vorgabe, auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen, handelt es sich lediglich um eine Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 3 Satz 3 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 ermöglicht.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5e)

§ 7 Aufklärung, Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übermittlung der Angaben zu Leistungen und Kosten niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote soll künftig in gemeinsamen Vereinbarungen zwischen den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen im Rahmen einer elektronischen Datenübermittlung erfolgen. Die Vertragsparteien sollen sich insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich Finanzierung des Datenübermittlungsverfahrens einigen. Träger weiterer Angebote, die für die Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind, können an der Vereinbarung beteiligt werden, sofern diese Träger die Angaben zu Art, Inhalt und Umfang ihres Angebotes, Kosten und örtlicher Verfügbarkeit unentgeltlich im Wege der elektronischen Datenübermittlung in dem dafür vorgesehenen technischen Standard bereitstellen können.

B) Stellungnahme

Die Regelung erleichtert es den Anspruchsberechtigten, ihr Wahlrecht auszuüben und die Leistungen wahrzunehmen. Die damit einhergehende Überschaubarkeit der erreichbaren Angebote für pflegerische und betreuerisch bzw. entlastend ausgerichtete Hilfen kommt auch den pflegenden Angehörigen zugute.

Dass die Zusammenführung der Angaben im Rahmen einer elektronischen Datenübermittlung erfolgen soll, wird aus verwaltungsökonomischen Gründen ebenfalls begrüßt.

Damit die Angebote zur Unterstützung im Alltag mit in die Leistungs- und Preisvergleichsliste aufgenommen werden können, brauchen die Landesverbände der Pflegekassen detaillierte Informationen über die auf Landesebene anerkannten Betreuungs- und Entlastungsangeboten. Tatsächlich ist das Anerkennungsverfahren in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich verortet und ausgestaltet. Um auch über die regionalen Grenzen hinaus anerkannte Angebote vergleichen zu können, bedarf es hierzu eines bundeseinheitlichen technischen Standards und korrespondierend dazu einer Datenannahmestelle auf Bundesebene. Mit der DatenClearingStelle (DCS) gibt es bereits eine geeignete Struktur für eine bundesweite Datenannahme. Die DCS haben die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im Namen und im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen eingerichtet, um die bundesweit einheitliche Durchführung des Transparenzverfahrens sicherzustellen.

Eine finanzielle Beteiligung aus den Verwaltungsmitteln der Pflegeversicherung ist nicht sachgerecht, auch für die Bereitstellung der Informationen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen erfolgt keine Finanzierungsbeteiligung der Pflegeversicherung. Darüber hinaus ist es vom Gesetzgeber nicht konsequent, zumal die Träger weiterer Angebote die Daten im elektronischen Übermittlungsverfahren unentgeltlich bereitstellen sollen.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 4 Satz 1 sind die Wörter „einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung“ zu streichen.

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

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 7a Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, Leistungsberechtigten unverzüglich einen zuständigen Ansprechpartner für eine individuelle Beratung zu benennen. Die Durchführung der Pflegeberatung und die Inhalte sollen in einer Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt werden.

Künftig kann die Pflegeberatung auch gegenüber den pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen, sofern der Anspruchsberechtigte nach Absatz 1 dem zustimmt, und nicht nur – wie bisher – in deren Beisein, erfolgen.

Es wird klargestellt, dass Versicherte Leistungsanträge gegenüber den Pflege- bzw. Krankenkassen bei der für sie zuständigen Pflegeberaterin oder dem zuständigen Pflegeberater stellen können, die sie dann an die jeweils zuständige Bewilligungsstelle übermitteln.

Über die Zusammenarbeit in der Beratung werden Rahmenvereinbarungen auf Landesebene getroffen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig zum 30.06.2020 und nachfolgend regelmäßig alle 3 Jahre einen Bericht erstens über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c, zweitens über die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung in der Häuslichkeit von Pflegegeldempfängern nach § 37 Absatz 3 bis 8 vorzulegen. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Neuregelung, die sowohl den Pflegebedürftigen als auch den pflegenden Angehörigen zugutekommt. Insbesondere Angehörige, die Leistungsberechtigte im häuslichen Umfeld pflegen, sind auf eine umgehende und qualifizierte Beratung angewiesen, um die notwendigen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen rechtzeitig organisieren und koordinieren zu können. Die vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Richtlinien werden zu einer bundesweit einheitlichen Beratung und Erstellung von Versorgungsplänen durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen und sonstigen Beratungsstellen auf einer fachlich fundierten Grundlage beitragen.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Begriff „Pflegerberater“ um keine geschützte Berufsbezeichnung handelt. Um die Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern für alle Stellen, in denen Pflegeberatungen nach § 7a durchgeführt werden, als Qualitätsstandards verbindlich festzulegen, wird angeregt, die zu aktualisierenden Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildungen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern als Vorgaben in die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu integrieren. Die Empfehlungen sollten aufgehoben werden.

Die Vorgabe, dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen der Beratung vorzulegen, ist nachvollziehbar, da dieser Bericht eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung darstellt. Jedoch ist nicht klar, wie die Ermittlung der Wirkung der Beratung in der Häuslichkeit von Pflegegeldempfängern durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgen soll.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 3 und 4 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7)

§ 7b Beratungsgutscheine

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung gilt die 14-Tage-Frist künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen oder gegenseitig anrechenbare Leistungen zum Inhalt haben. Dies soll künftig auch bei Anträgen berufstätiger Angehöriger auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a gelten.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung verpflichtet die Pflegekassen bei sämtlichen oben aufgeführten Anträgen, einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei Wochen nach Antrags- eingang durchzuführen ist bzw. einen Beratungsgutschein auszustellen, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. Es wird begrüßt, dass in der Begründung klargestellt wird, dass diese Regelung nicht für einmalig oder ggf. auch monatlich zu stellende Anträge auf Kostenerstattung von Leistungen und Zuschüsse gilt.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9b)

§ 8 Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 8 Abs. 4 sieht vor, dass aus den Mitteln nach Absatz 3 ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 erfolgen soll.

B) Stellungnahme

Für die Finanzierung der mit der Einrichtung der Geschäftsstelle zusammenhängenden Aufgaben für den geplanten Zeitraum von fünf Jahren stehen aus dem Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 finanzielle Mittel zur Verfügung. Um eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten, sollte eine enge Koordination zur Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband gewährleistet sein. Zudem ist bei der Einrichtung der Geschäftsstelle darauf zu achten, dass diese politisch und vor allem staatlich unabhängig ist. Näheres wird unter Nr. 64 (§113b Absatz 6) erläutert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 als Einnahme zum Lebensunterhalt gilt und als Einkommen bei Sozialleistungen anzurechnen ist, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist.

B) Stellungnahme

Das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI stellt eine Lohnersatzleistung für entgangenes Arbeitsentgelt dar. Somit ist es folgerichtig, dass dieses ebenso wie andere Entgelterersatzleistungen als Einnahme zum Lebensunterhalt gilt und als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird neu definiert. Demnach sind Personen pflegebedürftig, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bei den im Gesetz abschließend festgelegten Bereichen der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und in der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den in Absatz 2 festgelegten sechs Bereichen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Die Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich. Absatz 2 hat abschließenden Regelungscharakter. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und die Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden im Rahmen der in Absatz 2 genannten Bereiche mit erfasst.

B) Stellungnahme

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich an dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit orientiert, das der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt hat, wird ausdrücklich begrüßt. Es ist richtig, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit deutlich erweitert wird. Die zu erfassenden Problemlagen umfassen künftig neben körperlichen Beeinträchtigungen auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. Anders als bisher ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht mehr geprägt von einer an den Defiziten des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise, sondern es wird das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen erkennbar gemacht und danach die Abhängigkeit von personeller Hilfe ermittelt.

Zentral für das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist, dass das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nicht mehr an dem erforderlichen zeitlichen Umfang bei den Verrichtungen des täglichen Lebens gemessen wird. Da dieser Hilfebedarf bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkommt und ausgeprägter ist als bei Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, wird der Hilfebedarf bisher ungleich erfasst. Indem der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen erfasst wird, werden körperlich und kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung künftig gleichberechtigt behandelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 15 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegebedürftigen erhalten entsprechend der Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments erfasst.

Das Begutachtungsinstrument gliedert sich in sechs Module, die die Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen entsprechend ihrer Ausprägung, Häufigkeit oder Dauer für unterschiedliche Teilbereiche erfassen. In jedem Modul wird der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörung in fünf Punktbereichen abgebildet. Jedem Punktbereich wird mittels einer modulspezifischen Gewichtung ein gewichteter Punktwert zugeordnet. Aus den gewichteten Punktwerten wird für jedes Modul eine Teilsumme gebildet. Die Teilsummen werden über die Module hinweg zu einem Gesamtpunktwert aufaddiert, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung fest, erstmals zum 01.01.2017.

Der Gesamtpunktwert wird in Intervalle gegliedert, die den Pflegegraden zugeordnet werden:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

Pflegebedürftige Kinder zwischen 0 – 18 Monaten werden bei gleichen Punktwerten regelhaft in einen höheren Pflegegrad eingestuft.

B) Stellungnahme

Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden hinsichtlich der Gliederung des neuen Bewertungsassessments in sechs Module, der modulinternen Gliederung in fünf Punktbereiche sowie der modulspezifischen Gewichtung der Modulwerte für die Zusammenführung zu einer 100er Skala übernommen. Es wird begrüßt, dass die wesentlichen Elemente zur rechtssicheren Beschreibung des neuen Begutachtungsinstruments im Gesetz und der Verordnung verankert werden. In der Verordnung sollte beschrieben werden, anhand welcher Kriterien die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte festgelegt sind.

Im Vergleich zum zweiten Expertenbeiratsbericht ist eine Modifikation der Schwellenwerte vorgesehen. Die Klassengrenzen zur Bestimmung der Pflegegrade werden wie folgt geändert:

- Die Zuordnung zum Pflegegrad 1 erfolgt bereits bei 12,5 Punkten statt bei 15 Punkten in der ursprünglichen Variante
- Der Eingangsschwellenwert zum Pflegegrad 2 wird auf 27 Punkte herabgesetzt (bisheriger Wert 30 Punkte)
- Die Grenzen für Pflegegrad 4 und 5 bleiben mit 70 bzw. 90 Punkten unverändert.

Insgesamt führt die vorgesehene Regelung zu einer Zunahme der Personen mit anerkanntem Pflegegrad und einer Verschiebung von den niedrigen Pflegegraden 1 und 2 zum Pflegegrad 3.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die pauschale Höherstufung von Kindern zwischen 0 – 18 Monaten, da somit den natürlichen Entwicklungsschwankungen von Kleinkindern Rechnung getragen wird. Zudem werden so auch häufige Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten vermieden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 16 Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur näheren Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen sowie zur Anwendung der Härtefallregelung wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Künftig werden die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte des neuen Begutachtungsassessments in einer Rechtsverordnung nach § 15 Abs. 2 geregelt. Die pflegfachliche Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes fällt unter die Richtlinien-Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes nach § 17. Die Richtlinien sind vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16a)

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes zum Erlass von Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die gesetzlichen Festlegungen zum Begutachtungsverfahren angepasst.

Die Neuregelung nimmt die im Präventionsgesetz eingeführte Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, mit der Erarbeitung der Richtlinien zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 vor Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes zu beginnen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen (§ 17a), in Abs. 1 auf und präzisiert diese.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Richtlinien-Kompetenz für den GKV-Spitzenverband an die neuen Grundlagen und Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist folgerichtig.

Der vorgezogene Beginn der Arbeiten an den Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband ist erforderlich, um die fristgerechte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten. Die Richtlinien sind inhaltlich an der neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auszurichten. Neben den Berichten des Beirats und Expertenbeirats zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind auch die Ergebnisse aus den durch den GKV-Spitzenverband wissenschaftlich begleiteten Erprobungsprojekten zum neuen Begutachtungsverfahren bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien zu berücksichtigen.

Da die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit durch Rechtsverordnung nach § 15 Abs. 2 festgelegt werden, kann auf den Hinweis in Abs. 1 „zur Höhe der Einzelpunktwerte innerhalb der Module“ verzichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16b–c)

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Abs. 1a (neu) wird eine neue Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS eingeführt, mit der einheitliche Grundsätze zu Verfahren, qualitätsgesicherter Durchführung und wesentlichen Inhalten der Pflegeberatung nach § 7a vorgegeben werden (Pflegeberatungs-Richtlinie). Die Richtlinie soll für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c (neu) unmittelbar verbindlich sein.

An den Richtlinien sind die Fachkreise zu beteiligen. Ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Neuregelung, da einheitliche Richtlinien erforderlich sind, um die Qualität der Pflegeberatung sicherzustellen und ein bundesweit einheitliches Beratungsniveau in den Pflegekassen, den Beratungsstellen nach § 7b und den Pflegestützpunkten nach § 7c (neu) zu erreichen. Die vorgesehene qualifizierte Beteiligung der Fachkreise an der Erarbeitung der Richtlinien wird begrüßt. Auf diese Weise wird nicht nur die notwendige Transparenz des Verfahrens erreicht, sondern auch die Möglichkeit geschaffen, Verbesserungen an den vorgeschlagenen Standards zu erzielen.

Um die Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern für alle Stellen, in denen Pflegeberatungen nach § 7a durchgeführt werden, verbindlich festzulegen, wird angeregt, die zu aktualisierenden Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildungen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, als feste Qualitätsstandards verbindlich festzulegen und in die Richtlinien zu integrieren.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a Satz1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a sowie zur Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die für die Pflegeberaterinnen und Pflege-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 29 von 170

berater der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Nummer 2 sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien).

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16d)

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu angefügte Absatz 3 bestimmt die Möglichkeit eines Selbsteintrittsrechtes des Bundesministeriums für Gesundheit für den Fall, dass der Erlass der in Absatz 1 vorgesehenen Begutachtungs-Richtlinien nicht fristgerecht erfolgt. Ferner wird bestimmt, dass die tragenden Gründe zum Beschluss der Begutachtungs-Richtlinien im Internet zu veröffentlichen sind.

B) Stellungnahme

Mit dem vorgezogenen Beginn der Arbeiten an den Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband, der über eine umfassende Expertise auf dem Gebiet der Richtlinienarbeit verfügt, wird unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die fristgerechte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dessen Inkrafttreten für den 01.01.2017 vorgesehen ist, vorbereitet. Das Selbsteintrittsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit ist nicht sachgerecht, da die Sorge einer nicht fristgerechten Vorlage der Richtlinien nur berechtigt wäre, sofern sich Verzögerungen im Zeitablauf durch äußere Umstände (etwa nicht fristgerechter Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens) ergeben. Die gesetzlich vorgesehene Auskunftspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit über den Entwicklungsstand der Richtlinien sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen ist hinreichend.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17a)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort „Stufe“ wird durch das Wort „Grad“ ersetzt, da die Pflegebedürftigen künftig nicht mehr in Pflegestufen sondern in Pflegegrade eingestuft werden.

Im Rahmen der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, hat der Prüfer durch eine Untersuchung des Antragstellers den Pflegegrad und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Der Hinweis auf den bisherigen § 45a und die dort enthaltene Definition erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entfällt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17b)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll geregelt sein, dass der Antragsteller bei der Begutachtung auf die besondere Bedeutung des Gutachtens, z. B. für die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, hingewiesen wird. Außerdem soll ihm das Gutachten mit dem Pflegebescheid übermittelt werden, es sei denn er widerspricht der Übersendung.

B) Stellungnahme

Durch die umfassende Berücksichtigung aller für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien kann das Gutachten sowohl im Rahmen der Pflegeberatung als auch bei der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans einen wichtigen Beitrag leisten. Es ist daher nachvollziehbar, dass der Antragsteller bereits bei der Begutachtung auf dessen Bedeutung für die Planung und Gestaltung der Versorgung sowie sein Recht auf Erhalt des Gutachtens hingewiesen werden soll. Um die Entbürokratisierung im Blick zu behalten und die Verwaltungskosten möglichst gering zu halten, sollte eine Übersendung des Gutachtens jedoch nur auf ausdrücklichen Wunsch des Antragstellers erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 9 wie folgt gefasst:

„Ihm wird mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt, sofern er dies wünscht.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17c)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass sich die Einschränkung hinsichtlich der Strafzahlung bei Nichteinhaltung der Fünf-Wochen-Frist (Satz 1) auf Antragsteller in vollstationärer Pflege bezieht, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 2) – bisher mindestens Pflegestufe I – anerkannt ist.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung und eine Folgeänderung zur Änderung der Definition von Pflegebedürftigkeit und der Einführung von Pflegegraden. Jedoch sollte die Einschränkung analog der bisherigen Vorschrift für Antragsteller in vollstationärer Pflege, bei denen „mindestens“ Pflegegrad 2 anerkannt ist, gelten. Denn auch Antragstellern, bei denen höhere Pflegegrade anerkannt sind, entstehen durch die Verzögerung keine Nachteile, da sie in den vollstationären Pflegeeinrichtungen unabhängig vom Pflegegrad umfassend gepflegt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in Absatz 3b Satz 2 sollte lauten: „mindestens eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (mindestens Pflegegrad 2)“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17d)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Begutachtung sind zwei weitere Bereiche als Module zu erfassen, die Aspekte der Hilfebedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen beinhalten: außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Die Erfassung erfolgt, um mit diesen Informationen eine umfassende Beratung und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie eine individuelle Pflege- und Hilfeplanung und eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung zu ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband wird ermächtigt, die hier beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten in den Begutachtungs-Richtlinien pflegefachlich zu konkretisieren.

B) Stellungnahme

Die Module „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ werden zwar bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt. Dennoch sind die in diesen beiden Bereichen ermittelten Hilfebedarfe von großer Bedeutung für die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbstständigkeit, insbesondere auch bei Hilfebedürftigen, die sich in einer Vorstufe zur Pflegebedürftigkeit befinden. Die im Rahmen der Begutachtung erhobenen Informationen können für die individuelle Pflegeplanung herangezogen werden. Sie sind deshalb als inhaltliche Bestandteile der Begutachtung zu behandeln. Die pflegefachliche Konkretisierung in den Begutachtungs-Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17e)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um die gesetzliche Verpflichtung, Feststellungen zu Rehabilitationsbedarfen im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens, zu treffen.

B) Stellungnahme

Zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ soll mit dem neuen Begutachtungsinstrument zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit auch ein bestehender Rehabilitationsbedarf der Antragsteller besser erkannt werden. Darüber hinaus ist Grundlage eines bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens auch die regelmäßige Schulung der Gutachter, z. B. in Form von Fallbesprechungen zur einheitlichen Anwendung von Reha-Indikationskriterien, die als Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation vorliegen müssen. Als Ergebnis eines Projekts des GKV-Spitzenverbandes zur „Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK“ wird die optimierte Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung der MDK seit Juli 2014 umgesetzt. Ein besonderer Schwerpunkt stellt dabei, neben der angepassten Ausfüllanleitung zur Rehabilitationsempfehlung, eine professionsübergreifende standardisierte Schulung der Pflege-Gutachter und ärztlichen Gutachter dar. Insoweit handelt es sich bei der Neuregelung um eine Klarstellung des bereits in der Praxis umgesetzten Ziels.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17f)

§ 18 Absatz 6a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, die bereits jetzt Bestandteil des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter sind, sollen künftig bei Zustimmung des Versicherten bzw. seines/seiner Betreuer/in oder Bevollmächtigten als Antrag auf Leistungsgewährung bei der Pflegekasse gelten. Das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 SGB V oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI soll künftig als vermutet gelten.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird grundsätzlich unterstützt, da sie für alle Beteiligten eine erhebliche Erleichterung darstellt und zur Entbürokratisierung des Verfahrens zwischen Pflegekassen, MDK und Versicherten beiträgt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann es sich allerdings nur um solche Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel handeln, die zur Sicherstellung der Pflege erforderlich sind. Originäre Hilfsmittel der Krankenversicherung, wie beispielsweise Beinprothesen oder Orthesen, sind insbesondere aufgrund der abweichenden Versorgungsvoraussetzungen, wie beispielsweise die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung, davon auszunehmen. Die Notwendigkeitsvermutung soll sich infolge der Klarstellung, dass es sich um Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel handelt, die den Zielen nach § 40 SGB XI dienen, auf die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI beschränken.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die bestehende Berichtspflicht über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert. Darüber hinaus wird die Anwendung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zum verpflichtenden Gegenstand der Berichterstattung gemacht.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Berichtspflicht der Pflegekassen um drei Jahre ist insbesondere vor dem Hintergrund der Veränderungen im Begutachtungsverfahren, die sich auch auf das verbesserte Erkennen von Rehabilitationsbedarfen erstrecken, nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 regelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit ein Begleitgremium einrichtet, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt.

Absatz 2 regelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl für die Vorbereitung als auch für die Umsetzung der Umstellung auf den neuen Begriff und das neue Begutachtungsverfahren durchführen lässt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens stellt eine große Herausforderung dar, die ein enges Zusammenwirken aller Beteiligten erforderlich macht.

Mit den Regelungen in Absatz 1 und Absatz 2 wird die Anregung des Expertenbeirats aufgegriffen, Vorsorge für eine nachhaltige Begleitung des Gesamtprozesses zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 19 Satz 2 Begriff der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung der Vorschrift erhält eine Pflegeperson grds. nur dann Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI (insbesondere Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung), wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt.

B) Stellungnahme

Da mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Einstufung in einen Pflegegrad keine Pflegezeiten mehr festgestellt werden, können die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nicht mehr an einen wöchentlichen Zeitaufwand (bisher: wenigstens 14 Stunden) anknüpfen. Zukünftig reicht eine regelmäßige Pflege an mindestens zwei Tagen in der Woche für einen Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherung aus. In der Begründung wird in diesem Zusammenhang von einer „maßvollen Mindestanforderung“ gesprochen.

Um künftig auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Zeitumfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits zu einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt, muss die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeumfang mindestens 30 Prozent umfassen (§ 44 Abs. 1 SGB XI).

Grundsätzlich ist die Zielsetzung eines – gegenüber dem derzeit geltenden Regelungsrahmen – niedrighschwelligen Zugangs zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen zu begrüßen. Allerdings bedarf dies weiterer Konkretisierungen.

Auf weitere Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 37 (§ 44 SGB XI) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Abweichend von diesem Grundsatz erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Anspruch auf Beratungsleistungen nach §§ 7a und 7b sowie nach § 37 Abs. 3 in der eigenen Häuslichkeit. Zudem besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und auf finanzielle Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Leben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in ambulant betreuten Wohngruppen, erhalten sie einen pauschalen Wohngruppenschlag nach § 38a. Leben sie hingegen in einer vollstationären Einrichtung, besteht ein Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Zudem besteht ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag nach § 45b in Höhe von 125 Euro, der flexibel im Wege der Kostenerstattung beispielsweise für Leistungen der Kurzzeitpflege, der Tages- oder Nachtpflege oder für nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (vgl. § 45a) eingesetzt werden kann. Für die Angehörigen oder ehrenamtliche Pflegepersonen besteht ein Anspruch auf Pflegekurse nach § 45.

Über die in § 28a genannten Leistungen hinaus finden die sonstigen Regelungen des SGB XI grundsätzlich Anwendung. So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation oder die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ebenfalls für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B) Stellungnahme

Die Gewährung eines Leistungsanspruchs für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird begrüßt. Damit wird den Empfehlungen sowohl des Beirates 2009 und des Expertenbeirates aus 2013 entsprochen. Bei diesem Personenkreis liegt eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit vor, die vorrangig im somatischen Bereich liegen wird. Zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit sind entsprechende Hilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen des Hauses und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich. Darüber hinaus sind insbesondere beratende und edukative Unterstützungsangebote, niedrigschwellige Unterstützungs- und Entlastungsangebote und hauswirtschaftliche Hilfen von Bedeutung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 41 von 170

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung erfolgt im Jahr 2020.

B) Stellungnahme

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung sollte unmittelbar in zeitlicher Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stattfinden. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar und praktikabel, dass die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung und ggf. vorzunehmende Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt integriert wird. Jedoch lässt sich nicht nachvollziehen, in welcher Höhe eine Dynamisierung der Leistungsbeträge erfolgt. Insbesondere die ambulanten Leistungsbeträge entsprechen, mit Ausnahme des Pflegegeldes für Pflegegrad 5, den heutigen erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Zwar erhalten Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 Leistungen nach dem SGB XI bezogen haben, durch den Stufensprung in höhere Pflegegrade und durch den Besitzstandsschutz in der Regel ab 01.01.2017 höhere Leistungsbeträge. Jedoch ist nicht erkennbar, dass die Leistungsbeträge aufgrund einer nach § 30 durchgeführten Prüfung dynamisiert werden. Es ist daher transparent und nachvollziehbar darzustellen, in welcher Höhe die Dynamisierung erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 36 Pflegesachleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei häuslicher Pflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe. Diese umfasst als Pflegesachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Die pflegerischen Maßnahmen beziehen sich auf die in § 14 Abs. 2 genannten Bereiche. Es wird klargestellt, dass die häusliche Pflegehilfe erbracht wird, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen oder Fähigkeitsstörungen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Ausgeschlossen sind Hilfen beispielsweise in den Bereichen Kindergarten, Ausbildung, Beruf. Werden pflegerische Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach SGB XII durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe erbracht, sind die Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig.

In den Leistungsumfang der Pflegesachleistungen ist das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 integriert worden. Zu den einzelnen Pflegegraden sind die jeweiligen Leistungsbeträge festgelegt.

Wie bisher besteht der Anspruch auf Pflegesachleistung auch außerhalb des eigenen Haushalts des Pflegebedürftigen. Jedoch darf es sich nicht um eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung nach § 71 Abs. 4 handeln. Die Regelungen zur Leistungserbringung bleiben unverändert bestehen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass mit der Neuregelung des § 36 die Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 umgesetzt wird.

Die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe korrespondiert mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Durch die Verknüpfung des Umfangs der pflegerischen Maßnahmen mit den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen werden die Leistungsinhalte der häuslichen Pflegehilfe mit dem veränderten Verständnis von Pflegebedürftigkeit angepasst und künftig auch die Aspekte von Pflegebedürftigkeit erfasst, die bisher nicht erhoben wurden. Indem die pflegerische Betreuungsmaßnahme neben die körperbezogene Pflegemaßnahme in die häusliche Pflegehilfe aufgenommen wird, wird der Zielsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rechnung getragen, somatisch, kognitiven und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen ei-

nen gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen. Dies insbesondere dadurch, dass – anders als bisher – die Betreuungsmaßnahmen den körperbezogenen Maßnahmen als gleichwertige Leistung gleichgestellt werden. Die Pflegebedürftigen können entsprechend ihren unterschiedlichen Bedürfnissen aus allen drei Leistungsbereichen flexibel und bedarfsgerecht wählen. Dem veränderten Verständnis von Pflegebedürftigkeit wird somit Rechnung getragen.

Zwar ist die Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Haushaltsführung nicht unmittelbar für die Beurteilung des Pflegegrades relevant. Jedoch werden in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, erfasst. Es ist daher folgerichtig, dass die Pflegesachleistungen dementsprechend ebenso Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen.

Durch die Aufnahme insbesondere von kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überschneiden sich künftig in weitaus größerem Umfang die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe mit den Leistungen der Eingliederungshilfe. Damit durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine Verschiebung der Leistungen der Eingliederungshilfe zulasten der Pflegekassen erfolgt, bedarf es der in Absatz 3 vorgesehenen Regelungen, dass die Leistungen der Pflegekasse nachrangig gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe sind. Hiervon müssen auch die Leistungen der in Absatz 3 genannten Bereiche erfasst sein.

Die Höhe der Leistungsbeträge ist insofern nachvollziehbar als das der Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 gefolgt wurde und die Spreizung der Sach- und Geldleistungsbeträge zueinander nahezu identisch ist. Allerdings ist pflegfachlich die Spreizung der jeweiligen Sachleistungsbeträge zueinander nicht nachvollziehbar. Das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 wird in den § 36 integriert. Die Leistungsbeträge entsprechen der bisherigen erhöhten Leistungsbeträge für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. in Pflegegrad 5 dem bisherigen Härtefall.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28a) bis b)

§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des festgestellten Pflegegrades, wenn die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sichergestellt werden. Die Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegegrade entsprechen mit Ausnahme des Pflegegrades 5 den erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz des bisherigen § 123 SGB XI.

Nach Absatz 2 wird das bisher bezogene Pflegegeld während einer Verhinderungspflege nach § 39, statt wie bisher für die Dauer von vier Wochen, nunmehr für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach § 42, statt wie bisher für vier Wochen, nunmehr für bis zu acht Wochen zur Hälfte fortgezahlt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen des Absatzes 1 sind Folgeänderungen, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben. Aufgrund der Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe i. S. d. § 36 wird an diese angeknüpft und aufgrund der Systematik des Pflegegeldes inhaltlich nachvollzogen.

Die Höhe der Leistungsbeträge ist insofern nachvollziehbar als das der Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 gefolgt wurde und die Spreizung der Sach- und Geldleistungsbeträge zueinander nahezu identisch ist. Allerdings ist pflegfachlich die Spreizung der einzelnen Geldleistungsbeträge zueinander nicht nachvollziehbar. Das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 wird in den § 37 integriert. Die Leistungsbeträge entsprechen den bisherigen erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Die Erweiterung der Leistungsdauer zur Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege nach § 39 und einer Kurzzeitpflege nach § 42 wird grundsätzlich begrüßt und entspricht der Forderung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetzes. Hierdurch wird die Leistungsdauer der Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes an die durch das Erste Pflegestärkungsgesetz ausgeweitete Leistungsdauer der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angepasst. Dies stellt eine Leistungsverbesserung für den Pflegebedürftigen und seiner pfle-

genden Angehörigen dar. Zugleich wird die Inanspruchnahme für den Pflegebedürftigen vereinfacht und transparenter. Die Ausweitung der Leistungsdauer stärkt den Grundsatz ambulant vor stationär.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten die beiden Leistungsarten zu einer Gesamtleistung zusammengefasst werden. Es wird insoweit auf die Stellungnahme zu § 39 und § 42 verwiesen. Dementsprechend bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

C) Änderungsvorschlag

Es ist klarzustellen, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während einer aus der Verhinderungspflege nach § 39 und einer aus § 42 zusammengefassten Gesamtleistung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28c) bis e)

§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 3 haben bei Bezug des Pflegegeldes nach Absatz 1 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 halbjährlich und Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich einmal einen Beratungseinsatz in der Häuslichkeit nachzuweisen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Die Vergütungen für die Beratungseinsätze werden erhöht und betragen in den Pflegegraden 1 bis 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. An der inhaltlichen Ausgestaltung des Beratungseinsatzes wird grundsätzlich unverändert festgehalten. Ebenso bleiben die bisherigen Beratungsinstitutionen unverändert. Jedoch haben die durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Beratungsstellen künftig einen Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz nachzuweisen.

Nach Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b bis zum 01.01.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Für eine Anschlussvereinbarung gilt nach Aufforderung durch eine Partei oder durch das Bundesgesundheitsministerium eine Frist von sechs Monaten.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass in Absatz 3 die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 hinsichtlich des Beratungsturnus umgesetzt werden. Auch weiterhin muss bei Pflegegeldbeziehern sichergestellt werden, dass bei ihnen ein Beratungseinsatz in deren Häuslichkeit erfolgt, um die Qualität der selbst sichergestellten Pflege durch individuelle Beratungen zu gewährleisten.

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

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber in Absatz 5 nunmehr eine Verpflichtung der beteiligten Organisationen regelt, eine Empfehlung zu vereinbaren. Die bisherige Regelung führte mangels Konfliktlösungsmechanismus zu keiner Einigung. Die Empfehlung durch den neu zu schaffenden Qualitätsausschuss nach § 113b entscheiden zu lassen, entspricht der richtigen Idee der Effizienzsteigerung der Entscheidungsstruktur. Grundsätzlich ist jedoch zu bedenken, dass die in der bisherigen Fassung des Absatzes 5 Beteiligten nicht mehr dieselben sind, wie im künftigen Qualitätsausschuss. Aus gutem Grund waren bisher weder die Trägerverbände von stationären Einrichtungen, noch die Vertreter der Sozialhilfeträger beteiligt, da diese keine Umsetzungsverantwortung an den Beratungsbesuchen tragen. Es wird als kritisch beurteilt, wenn diese durch die neuen Vorschriften nun an der Abstimmung beteiligt sind. Aufgrund dessen wird die Aufnahme in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses grundsätzlich begrüßt, jedoch in § 113b Absatz 7 eine Erweiterung befürwortet, die besagt, dass in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Regelungen zur Beschlussfassung getroffen werden müssen, die lediglich einen Teilsektor betreffen. Näheres ist unter Nummer 64 beschrieben.

Die zeitliche Fristsetzung einer Anschlussvereinbarung von sechs Monaten nach Verhandlungsaufforderung einer Partei wird befürwortet, um das Zustandekommen der Empfehlungen zu beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

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

Der § 113b Absatz 7 sollte angepasst werden. Näheres dazu unter Nummer 64.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 38 Kombination von Geldleistungen und Sachleistung (Kombinationsleistung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das anteilige Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgezahlt.

Bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen bedarf es keiner Berücksichtigung mehr des Härtefalls beim Bezug von Pflegesachleistungen.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Leistungsdauer zur Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege nach § 39 und einer Kurzzeitpflege nach § 42 wird grundsätzlich begrüßt und entspricht der Forderung des GKV–Spitzenverbandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetzes. Hierdurch wird die Leistungsdauer der Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes an die durch das Erste Pflegestärkungsgesetz ausgeweitete Leistungsdauer der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angepasst. Dies stellt eine Leistungsverbesserung für den Pflegebedürftigen und seiner pflegenden Angehörigen dar. Zugleich wird die Inanspruchnahme für den Pflegebedürftigen vereinfacht und transparenter. Die Ausweitung der Leistungsdauer stärkt den Grundsatz ambulant vor stationär.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten die beiden Leistungsarten zu einer Gesamtleistung zusammengefasst werden. Es wird insoweit auf die Stellungnahme zu § 39 und § 42 verwiesen. Dementsprechend bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

C) Änderungsvorschlag

Es ist klarzustellen, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während einer aus der Verhinderungspflege nach § 39 und einer aus § 42 zusammengefassten Gesamtleistung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wohngruppenzuschlag wird auf 214 Euro erhöht. Es wird deutlicher als bisher zum Ausdruck gebracht, dass Wohngruppen nicht als solche i. S. d. § 38a anerkannt werden können, in denen nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter der Wohngruppe oder einem Dritten zugleich Leistungen angeboten werden können, die insgesamt weitestgehend dem Umfang vollstationärer Pflege entsprechen.

Ein Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 besteht neben dem Wohngruppenzuschlag nur, wenn durch eine Prüfung des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung der zuständigen Pflegekasse gegenüber nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulanten betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Leistungen nicht sichergestellt ist.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass die bereits durch das Erste Pflegestärkungsgesetz geänderte Regelung nochmals in dem Sinne verstärkt wird, dass eine ambulant betreute Wohngruppe als solche nicht anerkannt werden kann, wenn nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter oder einem Dritten Leistungen angeboten werden, die weitestgehend dem Umfang nach einer vollstationären Pflege entsprechen.

Grundsätzlich wird begrüßt, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 ausgeschlossen sind, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nachweisen kann, dass in der ambulant betreuten Wohngruppe Leistungen mit Angeboten der teilstationären Pflege verknüpft werden, die nicht dem Zweck des Wohngruppenzuschlags entsprechen. Allerdings ist sicherzustellen, dass dies nicht zu einer grundsätzlichen Einschränkung der Wahlmöglichkeit des Pflegebedürftigen führt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einen Anspruch auf Verhinderungspflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Die bisherige Höhe der Leistungsbeträge und der Leistungsdauer sowie die Möglichkeit der Umwidmung des nicht verwendeten Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege nach § 42 in Höhe von bis 806 Euro bleiben bestehen. Anders als bisher kann der Umwidmungsbetrag nunmehr auch in Anspruch genommen werden, wenn die Verhinderungspflege von Ersatzpflegepersonen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. In diesem Fall sind die Aufwendungen grundsätzlich auf die Höhe des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen beschränkt. Bei höheren nachgewiesenen Aufwendungen erhöht sich der Leistungsbetrag auf insgesamt bis zu 1.612 Euro bzw. auf bis zu 2.418 Euro.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 in Höhe von bis zu 806 Euro nunmehr auch für die Verhinderungspflege verwendet werden können, wenn diese durch Ersatzpflegepersonen erbracht werden, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, unabhängig davon, ob die Verhinderungspflege erwerbsmäßig erbracht wird. Damit wird die Verhinderungspflege noch flexibler als bisher gestaltet. Eine Benachteiligung der Pflegebedürftigen, die ausschließlich die Verhinderungspflege durch Angehörige in Anspruch nehmen entfällt insofern, als dass sie ebenfalls den Leistungsumfang der Verhinderungspflege erhöhen können.

Wie bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetz vorgebracht, erscheint es jedoch nicht sachgerecht, dass die Leistungen der Kurzzeitpflege nicht zu 100 vom Hundert für die Leistungen der Verhinderungspflege eingesetzt werden können, wie es umgekehrt der Fall ist. Anspruchsberechtigten, die eine längere Verhinderungspflege ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer vollstationären Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen wollen oder müssen, steht im Vergleich zu Anspruchsberechtigten, die einen längeren Zeitraum in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden, ein geringerer Leistungsumfang zur Verfügung. Die Leistungen der Verhinderungspflege können somit nur

bedingt flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden. Die geplante Neuregelung ist für den Anspruchsberechtigten unübersichtlich und nicht nachvollziehbar.

Für eine flexible und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen in Krisensituationen sollten die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einer einzigen Leistung zusammengelegt werden. Hierdurch entfallen die bisherigen Ausnahme- und Anrechnungsregelungen, wodurch die Leistungsgestaltung für die Versicherten transparenter und einfacher wird. Durch die Zusammenfassung der Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege kann der Versicherte eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung entscheiden. Insbesondere stehen Anspruchsberechtigte, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden müssen, zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten.

Die vorgeschriebene Wartezeit von sechs Monaten, in der die Pflegeperson den Anspruchsberechtigten in der häuslichen Umgebung gepflegt haben muss, stellt ein weiteres Hindernis zur Inanspruchnahme der Leistungen dar. Der Bedarf einer Verhinderungspflege kann bereits kurz nach der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz auftreten. In der Regel geht dem Zeitpunkt der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bereits eine Betreuung des Anspruchsberechtigten voraus. Deshalb ist die Wartezeit zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege werden unter Wegfall einer Vorpflegezeit zu einer Leistung zusammengefasst. Die Leistungshöhe beträgt bis zu 3.224 Euro und kann bis zu 56 Tage je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

In Absatz 1 Satz 1 ist das Wort „sechs“ durch „acht“ zu ersetzen.

In Absatz 1 Satz 2 sind nach den Wörtern „in Pflegegrad 2 eingestuft sind“ ein Punkt zu setzen und die Wörter „und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat“ zu streichen.

In Absatz 1 ist der Satz 3 zu streichen.

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 53 von 170

„Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 besteht in Höhe von bis zu 1.612 Euro und kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 auf insgesamt 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Leistungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“

In Absatz 3 Satz 4 sind die Wörter „nach Absatz 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach Absatz 2“ zu ersetzen“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind die jeweiligen Leistungshöchstbeträge geregelt. Die Leistungsbeträge entsprechen der Höhe nach dem bisherigen erhöhten Leistungsanspruch von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Zudem wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

B) Stellungnahme

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt. Dies gilt gleichermaßen für die Neueinführung von Pflegegraden. Die Gestaltung der Leistungsbeträge entspricht der bisherigen Systematik, nach der die Leistungsbeträge denen der Pflegesachleistung nach § 36 entsprechen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 42 Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einen Anspruch auf Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Die bisherige Höhe der Leistungsbeträge und die Möglichkeit der Umwidmung des nicht verwendeten Leistungsbetrages der Verhinderungspflege nach § 39 in Höhe von bis zu 1.612 Euro bleiben bestehen. Jedoch wird die Leistungsdauer generell auf acht Wochen je Kalenderjahr erhöht, unabhängig davon, ob die nicht verwendeten Mittel der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Zudem wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

B) Stellungnahme

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt.

Die generelle Ausweitung der Leistungshöchstdauer von bis zu acht Wochen stellt eine Vereinfachung der Anwendung der Regelung dar und ist für den Versicherten transparenter und verständlicher.

Für eine flexible und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen in Krisensituationen sollten die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einer einzigen Leistung zusammengelegt werden. Hierdurch entfallen die bisherigen Ausnahme- und Anrechnungsregelungen, wodurch die Leistungsgestaltung für die Versicherten transparenter und einfacher wird. Durch die Zusammenfassung der Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege kann der Versicherte eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung entscheiden. Insbesondere stehen Anspruchsberechtigte, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden müssen, zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 56 von 170

C) Änderungsvorschlag

Die Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege werden zu einer Leistung zusammengefasst. Die Leistungshöhe beträgt bis zu 3.224 Euro und kann bis zu 56 Tage je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 43 Inhalt der Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einen Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Für die Pflegegrade 2 bis 5 werden die jeweiligen Leistungsbeträge geregelt. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Wie bisher erhalten Pflegebedürftige bei nicht notwendiger vollstationärer Pflege einen Zuschuss zu den in der vollstationären Pflege vorgesehenen Aufwendungen. Anders als bisher beträgt dieser Zuschuss nicht den Leistungsbetrag der Pflegesachleistung nach § 36 für die jeweilige Pflegestufe, sondern 80 von Hundert des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Leistungsbetrags. Der vorgesehene einheitliche Eigenanteil erhöht sich entsprechend. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten 80 von Hundert von 125 Euro.

Es wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

B) Stellungnahme

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt.

Im vollstationären Bereich entlastet die Pflegeversicherung im Rahmen ihrer Leistungsbeträge die Pflegebedürftigen von ihren pflegebedingten Aufwendungen. Die Leistungsbeträge werden künftig so gestaffelt, dass sie zusammen mit einem in Pflegegrad 2 bis 5 gleich hohen Eigenanteil im Durchschnitt den, in der vom GKV-Spitzenverband beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. In den Pfleegeraden 2 und 3 werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung künftig unter dem bisherigen Leistungsniveau der Pflegestufen I und II liegen. Auch im ambulanten Bereich liegen die Pflegesachleistungen im Pflegegrad 3 mit 1.298 Euro über dem Leistungsbetrag für Pflegegrad 3 im stationären Bereich von 1.262 Euro. Allerdings gilt auch hier der Grundsatz, dass die Leistungsberechtigten, die vor der Systemumstellung Leistungen bezogen haben, nach der Umstellung keinen geringeren Leistungsanspruch haben. Insgesamt unterstreicht das Verhältnis der Leistungshöhen

den vom Expertenbeirat formulierten Vorrang und die Unterstützung der ambulant-häuslichen Versorgung gegenüber der vollstationären Versorgung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegebedürftigen liefert diesen sowie den gegebenenfalls zuständigen Sozialhilfeträgern die notwendige finanzielle Sicherheit im Falle der Einstufungen in höhere Pflegegrade. Während bei der Gesamtberechnung der Kosten für einen Pflegeheimplatz die anteiligen Kosten für die hohen Pflegegrade sinken werden, erfolgt diese Entlastung zu Lasten der niedrigen Pflegegrade, bei denen sich der anteilige Anteil erhöhen wird.

Hinsichtlich der Gewährung eines Zuschusses für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in Höhe von 125 Euro ist dies insoweit folgerichtig, dass dieser Personenkreis nach § 28a einen entsprechenden Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in gleicher Höhe hat, der vergleichbar für körperbezogene Pflegemaßnahmen als auch für pflegerische Betreuungsmaßnahmen verwendet werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 43b Inhalt der Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in stationären Einrichtungen erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre Pflegekasse.

B) Stellungnahme

Mit der Einführung eines individuellen Rechtsanspruchs des Pflegebedürftigen werden die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 umgesetzt. 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 in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 zu integrieren. Jedoch soll die zusätzliche Aktivierung und Betreuung auch tatsächlich stattfinden. Mit der Schaffung eines individuellen Rechtsanspruchs des Pflegebedürftigen wird dieser Forderung Nachdruck verliehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37a), d) und e)

§ 44 Absatz 1, 3 und 5 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen entrichten künftig für pflegebedürftige Angehörige im Sinne des § 19 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen und in den Fällen der Mehrfachpflege die Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst. Pflegt die Pflegeperson noch weitere Pflegebedürftige (Additionspflege), sind Beiträge nach der gleichen Systematik zu entrichten, wenn sich die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozent summieren.

Dabei gilt auch weiterhin, dass Beiträge zur Rentenversicherung nicht entrichtet werden, wenn die Pflegeperson eine Vollrente wegen Alters bezieht oder eine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden in der Woche ausübt.

Die Regelung in Buchstabe d) ist rein redaktioneller Natur.

Mit der Neuregelung in Buchstabe e) haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Beihilfestellen nicht mehr nur bei der Feststellung der Beitragspflicht, sondern auch bei Änderungen in den Verhältnissen (die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge zur Rentenversicherung haben können) unter Angabe der erforderlichen Daten zu benachrichtigen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen in den Buchstaben a) und d) sind vor dem Hintergrund der Neuausrichtung in § 19 SGB XI folgerichtig und grundsätzlich sachlogisch.

Im Zusammenhang mit der neuen 30-Prozent-Regelung bleiben allerdings laut Begründung die Anteile gewerblicher Anbieter an der Pflege hierbei unberücksichtigt. Insbesondere in den Fällen, in denen die pflegebedürftige Person Pflegesachleistungen bezieht, ist es denkbar, dass sich der pflegerische Aufwand der Pflegeperson ausschließlich auf Hilfen bei der Haushaltsführung beschränkt, während körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch gewerbliche Anbieter durchgeführt werden. Sofern Hilfen in der Haushaltsführung (beispielsweise einkaufen gehen, putzen, vorlesen etc.) regelmäßig an zwei Tagen in der Woche und noch dazu in einem Umfang von nur wenigen Stunden geleistet werden, könnte dies bereits zu einer Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung führen. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass die Geringfügigkeitsgrenze nach § 5

Abs. 2 Satz 3 SGB VI abgeschafft werden soll. Ein derartig niedrigschwelliger Zugang zur gesetzlichen Rentenversicherung erscheint fragwürdig.

Zudem erscheint es inkonsistent, dass einerseits kein Gesamtpflegeaufwand mehr festgestellt werden soll (vgl. Artikel 1 Nr. 20, § 19 SGB XI), andererseits für die Bestimmung des prozentualen Pflegeanteils der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Mehrfach- und Additionspflege es nicht zu umgehen ist, die Pflegeaufwände zeitlich festzustellen.

Die Ergänzung der Mitteilungspflichten nach Buchstabe e) kann grundsätzlich geeignet sein, um bei der Beteiligung einer Beihilfestelle eine rechtzeitige Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen bzw. eine rechtzeitige Änderung der Beitragszahlung durch die Beihilfestellen zu erreichen.

In § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI fehlt in der Aufzählung der Pflegegrade der Pflegegrad 4.

C) Änderungsvorschlag

In § 44 Absatz 1 Satz 1 SGB XI ist der Pflegegrad „4“ aufzunehmen.

In der Begründung wird ausdrücklich klargestellt, dass im Zusammenhang mit dem 30-prozentigen Mindestpflegeaufwand der Pflegeperson sowohl gewerbliche Pflegeanbieter als auch nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen in den Gesamtpflegeaufwand einzubeziehen sind.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegeunterstützungsgeld stellt eine Entgeltersatzleistung dar, deren Bezug bestimmte versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen in der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung nach sich zieht. Die Beiträge werden – ausgenommen der Zusatzbeitrag – grundsätzlich hälftig von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen (bei einem Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Beihilfe anteilig von der Beihilfestelle) und dem Bezieher der Leistung getragen. Zu zahlen sind die Beiträge vom Leistungsträger an die jeweilige Krankenkasse, den jeweiligen Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit.

Mit dem ergänzenden Halbsatz in § 44a Abs. 3 Satz 4 SGB XI, der Auszahlungsbetrag (des Pflegeunterstützungsgeldes) vermindere sich um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen, soll klargestellt werden, dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie gegebenenfalls die Beihilfestelle den jeweiligen Beitragsanteil des Leistungsbeziehers bei der Auszahlung mit dem Pflegeunterstützungsgeld verrechnen können.

B) Stellungnahme

Die Berechtigung der das Pflegegeld zahlenden Stelle, den Beitragsanteil des Leistungsbeziehers bei der Auszahlung des Pflegeunterstützungsgeldes einzubehalten und einen insoweit geringeren Betrag auszuführen, ergibt sich bisher aus der Kombination der Vorschriften im SGB III, SGB V und SGB VI zur Tragung und Zahlung der Beiträge. Diese Systematik gilt ebenso für andere Entgeltersatzleistungen, bei denen der Bezieher der Leistung an der Tragung der Beiträge beteiligt ist (z. B. Krankengeld, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Verletzten-geld). Eine Klarstellung, wie sie jetzt für das Pflegeunterstützungsgeld beabsichtigt ist, fehlt bisher für diese anderen Entgeltersatzleistungen; die vergleichbare Regelung des § 28g Satz 1 SGB IV gilt hierfür nicht.

Allein aus der Begründung und ohne entsprechende Hintergrundinformationen erschließt sich nicht, aus welchen Gründen eine derartige – an sich zu begrüßende – Klarstellung für das Pflegeunterstützungsgeld für sinnvoll oder notwendig erachtet wird. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass beim Pflegeunterstützungsgeld die Person, aus deren Versicherung die Leistung gewährt wird, und die Person, der die Leistung bezieht, nicht identisch sind

und nicht nur die Pflegekassen, sondern auch private Versicherungsunternehmen und Beihilfestellen betroffen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

In der Begründung sollte jedoch deutlich gemacht werden, warum es einer derartigen Aussage im Gegensatz zu anderen Entgeltersatzleistungen bedarf.

Um Irritationen zu vermeiden, sollte zudem in der Begründung die Aussage, die jeweiligen Leistungsträger würden den gesamten Sozialversicherungsbeitrag an die zuständige Einzugsstelle zahlen, vermieden oder geändert werden. Die Beiträge sind nämlich direkt an den jeweils zuständigen Versicherungsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Bundesagentur für Arbeit) zu zahlen. Eine zentrale Einzugsstelle existiert nicht.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen haben Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nunmehr verpflichtend durchzuführen. Der Zugang zu Einzelschulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen wird erleichtert.

B) Stellungnahme

Das Angebot an Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen ist bereits ein bestehendes Leistungsangebot der Pflegekassen. Durch die verpflichtende Durchführung entsprechender Pflegekurse wird die Wichtigkeit betont, die Pflegepersonen in der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Personen zu unterstützen. Hiervon profitieren sowohl die Pflegepersonen als auch der Pflegebedürftige selbst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 45c Abs. 3 und 3a erfolgten Definitionen von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten werden nunmehr in § 45a Abs. 1 und 2 zusammengefasst und neu gegliedert. Zum besseren Verständnis für die Versicherten werden die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote unter dem Oberbegriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Entsprechend der jeweiligen Ausrichtung der Angebote kann es sich dann folglich um Betreuungsangebote oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Diese Angebote sind nunmehr in Absatz 1 näher ausgestaltet.

Wie bisher basieren die Angebote auf einem Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots und entsprechender Schulungs- und Fortbildungsangebote der Helfer enthält. Künftig ist dieses Konzept um eine Übersicht der angebotenen Leistungen und deren Kostenhöhe sowie um die Angaben zur zielgruppen- und -tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden zu ergänzen.

Die Anerkennung der Angebote erfolgt wie bisher durch die Länder, welchen nunmehr auch die Ermächtigung zur Abfrage der angebotenen Leistungen einschließlich deren Kosten eingeräumt wird.

Ebenfalls bleibt die Möglichkeit der Umwidmung von bis zu 40 vom Hundert des Pflegesachleistungsbetrages für die Angebote zur Unterstützung im Alltag bestehen und wird als „Umwandlungsanspruch“ benannt.

B) Stellungnahme

Die Beibehaltung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird begrüßt und entspricht auch den Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013. Auch ist die Neugliederung der Regelungen zu den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten in § 45a übersichtlicher und für den Versicherten verständlicher. Insbesondere wird durch die Aufnahme der Regelung des Umwandlungsbetrages in § 45a deutlich klargestellt, dass der Umwandlungsbetrag ausschließlich für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden kann und gleichrangig neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b besteht.

Die in Absatz 2 vorgesehene Ergänzung des Konzeptes um die Übersicht über die jeweiligen angebotenen Leistungen des Angebotes und deren Kosten sowie zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zum Vorhandensein von grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen wird begrüßt. Hierdurch wird für den Versicherten und seine Angehörigen eine Transparenz und Übersicht zu den Unterstützungsangeboten geschaffen. Der Versicherte wird in seinem Wahlrecht nach § 2 gestärkt. Zugleich ist diese Regelung erforderlich, damit den Pflegekassen durch die für die Anerkennung zuständigen Stellen der Länder die Informationen über diese Angebote übermittelt werden können. Andernfalls können die Pflegekassen ihren Auftrag nach § 7 Abs. 3 zur Übermittlung von Preis- und Vergleichslisten über Unterstützungsangebote an den Pflegebedürftigen nicht nachkommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 45b Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen des bisherigen § 45b werden dem Grundsatz nach weitgehend beibehalten, auch wenn nunmehr von einem Entlastungsbetrag gesprochen wird. Jedoch beträgt der Entlastungsbetrag künftig einheitlich bis zu 125 Euro. Dieser kann wie bisher zweckgebunden für die Erstattung von Aufwendungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Nr. 1 bis 4 genannten Leistungen verwendet werden. Durch die Neugliederung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erfolgt ein entsprechender Verweis auf den § 45a neu. Wie bisher erfolgt die Erstattung der Aufwendungen im Wege der Kostenerstattung. Anders als bisher gilt dies jedoch nicht für die Erstattung der Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst i. S. d. § 36. In diesem Fall erfolgt die Erstattung im Wege des Sachleistungsprinzips. Für die Inanspruchnahme von Leistungen ambulanter Pflegedienste besteht künftig lediglich für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Einschränkung, dass der Entlastungsbetrag bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 nicht für Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen verwendet werden können. In der Folge bedeutet dies, dass diese Leistungen jedoch von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in Anspruch genommen werden können.

B) Stellungnahme

Die Beibehaltung des bisherigen Entlastungsbetrages wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Den Versicherten steht damit neben den weiteren ambulanten Leistungen ein zusätzlicher Entlastungsbetrag zur Verfügung, den er flexibel und bedarfsgerecht nach seiner Wahl für weitere Betreuungsleistungen oder zur Entlastung seiner pflegenden Angehörigen verwenden kann. Durch den Ausschluss der Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 wird sichergestellt, dass der Entlastungsbetrag auch tatsächlich für Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung und damit zur Entlastung der pflegenden Angehörigen verwendet werden, sofern Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden. In diesem Zusammenhang ist es folgerichtig, dass die Erstattung der Aufwendungen für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes nach dem Sachleistungsprinzip abgerechnet wird. Anders als bisher sind die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen gleichwertige Leistungen neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung. Eine Beibehaltung der Kostenerstattung wä-

re ein für den Versicherten aufwendiges Verfahren, wenn der ambulante Pflegedienst ansonsten die Leistungen nach § 36 direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

Die Möglichkeit einer Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages durch einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 auch für körperbezogene Pflegemaßnahmen entspricht den Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 und stellt eine Ergänzung zu den in § 28a genannten Leistungen dar. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 wird es sich mehrheitlich um somatisch beeinträchtigte Menschen handeln, die bereits einen geringen Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen aufweisen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des bisherigen § 45c wird inhaltlich beibehalten und lediglich um die Förderung des Ehrenamts ergänzt, welche Bestandteil des bisherigen § 45d Abs. 1 ist. Ansonsten handelt es sich in § 45c um eine Neugliederung zur besseren Übersichtlichkeit der Regelung.

B) Stellungnahme

Da an der bisherigen Förderung sowohl durch die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegeversicherung als auch durch die Länder festgehalten wird, erfolgt keine einseitige Belastung der sozialen Pflegeversicherung. Auch sollte wie bisher an den Förderinhalten und –grundsätzen des § 45c festgehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 70 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung der Selbsthilfe ist nunmehr in einer eigenständigen Norm geregelt. Darüber hinaus werden neben den Angehörigen von Pflegebedürftigen auch ihnen vergleichbar Nahestehende explizit benannt.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung der Selbsthilfe in einer eigenständigen Regelung wird deren Bedeutung unterstrichen. Durch die Ergänzung der explizit genannten dem Pflegebedürftigen Nahestehenden, wird ebenso unterstrichen, dass die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen nicht nur durch Angehörige erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 46 Absatz 3 Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zum 01.01.2018 ist die Absenkung des Faktors nach § 46 Abs. 3 SGB XI bei der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale von 3,5 v. H. auf 3,2 v. H. vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Absenkung des Faktors nach § 46 Abs. 3 SGB XI wird abgelehnt.

Die Pflegekassen wurden als rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter dem Dach der Krankenversicherung errichtet. Sie haben kein eigenes Verwaltungspersonal. Die Aufgaben der Pflegekassen werden vielmehr von den Krankenkassen wahrgenommen, d. h. die Krankenkassen stellen den Pflegekassen hierfür ihre räumliche, sachliche und personelle Infrastruktur zur Verfügung. Dafür erstatten die Pflegekassen den Krankenkassen nach § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von bislang 3,5 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen.

Durch die vorgesehene Anpassung des Faktors werden die Verwaltungskosten der Pflegeversicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung künstlich reduziert. Die finanzielle Wirkung beträgt etwa 90 Millionen Euro.

Die Gesetzesbegründung berücksichtigt, dass im Jahr 2017 durch die weitgehende Reform des Gesetzes zusätzliche Aufwände entstehen. Ab 2018 wird jedoch davon ausgegangen, dass sich nicht alle Beitrags- und Leistungssteigerungen der laufenden wie auch der jüngeren vergangenen Gesetzgebung adäquat auf den Verwaltungsaufwand auswirken.

Mit der vorgesehenen Änderung wird erstmalig in Frage gestellt, dass ein konstanter Faktor die Aufwände in den Pflegekassen realistisch dynamisiert. Dies bedeutet de facto, dass für die Pflegeversicherung eine am Umfang ihres Geschäftes gemessene Absenkung des Verwaltungskostenanteils um etwa 8,6 v. H. unterstellt wird.

Die in der Begründung geäußerte Einschätzung, dass in Zeiten außergewöhnlicher Leistungsausweitungen der Anteil der Verwaltungstätigkeit nicht proportional steigt, ist eine bislang nicht bewiesene These.

Durch das PSG II kommt es dauerhaft zu Mehraufwendungen für die Krankenkassen. So führt die Umstellung von Kollektivverhandlungen auf Individualverhandlungen mit derzeit ca. 26.000 Einrichtungen zu erhöhtem Aufwand bei Vertragsverhandlungen. Ziel der Umstellung von bislang 3 Pflegestufen auf 5 Pflegegrade ist ausdrücklich eine massive Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises. Für die damit verbundene Antragsbearbeitung ist dauerhaft mit höheren Verwaltungskosten zu rechnen. Auch der Auskunfts- und Informationsbedarf der Versicherten wird dauerhaft steigen. Insofern geben die konkreten Maßnahmen des PSG II keinen Anlass, an einem zumindest proportional steigenden Verwaltungsaufwand zu zweifeln.

Ist die Gesetzesbegründung auch im Kontext der Beitragssatzanhebungen jüngerer vergangener Gesetzgebungen zu sehen und bezieht sich eher auf die dynamische Gesamtentwicklung, so kann zwar eingeräumt werden, dass eine Beitragssatzerhöhung zum Zweck eines Inflationsausgleiches dem Grunde nach nicht entsprechende Verwaltungskostensteigerungen nach sich ziehen muss. Jedoch besteht auch auf der Personalseite eine Vergütungsentwicklung, die unabhängig von der Leistungsdynamisierung durch die Sozialversicherungsträger getragen werden muss. Diese erfolgt zeitversetzt, jedoch über einen mittelfristigen Zeitraum gesehen unter Verrechnung des ansteigenden Umfangs gesetzlicher Aufträge ebenso dynamisch wie die strukturelle Entwicklung des Leistungsgeschehens inklusive Inflationsausgleich. Ein Beleg für diese Wirkungsweise ist die gesetzliche Krankenversicherung, die Jahr für Jahr eine starke Dynamik in den Leistungsausgaben aufweist und dennoch einen – trotz restriktiver Verwaltungskostenbudgetierung – über die letzten Jahrzehnte konstanten Verwaltungskostenanteil von etwa 5 v. H. ausweist. Gemessen an der Entwicklung der Beitragssätze der Pflegeversicherung bis 2017 mag die KV-Dynamik relativ betrachtet deutlich geringer erscheinen. Über die Etablierung der Bundesbeteiligung und des zusätzlichen Finanzierungsinstrumentes Zusatzbeiträge bildet sich die bestehende Dynamik jedoch nicht allein über den Beitragssatz ab. Insofern ist auch einnahmeseitig eine vergleichbare Dynamik zu attestieren – in den vergangenen 15 Jahren sind die Einnahmen und Ausgaben beider Sozialversicherungszweige um knapp über 50 v. H. gestiegen. Selbst wenn sich durch die Gesetzgebung nun ein besonders hoher Anstieg in der Pflegeversicherung einstellt, wird bedingt durch den unterschiedlichen Dynamisierungszyklus der Krankenversicherung mittelfristig eine identische Entwicklung zu beobachten sein.

Hierdurch wird nachweislich deutlich, dass ein konstanter Faktor gerade ausreicht, um die Entwicklung im Verwaltungsbereich gegenzufinanzieren. Da sich die für die Pflegeversicherung anfallenden Verwaltungskosten allein über die Verwaltungskostenpauschale finanzieren, führt die Absenkung zwangsläufig zu einer Reduzierung des Personaleinsatzes oder einer Querfinanzierung durch die Krankenversicherung. Somit wird mit der Absenkung der Verwal-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 73 von 170

tungskostenpauschale bewusst der Weg einer unzureichenden Bearbeitung oder aber einer ungerechtfertigten Umverteilung zu Lasten der Krankenversicherung beschritten.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 74 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Streichung des § 87b SGB XI wird wortgetreu dessen heutiger Abs. 3 übernommen.

B) Stellungnahme

Die Verlagerung der Rechtsvorschrift ist sachgerecht. Die bereits existierenden „Betreuungskräfte-Richtlinien“ haben sich bewährt und damit weiterhin Gültigkeit.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 75 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 55 Absatz 1 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 01.01.2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 Prozent angehoben, für Kinderlose auf 2,8 Prozent.

B) Stellungnahme

Damit steigen die Mehreinnahmen in 2017 um ca. 2,5 Mrd. Euro. Mit den Mehreinnahmen und den Rücklagen der Pflegeversicherung soll die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs finanziert und ein Perspektivwechsel in der Pflege eingeleitet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 a)

§ 75 Absatz 3 Satz 4 Anpassung der Personalrichtwerte in den Rahmenverträgen der Länder

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Vorschrift zu den Personalrichtwerten von Pflegeeinrichtungen wird der Begriff „Pflegestufen“ durch den Begriff „Pflegegrad“ ersetzt. Dabei sind die Landesrahmenverträge hinsichtlich dieser Richtwerte anhand der vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Studien „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ und „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ auf die neuen Pflegegrade anzupassen.

B) Stellungnahme

Die derzeit definierten Personalanzahlzahlen basieren auf dem heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriff und stehen mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem daraus resultierenden NBA nicht im Einklang. Daher ist eine Anpassung in den Landesrahmenverträgen nach § 75 notwendig. Begrüßt wird, dass der Gesetzgeber dabei keine starren Vorgaben macht und die Anpassungen an die individuellen Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern den Vertragsparteien nach § 75 überlässt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich das jeweilige Bewohnerklientel in den Einrichtungen, das mittels des auch jetzt schon vereinbarten und vorhandenen Personal gut versorgt wird, mit der Überleitung auf die neuen Pflegegrade grundsätzlich nicht ändert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46b) aa)

§ 84 Absatz 2 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bemessungsgrundsätze für die Vergütung von stationären Pflegeeinrichtungen werden künftig nach dem Versorgungsaufwand und entsprechend der zugrunde zu legenden fünf Pflegegrade eingeteilt. Die bisherige Einteilung in Pflegeklassen hat sich in der Praxis mit der Einteilung in Pflegestufen gedeckt, sodass sich nunmehr ausschließlich an der Einteilung in Pflegegrade orientiert wird.

B) Stellungnahme

In der Praxis wurden die Verhandlungen zwischen Betreibern von stationären Pflegeeinrichtungen und den Kostenträger in überwiegender Anzahl nicht mehr anhand von Pflegeklassen geführt, sodass diese unnötig geworden waren. Es erfolgte vielmehr eine Einteilung anhand der Pflegestufen. Daher ist der künftige Verzicht auf die gesetzliche Einteilung der Pflegesätze in Pflegeklassen zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46b) bb)

§ 84 Absatz 2 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Pflegegraden 2 bis 5 sollen für die Pflegesätze im vollstationären Bereich für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die von der Pflegeversicherung nicht gedeckten Kosten der pflegerischen Versorgung eingeführt werden. Die Leistungen nach § 43 in den unterschiedlichen Pflegegraden sind in der Höhe so zueinander gestaffelt, dass sie zusammen mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Durchschnitt den in der Studie EViS (Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen) des GKV-Spitzenverbandes festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. Eine Höherstufung von einzelnen Pflegegraden zwischen 2 und 5 soll nun nicht mehr mit einer gleichzeitigen Erhöhung des Eigenanteils für den Pflegebedürftigen bzw. den Sozialhilfeträger einhergehen, sondern der Eigenanteil soll innerhalb einer Einrichtung gleich bleiben und innerhalb der Pflegesatzverhandlung ermittelt werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen. Sie gewährleistet eine kalkulatorische Sicherheit für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zur Berechnung des eigenen Kostenanteils an der Heimunterbringung. Es ist zu begrüßen, dass die Einheitlichkeit des Eigenanteils innerhalb einer Pflegeeinrichtung nun in das Verfahren der Pflegesatzverhandlung aufgenommen wird und dass eine der Studie EViS angelehnte Überleitungsberechnung in § 3 der Übergangsregelung für die stationäre Pflege aufgenommen wird. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die Einheitlichkeit des einrichtungsinternen Eigenanteils dazu führen wird, dass im Verhältnis der Pflegegrade zueinander umgeschichtet wird. Während die Eigenanteile für die hohen Pflegegrade sinken werden, erfolgt diese Entlastung zu Lasten von Pflegebedürftigen der heutigen Pflegestufe 1, bei denen sich der Eigenanteil im künftigen Pflegegrad 2 erhöhen wird. Dieser Nachteil für die Pflegebedürftigen soll durch eine Besitzstandsregelung durch Übernahme durch die Pflegeversicherung ausgeglichen werden. Näheres dazu unter Artikel 2 § 2 Absatz 3. Die Verhandlungen zur Überleitung der Pflegesätze könnten zudem einige Umsetzungsprobleme mit sich bringen. Näheres dazu unter Artikel 3.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46c)

§ 84 Absatz 7 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b wird leistungsrechtlich neu strukturiert und in das Vierte Kapitel integriert. Der § 87b wird gestrichen. Das Vereinbarungs- und Abrechnungsverfahren wird dabei im Grundsatz beibehalten. Neben der Pflegesatzvereinbarung zur Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonals ist jedoch nunmehr von jeder voll- oder teilstationären Einrichtung ein separater Vergütungszuschlag zur Finanzierung des ergänzenden Angebots nach § 43b zu vereinbaren, soweit diese es nach der bisher fakultativen Regelung noch nicht wahrgenommen hat. Im Rahmen der Überleitung der stationären Pflegesätze haben nun alle voll- und teilstationären Einrichtungen separate Vergütungszuschläge zu vereinbaren, um die neuen Pflegesätze zu ermitteln.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung stellt eine vergütungsrechtliche Anpassung an die leistungsrechtliche Neuordnung der Vergütungszuschläge dar. Die zu vereinbarenden Vergütungszuschläge sind für die Überleitung der Pflegesätze nach der Übergangsregelung notwendig. Eine grundsätzliche Änderung der bisherigen Vergütungsgrundsätze ist nicht vorgesehen. Es wird auch auf die Stellungnahme zu Nr. 36 (§ 43 SGB XI) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 80 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende gesetzliche Regelung wird im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen Pflegegraden angeglichen. Der von der Pflegeversicherung an die Pflegeeinrichtungen zu zahlende Erstattungsbetrag wurde an die Leistungen der neuen Pflegegrade und nach der bisherigen Methode (Halbjahreszeitraum) auf einen Betrag in Höhe von 2.952 Euro angepasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgemäß.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55

§ 92c Pflegestützpunkte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 92c getroffenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 sowie 7 bis 9 werden unverändert in die im ersten Kapitel geregelten Vorschriften zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7 ff. verschoben. Absätze 5 und 6 werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Verschiebung der Vorschrift wird aus Gründen des Sachzusammenhangs begrüßt. Die Aufhebung der Absätze 5 und 6 dient der Rechtsbereinigung, da die Regelungen zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung ausgelaufen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach § 28a. Pflegekassen werden ermächtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht und -gewährung personenbezogene Daten zu erheben und zu verarbeiten. Diese Ermächtigung gilt auch in Bezug auf die Daten der Erbringer von Leistungen und Hilfen zur Pflege.

B) Stellungnahme

Die Ermächtigungsregelung ist erforderlich, damit die Pflegekassen die Leistungsansprüche von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nach § 28a prüfen können. Zudem ist die Erhebung der Daten der Leistungserbringer für die Beratung der Versicherten nach §§ 7 ff. erforderlich, insbesondere hinsichtlich der in § 7 Abs. 3 vorgesehenen Übermittlung der Preis- und Vergleichslisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 83 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekasse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Ermächtigungsregelung für die Verbände der Pflegekassen zur Erhebung personenbezogener Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege.

B) Stellungnahme

Die Ermächtigungsregelung ist erforderlich, damit die Verbände der Pflegekassen die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Angebote der Leistungserbringer erstellen und veröffentlichen können und so ihrem Auftrag nach § 7 Abs. 3 nachkommen können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst wird ermächtigt, personenbezogene Daten im Rahmen der Prüfung nach § 38a Abs. 1 Satz 2 zu erheben und zu verarbeiten. Nach § 38a Abs. 2 Satz 2 prüft der Medizinische Dienst, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine Folgeänderung zur Einführung des § 38a Abs. 1 Satz 2 und ist erforderlich, damit der Medizinische Dienst dem Prüfungsauftrag nach § 38a Abs. 1 Satz 2 nachkommen kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59

§ 108 Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

B) Stellungnahme

Durch die Neuregelung erhalten Versicherte auf Wunsch eine Auskunft auch über die im laufenden Jahr und nicht wie bisher im letzten Geschäftsjahr erbrachten Leistungen. Die Regelung stellt zugleich eine Harmonisierung mit dem Auskunftsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 305 Abs. 1 SGB V dar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62a) aa)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zusammenarbeit der Vertragsparteien in der Pflege wird neu strukturiert. Das bisherige Fristende der von den Vertragsparteien gefassten Vereinbarungen wird gestrichen, da die Befristung wegen des aktuellen Sachstands unnötig geworden ist. Gleichzeitig wird das Kriterium der „Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit“ von Vereinbarungen in Hinblick auf den neu eingesetzten Qualitätsausschuss nach § 113b gestrichen. Weitere redaktionelle Änderungen werden durchgeführt. Die Maßstäbe und Grundsätze müssen bis zum 30.06.2017 für den stationären Bereich und bis 30.06.2018 für den ambulanten Bereich neu vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Änderung der Entscheidungsfindung im Bereich der Qualität in der Pflege ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Bedeutung der Aufgaben der Vertragsparteien erfordert eine rechtssichere Struktur. Näheres wird dazu in Nr. 64 ausgeführt.

Das bisherige Einstimmigkeitsprinzip des § 113 hat dazu geführt, dass Vereinbarungen in der Vergangenheit fast ausschließlich im Wege des Schiedsverfahrens entschieden und geschlossen werden konnten. Die erhebliche Anzahl von 14 Leistungserbringerverbänden, die größtenteils uneinheitlich abstimmen, hat die Entscheidungsfindung vor erhebliche Probleme gestellt. Die Aufhebung der Wörter „gemeinsam und einheitlich“ ist daher zu begrüßen.

Kritisch wird jedoch die ungenaue Unterscheidung zwischen Vertragsparteien nach § 113 und Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b gesehen. In der gesamten Neustrukturierung der §§ 113 ff. ist nicht zu erkennen, in welchem Verhältnis diese beiden unterschiedlichen Funktionen zueinander stehen. Auch der Gesetzesbegründung lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen. Der Gesetzgeber muss deutlich machen, ob er die Vertragsparteien nach § 113 mit den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b gleich setzt oder eine Vertragspartei auch Nicht-Mitglied im Qualitätsausschuss sein kann. Ist der letztere Fall vorgesehen, ergibt sich das Problem, dass Vereinbarungen getroffen werden, die eine Vertragspartei ohne Mitgliedsstatus betreffen. Diese konnte jedoch nicht mitstimmen, sodass sich das Problem der rechtlichen Legitimation und der Bindungswirkung stellt. Während sich die Problematik auf Seiten der Kostenträger wegen eindeutiger Zuordnung des GKV-Spitzenverbandes nicht stellt, sollte eine Regelung getroffen werden, die klarstellt, dass die maßgeblichen Ver-

einigungen von Trägern von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gleichzeitig Mitglied im Qualitätsausschuss sind. Im anderen Falle müsste ein Vorgremium eingerichtet werden, in dem die nicht im Qualitätsausschuss vertretenen Organisationen sich verpflichten, die Beschlüsse des Qualitätsausschusses auch für sich als bindend anzuerkennen. Dieses kann jedoch nicht im gesetzgeberischen Sinne der Straffung der Zusammenarbeit der Vertragsparteien sein. Daher sollte § 113 festlegen, dass die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b die in § 113 genannten Vereinbarungen festlegen. Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses sollte in § 113b geregelt werden.

Die Aufhebung der zeitlichen Befristung der Vereinbarungsfindung ist sachgemäß.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 1 Satz 1 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.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62a) bb)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Absatz 1 beabsichtigte Ergänzung betrifft die bisherigen Regelungen des Absatzes 1 Satz 4 Nr. 1. Darin wurden die Regelungen zu Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren festgelegt.

Die Maßstäbe und Grundsätze sollen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse für die stationäre Pflege bis zum 30.06.2017 und für die ambulante Pflege bis zum 30.06.2018 neu vereinbart und regelmäßig an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen werden begrüßt. Sie greifen insbesondere vor dem Hintergrund des einzuführenden indikatorengestützten Verfahrens die erforderlichen Regelungen auf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62a) cc)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beabsichtigt wird die Streichung des bisherigen Satz 4, in dem die Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation, an die Zuverlässigkeit von Sachverständigen und Prüfinstitutionen sowie Zertifizierungs- und Prüfverfahren und an das indikatorengestützte Verfahren genannt werden. Die dort in den Nr. 1 (praxistaugliche Pflegedokumentation) und Nr. 4 (indikatorengestütztes Verfahren) aufgeführten Regelungen werden an anderer Stelle aufgegriffen. Die Streichung der Regelungen unter Nr. 2 (zur Zuverlässigkeit von Sachverständigen und Prüfinstitutionen) sowie Nr. 3 (zur methodischen Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren) entfallen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Streichung des § 114 Abs. 4. Die Streichung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Abs. 1a konkretisiert die bisherigen Regelungen aus Abs. 1 Nr. 4 zu Anforderungen zu einem indikatorengestützten Verfahren (jetzt Indikatorenmodell). Von den Vertragsparteien sind insbesondere die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten auf wissenschaftlicher Grundlage und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen festzulegen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit ist die Vergabe eines Auftrages von den Vertragsparteien zu beschließen.

B) Stellungnahme

Die in Abs. 1a beabsichtigten Neuregelungen werden grundsätzlich begrüßt. Die im Gesetzesentwurf genannten Konkretisierungen zum Indikatorenmodell berücksichtigen zu einem großen Teil die bereits von den Vertragsparteien getroffenen Regelungen zu den Anforderungen an das indikatorengestützte Verfahren, die in einer Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen in der vollstationären Pflege vereinbart wurden. Die Anlage 2 wurde am 15.06.2015 im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt zum 01.07.2015 in Kraft.

Notwendig ist, die Regelungen um die Forderung zu ergänzen, eine Einordnung der Daten des Indikatorenmodells in eine vergleichende Bewertungssystematik am Durchschnitt aller Einrichtungen vorzunehmen. Die Empfehlungen von Wingefeld et al. (2011) sehen eine Einordnung der Indikatorenergebnisse am Durchschnitt aller Einrichtungen vor. Dieses Vorgehen wird u. a. hinsichtlich der Differenzierbarkeit der Ergebnisse begrüßt, sollte jedoch um die Anforderung ergänzt werden, wie bei Unterschreiten eines festzulegenden Mindestniveaus mit der Darstellung der Ergebnisse umgegangen werden soll.

Um Daten aus dem Indikatorenmodell für Qualitätsprüfungen nach § 114 und einer Bescheideerteilung nach § 115 Abs. 2 nutzen zu können, muss sichergestellt sein, dass die Daten im Rahmen der einrichtungsinternen Erhebungen methodisch richtig erhoben werden und dass sie wahrheitsgemäß sind. Eine Datenplausibilitätsprüfung, wie in Satz 3 aufgegriffen, reicht hierfür nach gegenwärtiger Einschätzung nicht aus und sollte um Regelungen zu einer Datenvalidierung ergänzt werden.

Nicht notwendig erscheinen an dieser Stelle diesbezüglich die in Satz 4 getroffenen Regelungen, die eine Auftragsvergabe zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit vorsehen. Im Juni 2015 wurde von den Vertragsparteien nach § 113 ein wissenschaftlicher Auftrag zur modellhaften Pilotierung der gesundheitsbezogenen Indikatoren in Auftrag gegeben, in dem die in Satz 3 genannten Anforderungen berücksichtigt werden. Satz 4 sollte daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1a wird wie folgt gefasst:

(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 und Validierung der Daten festzulegen. Ferner ist zu beschreiben, wie die Einordnung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse im Durchschnitt aller Einrichtungen erfolgt und wie die Qualitätsdarstellung bei Unterschreiten von Mindestniveaus erfolgt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1b regelt, dass von den Vertragsparteien nach § 113 Festlegungen zu treffen sind, die sicherstellen, dass die Zusammenführung der Daten des Indikatorenmodells an einer fachlich qualifizierten Stelle erfolgt und dass eine nach Leistungserbringern- bzw. Fällen aufschlüsselbare Auswertung möglich ist.

B) Stellungnahme

Es sollte ergänzend gesetzlich geregelt werden, dass die stationären Pflegeeinrichtungen eine Mitwirkungspflicht im Sinne der zu vereinbarenden Maßstäbe und Grundsätze haben. Dies betrifft insbesondere die Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtungen, entsprechend den von den Vertragspartnern bestimmten Vorgaben, die indikatorenbezogenen Daten an die zu bestimmende fachlich qualifizierte Stelle zu übermitteln.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen werden dahingehend ergänzt, dass Pflegeeinrichtungen – wie in der Stellungnahme dargelegt – eine Mitwirkungspflicht haben.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 93 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62c)

§ 113 Absatz 2 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in Abs. 2 um einen neuen Satz 3 legt fest, dass die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestehenden Vereinbarungen bis zum Inkrafttreten neuer Vereinbarungen fortbestehen.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 94 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62d)

§ 113 Absatz 3 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung des Abs. 3 beendet die Regelungen zur Schiedsstellenfähigkeit der Maßstäbe und Grundsätze.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Regelungen in § 113b Qualitätsausschuss. Die Regelung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 113b begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63a) aa), bb) und cc)

§ 113a Absatz 1 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den in § 113b neu getroffenen Regelungen zur Zusammensetzung des Qualitätsausschusses.

Die durch die Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Geschäftsstelle Expertenstandards soll nunmehr laut Gesetzesbegründung mit der neu einzurichtenden qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 (n.F.) verbunden werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 113b begrüßt. Die Integration der bisherigen Geschäftsstelle Expertenstandards in die neu einzurichtende Geschäftsstelle ist aus Gründen der Effizienzsteigerung und Bündelung von Ressourcen ebenso zu begrüßen. Jedoch ist auch vor diesem Hintergrund darauf zu achten, dass die künftige Geschäftsstelle politisch und vor allem staatlich unabhängig ausgestaltet wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 96 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63b)

§ 113a Absatz 2 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Streichung betrifft das vom Gesetzgeber beabsichtigte Zustandekommen einer Verfahrensordnung bis zum 30.09.2008.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist inzwischen überholt. Die Streichung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 1 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss. Inhalt der Beschlüsse und Vereinbarungen sind die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern (§37 Abs. 5), die Maßstäbe und Grundsätze (§113), Expertenstandards (§113a) und die Qualitätsdarstellung (§ 115). Der Qualitätsausschuss sieht einen Konfliktlösungsmechanismus in Absatz 3 vor.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Änderung der Entscheidungsfindung im Bereich der Qualität in der Pflege ist ausdrücklich zu begrüßen. Das vorgeschlagene Modell entspricht teilweise dem vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Modell analog dem ärztlichen Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 SGB V. Es ermöglicht eine sachgemäße und arbeitsfähige Besetzung der Mitglieder und hat einen straffen Konfliktlösungsmechanismus.

Die bisherige Form der Entscheidungsstruktur sieht ein Einstimmigkeitsprinzip vor, das einzelnen Verbänden ermöglicht, ansonsten konsentierete Beschlüsse und Vereinbarungen zu blockieren. Da mangels gesetzlicher Regelung keine Benennung oder Begrenzung der Leistungserbringerverbände möglich war, sind bisher 14 Leistungserbringerverbände unterschiedlicher Interessenlage an den Vereinbarungen beteiligt. Dieser Umstand macht eine Einigung schwer möglich. Die im bisherigen § 113b eingerichtete Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus hat sich grundsätzlich von der Entscheidungsstruktur und der Organisation bewährt, jedoch hat sich das an einen Zivilprozess angelehnte Schiedsverfahren als langwierig erwiesen. Daher ist eine Straffung der Entscheidungsstruktur durch die Einsetzung eines Qualitätsausschusses mit Erweiterungsmöglichkeit ausdrücklich zu begrüßen.

Die Aufnahme der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 in das Aufgabengebiet des Qualitätsausschusses wird aufgrund der Vereinheitlichung der Entscheidungsgremien ebenso grundsätzlich befürwortet. Es wird jedoch zu bedenken gegeben, dass eine Gleichsetzung mit den übrigen Vereinbarungen nach §§ 113, 113a und 115 wegen der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Verantwortlichen weiterer Konkretisierungen bedarf. Näheres dazu wurde bereits unter der Nummer 28 aufgeführt. Aufgrund der fehlenden Verantwortung der im Qualitätsausschuss mitentscheidenden stationä-

ren Trägerverbände und Sozialhilfeverbände bei den Empfehlungen nach § 37 Absatz 3 wird vorgeschlagen, eine dem Gemeinsamen Bundesausschuss angelehnte Regelung (§ 91 Absatz 2a SGB V) zu treffen und diese verpflichtend in die zu vereinbarende Geschäftsordnung nach dem künftigen Absatz 7 zu verankern. Diese besagt, dass bei Beschlüssen, die nur einen bestimmten Leistungssektor betreffen, die Stimmenverteilung entsprechend angepasst wird. Näheres wird dazu unter Absatz 7 dieser Nummer beschrieben.

Ferner wird kritisch gesehen, dass die gesetzliche Regelung eine ausdrückliche Fortführung der bisherigen Schiedsstelle in Form des künftigen Qualitätsausschusses beinhaltet. Auch in der Gesetzesbegründung wird ausführlich auf die Übertragbarkeit der Regelungen der bisherigen Schiedsstelle abgestellt. Richtig ist, dass auf eine grundsätzlich funktionierende Struktur zurückgegriffen werden kann, ohne eine neue bürokratische Institution zu schaffen. Es muss jedoch bedacht werden, dass nicht alle bisherigen Regelungen der Schiedsstelle auf den Qualitätsausschuss übertragbar sind. So darf bezweifelt werden, dass – wie in der Gesetzesbegründung zu Absatz 2 beschrieben – die Mitgliederbesetzung auf Seiten der Leistungserbringer von der Schiedsstelle übernommen werden kann ohne dass aufwändige und strittige Einigungsverfahren zur Benennung der Mitglieder nötig werden. Die Schiedsstelle war als Konfliktlösungsmechanismus der vorangegangenen einstimmigen Vereinbarungslösung des § 113 gedacht. Entsprechend wurde sich sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch auf Seiten der Leistungserbringer auf eine Sitzverteilung samt Stellvertreter geeinigt. Der künftige Qualitätsausschuss soll dagegen kein Konfliktlösungsmechanismus, sondern das Entscheidungsgremium sein. Die Konfliktlösung ist erst mit der Erweiterung durch unparteiische Mitglieder gemäß des nachfolgenden Absatzes 3 vorgesehen. Daher wird vorgeschlagen, den Bezug zur bisherigen Schiedsstelle zu streichen.

Es wird empfohlen, dass die Maßgeblichkeit der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vom Gesetzgeber festgelegt wird, um sicherzustellen, dass die im Qualitätsausschuss vertretenden Entscheidungsträger ausreichend legitimiert sind. Die Maßgeblichkeit von Verbänden von Pflegeeinrichtungen war in der Vergangenheit bereits Gegenstand der Rechtsprechung. Es sollte bei der Regelung auf das Urteil des Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen vom 23.05.2012 (Az.: L 10 P 84/09) zur Feststellung einer Vertragspartei abgestellt werden und der im Urteil unter anderem angesprochenen Forderung nach einer gesetzlichen Festlegung der Mindestanzahl von Mitgliedern nachgekommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, den Absatz 1 wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bilden den Qualitätsausschuss. Sie treffen ab Inkrafttreten dieses Gesetzes mit den Maßgaben nach Absatz 2 bis 8 Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a.“

Nach dem Satz 2 ist ein weiterer Satz einzufügen:

„Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach Satz 1 sind Vereinigungen, die nach ihrer Satzung zur Vertretung auf Bundesebene tätig werden können, in mehreren Bundesländern Mitglieder aufweisen und deren Mitgliederzahl x vom Hundert der in Deutschland zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht unterschreitet.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 2 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene 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. 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, beratend mit.

B) Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber Anhaltspunkte für die Stimmrechtsverteilung im Qualitätsausschuss vorgibt. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass mit der Anzahl von 14 Verbänden von Leistungserbringer ein zielgerichtetes Entscheidungsverfahren erschwert wurde.

Die geplante Regelung sieht jedoch vor der Erweiterung nach Absatz 3 weiterhin eine einstimmige Vereinbarungslösung vor. Um eine effiziente Abstimmung zu gewährleisten, wird dagegen eine bankweise Abstimmung auf der Seite der Kostenträger und der Leistungserbringer befürwortet. Stimmen beide Bänke mehrheitlich zu bzw. dagegen, kommt ein Beschluss zustande. Stimmt eine Bank zu und die andere dagegen, kommt kein Beschluss zustande. Die Abstimmungen der letzten Jahre im sogenannten Plenum der Vertragspartner nach § 113, welches die Funktion des bisherigen (einstimmigen) Vereinigungsgremiums hatte, haben gezeigt, dass bei einem solchen Abstimmungsverfahren Beschlüsse bereits in der Vergangenheit einfacher hätten gefasst werden können. Auch im künftigen Falle können Beschlüsse bereits ohne die in Absatz 3 geplante Erweiterung gefasst werden, soweit auf die Einstimmigkeit verzichtet wird. Kommt ein Beschluss nicht zustande ist trotzdem der zügig

geplante Konfliktlösungsmechanismus der Erweiterung möglich. Ein solches Verfahren dient der Stärkung der Mitglieder des Qualitätsausschusses und führt zu einer Beschleunigung der Entscheidungsstruktur. Viele Aufgaben könnten auch ohne die Hinzuziehung von unparteiischen Mitgliedern erledigt werden.

Um ein solches bankweises Abstimmungsverfahren möglich zu machen, ist jedoch eine ungerade Anzahl von Mitgliedern je Bank nötig. Es wird daher vorgeschlagen, die im Absatz 2 benannten Mitgliederhöchstzahlen entsprechend anzupassen.

Grundsätzlich werden auch die jeweilige Anrechnung der Vertreter der Sozialhilfe und die Möglichkeit der Anrechnung von Vertretern des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e.V. und der Bundesverbände der Pflegeberufe begrüßt. Kritisch ist jedoch zu beurteilen, dass die geplante Stimmenverteilung auf der Seite der Kostenträger (maximal 7 Stimmen für den GKV-Spitzenverband, 2 Stimmen für die Vertreter der Sozialhilfe, 1 Vertreter des PKV-Verbandes) nicht mehr einer sachgerechten Verantwortungslage entsprechen. Nach jüngsten Statistiken liegt die Ausgabenverantwortung der sozialen Pflegeversicherung bei ca. 24 Milliarden Euro, die der Sozialhilfe bei 3 Milliarden Euro und die des PKV-Verbandes bei 720 Millionen Euro. Daher sollte die Anrechnung der Vertreter der Sozialhilfe angepasst und auf einen Vertreter beschränkt werden.

Es wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber für die Stimmenverteilung auf Seiten der Leistungserbringer eine Berechnungsgrundlage zumindest in der Gesetzesbegründung hinterlegt. Diese sollte an dem jeweiligen Mitgliederanteil von zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Deutschland berechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 2 Satz 1 ist in der Form zu fassen, dass der Qualitätsausschuss aus jeweils einer ungeraden Anzahl von Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) besteht.

Es sollten nach Satz 5 folgende Sätze eingefügt werden:

„Eine Abstimmung über einen Beschlussantrag erfolgt mehrheitlich auf der jeweiligen Bank der Kostenträger und Leistungserbringer. Näheres ist in der Geschäftsordnung nach Absatz 7 zu regeln.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 3 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss 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 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. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest.

B) Stellungnahme

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das BMG wird abgelehnt, da dies einen massiven Eingriff in Befugnisse der Vereinbarungspartner in der Pflege darstellt, in dem der unparteiische Vorsitzende von der Exekutive bestimmt wird. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner in der Pflege nicht zu konterkarieren und den Vereinbarungspartnern – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert und bewährt – den notwendigen Entscheidungsspielraum bei der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden zu geben. Die Behauptung der in der Gesetzesbegründung beschriebenen größtmöglichen Unabhängigkeit von den Mitgliedern des Ausschusses wird nicht geteilt. Der bisherige unparteiische Vorsitzende der Schiedsstelle nach § 113b ist von allen Vertragsparteien als interessenunabhängig wahrgenommen worden. Im Falle der geplanten Regelung besteht zudem die Gefahr eines Interessenskonflikts: Da das Bundesgesundheitsministeriums ohne weiteres Zutun die Erweiterung verlangen darf und der vom Bundesgesundheitsministerium benannte unparteiische Vorsitzende bei Nichteinigung die Abstimmung mit seiner Stimme entscheidet, besteht keine klare Trennung mehr. Daher sollte auch weiterhin eine staatsferne Lösung gefunden werden und alle unparteiischen Mitglieder – analog der bisherigen Regelung in der Schiedsstelle nach § 113b – von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses benannt werden. Eine Übertragung der bisherigen unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle § 113b auf den künftigen Qualitätsausschuss wäre wünschenswert, um unmittelbar in Konfliktlösungen erfahrene Personen einsetzen zu können.

Kritisch wird zudem gesehen, dass im Qualitätsausschuss vor der Erweiterung gemäß Absatz 3 weiterhin von einer einvernehmlichen und einstimmigen Entscheidung ausgegangen wird. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass eine einstimmige Lösung nahezu in keinen Fällen herbeigeführt werden konnten. Das führt dazu, dass – gemessen an den vergangenen Abstimmungsverhalten – nahezu in jedem Fall eine Erweiterung verlangt werden müsste. Hier sind die Vertragsparteien nach § 113 und deren Zusammenarbeit in der Form zu stärken, dass sie die Möglichkeit bekommen, zunächst durch eine bankweise Abstimmung eine Entscheidung ohne Erweiterung herbeizuführen. Dadurch können Mindermeinungen auf einer Bank überstimmt werden. Daher wird auf das unter Absatz 2 Beschriebene verwiesen. Der Absatz 3 ist in der geplanten gesetzlichen Regelung entsprechend anzupassen.

Des Weiteren ist auch an dieser Stelle zu kritisieren, dass der Gesetzgeber zwischen Vertragsparteien nach § 113 und den Mitgliedern des Qualitätsausschusses unterscheidet. Dieses führt zu der unter Nr. 62a) benannten Ungenauigkeiten im Verhältnis der Vertragsparteien nach § 113 zu den Mitgliedern des Qualitätsausschusses. Es wird nicht deutlich, was eigentlich mit Vertragspartei nach § 113 gemeint ist. So könnte einerseits der § 113 wortgenau verstanden werden, was dazu führen würde, dass unter anderem nur die Gesamtheit der „Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ die Erweiterung verlangen kann. Die Vorschrift könnte jedoch auch in der Form verstanden werden, dass die Verbände der Leistungserbringer jeweils einzeln die Erweiterung beantragen können. Ist vom Gesetzgeber dieser letztere Fall vorgesehen, muss wiederum darauf verwiesen werden, dass nicht klar wird, wer auf Seiten der Leistungserbringer Vertragspartei ist. Nach dem Wortlaut der geplanten Regelung ist es möglich, dass ein Leistungserbringerverband, der Vertragspartei gemäß § 113 aber nicht Mitglied des Qualitätsausschusses ist, bei Nichtzustandekommen eines Beschlusses oder einer Vereinbarung ebenfalls die Erweiterung verlangen kann. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, sodass die geplante Regelung entsprechend anzupassen ist.

Auch im Satz 3 zeigt sich die Ungenauigkeit der geplanten gesetzlichen Unterscheidung zwischen Vertragsparteien und Mitgliedern des Qualitätsausschusses. Nach der geplanten Formulierung des Satzes 3 („... werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt.“) im Zusammenhang mit der bisher fehlenden Klarstellung zur Identität von Vertragsparteien und Mitgliedern würde die Möglichkeit bestehen, dass auch Nichtmitglieder des Qualitätsausschusses, die jedoch als „Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtung auf Bundesebene“ anzusehen sind, über die Benennung der unparteiischen Mitglieder mitentscheiden können. Auch in dieser Hinsicht ist daher eine Anpassung der Formulierung nötig.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 3 Satz 1 sollte wie folgt verfasst werden:

„Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einem Mitglied des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss).“

Der Absatz 3 Satz 3 sollte wie folgt verfasst werden:

„Der unparteiische Vorsitzende, die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses gemeinsam benannt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, der geeignet ist, bis zum 31.03.2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zugrunde zu legen. Hierbei sind die 2011 von Wingenfeld et al. empfohlenen Indikatoren, die Erkenntnisse der Folgeprojekte EQISA und EQMS sowie Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 sowie die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a wird positiv gesehen. Dass neben dem Indikatorenmodell auch Aspekte der Struktur- und Prozessqualität für die Verbraucherinformation zugrunde gelegt werden sollen, deckt sich mit der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes auch deswegen, weil derzeit auf Grundlage von Indikatoren bei weitem nicht alle relevanten pflegerischen Leistungsbereiche für Qualitätsprüfungen und Qualitätsdarstellung abgedeckt werden können. Insbesondere im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen wird ferner davon ausgegangen, dass es zwingend notwendig ist, die den Pflegeergebnissen zugrunde liegenden Strukturen und Prozesse zu erfassen, um Aussagen über die Versorgungs- und Betreuungsqualität treffen zu können und die Landesverbände in die Lage zu versetzen, fachlich begründete Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 erteilen zu können.

Zur Sicherstellung eines inhaltlich und methodisch aufeinander aufbauenden Verfahrens bei der Festlegung der für Qualitätsprüfungen relevanten Themenbereiche, der daraus resultierenden Prüffragen und Ausfüllanleitungen für die MDK-Prüfer/Prüfer des PKV Prüfdienstes sowie der verfahrensrechtlichen Umsetzungsfragen sieht es der GKV-Spitzenverband als zwingend erforderlich an, Aufträge zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Entwicklung der Grundlagen und Verfahren für die Qualitätsprüfung in einer Hand zu bündeln und durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner bestehenden Richtlinienkompetenz zu vergeben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftrag gebenden Landesverbänden

der Pflegekassen dazu einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Bei der Richtlinienerstellung sind sowohl die Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sowie auch die Strukturanforderungen einer entbürokratisierten Pflegedokumentation zu berücksichtigen.

Zur Vorbereitung einer Vergabe eines Auftrages an unabhängige wissenschaftliche Institutionen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2012 in einem strukturierten Prozess begonnen, unter wissenschaftlicher Begleitung ein Qualitätsverständnis zu entwickeln, das Maßstab für die Beurteilung ist, welche Qualitätsmerkmale bei der Ausgestaltung der externen Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind. Deshalb wird gegenwärtig im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes für das Thema Pflegequalität und für das Thema Lebensqualität ein wissenschaftlich fundiertes Qualitätsverständnis entwickelt. Das Qualitätsverständnis für die Pflege- und Lebensqualität wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erarbeitet. Herangezogen wird insbesondere Literatur zur Pflege- und Lebensqualität, Gesetze, Berufsordnungen, die Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen und die Expertenstandards in der Pflege. Anhand eines theoretischen Erklärungsrahmens, wie derzeit in Deutschland Pflege- und Lebensqualität wissenschaftlich definiert wird, ist eine Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen zur Messung, Prüfung und Berichterstattung von Lebens- und Pflegequalität getroffen worden.

Zudem sind bei der Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen die prüfpraktischen Erfahrungen der Medizinischen Dienste einzubinden. Hierzu wurde vom GKV-Spitzenverband ein Auftrag an ein Gremium mit Vertretern der Medizinischen Dienste vergeben. Dieses hatte aus prüfpraktischer Perspektive notwendige Weiterentwicklungsbedarfe an den Instrumenten der Qualitätsprüfungen identifiziert. Dabei wurde kritisch hinterfragt, welche Prüfkriterien aufgrund von Anpassungsprozessen der Pflegeeinrichtungen nicht mehr zielführend sind, welche Kriterien inhaltlich neu gestaltet werden sollten und in welchen Bereichen neue Kriterien sinnvoll sein könnten. Der Bericht des Projektteams liegt dem GKV-Spitzenverband seit Mai 2015 vor. Damit ist sichergestellt, dass einem vom GKV-Spitzenverband benannten Auftragnehmer die zur Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen relevanten Grundlagen kurzfristig zur Verfügung stehen.

Unter Bezugnahme auf die gesetzlichen Regelungen zu § 115 Abs. 1a wird begrüßt, dass auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Instrumenten für die Qualitäts-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 107 von 170

prüfung durch die Vertragsparteien nach § 113 Beschlüsse darüber gefasst werden, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität zugrunde zu legen sind.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 für den stationären Bereich ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, um bis zum 31.03.2017 auf der Grundlage des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Wingenfeld et al. 2011) und unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit die Instrumente zur Datenerhebung sowie Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der indikatorenbezogenen Daten einschließlich Bewertungssystematik sowie die externe Prüfung der Daten zu entwickeln.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung wird begrüßt. Es wird angeregt, ergänzend zur von Externen durchzuführenden Plausibilitätsprüfung der Daten die Regelung aufzunehmen, dass im Zuge des wissenschaftlichen Auftrages auch zu prüfen ist, wie eine Validierung der von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Daten erfolgen kann. Die Richtigkeit der von Einrichtungen zur Verfügung gestellten Daten ist einerseits zwingende Voraussetzung dafür, dass diese Daten für Qualitätsprüfungen nach § 114ff und Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 von den Landesverbänden der Pflegekassen berücksichtigt werden können, andererseits Voraussetzung für eine in der Sache wahrheitsgemäße und damit verlässliche Qualitätsdarstellung.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien nach § 113 bereits zum 01.06.2015 ein Projekt mit den in Abs. 4 Nr. 2 aufgeführten Inhalten in Auftrag gegeben haben (Modellhafte Pilotierung der 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren von Wingenfeld et al 2011, Auftragnehmer ist die Universität Bremen). Die Ergebnisse werden den Vertragsparteien Ende November 2016 vorliegen. Entsprechend sollte die gesetzliche Regelung vorsehen, dass die Ergebnisse des wissenschaftlichen Projekts von den Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Beschlüsse zum Indikatorenmodell berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird gestrichen. Es wird ein neuer wie folgt lautender Abs. 5 eingefügt:

Bis zum 31. März 2017 ist von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Indikatorenmodell 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 und Validierung der Daten zu entwickeln.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, in dem bis zum 30.06.2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege entwickelt werden. Bis zum 31.03.2018 soll die Pilotierung der zu entwickelnden Instrumente durchgeführt sein sowie einen Abschlussbericht vorliegen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 sowie für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a wird positiv gesehen.

Zur Sicherstellung eines inhaltlich und methodisch aufeinander aufbauenden Verfahrens bei der Festlegung der für Qualitätsprüfungen relevanten Themenbereiche, der daraus resultierenden Prüffragen und Ausfüllanleitungen für die MDK-Prüfer/Prüfer des PKV Prüfdienstes sowie der verfahrensrechtlichen Umsetzungsfragen sieht es der GKV-Spitzenverband als zwingend erforderlich an, Aufträge zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Entwicklung der Grundlagen und Verfahren für die Qualitätsprüfung in einer Hand zu bündeln und durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner bestehenden Richtlinienkompetenz zu vergeben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftrag gebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Hierbei sind insbesondere die Ergebnisse des Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ zu berücksichtigen.

Zur Vorbereitung der Vergabe eines entsprechenden Auftrages an unabhängige wissenschaftliche Institutionen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2012 in einem strukturierten Prozess begonnen, unter wissenschaftlicher Begleitung ein Qualitätsverständnis zu entwi-

ckeln, das Maßstab für die Beurteilung ist, welche Qualitätsmerkmale bei der Ausgestaltung der externen Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind. Gegenwärtig wird im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes für das Thema Pflegequalität ein wissenschaftlich fundiertes Qualitätsverständnis entwickelt. Das Qualitätsverständnis für die Pflegequalität wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erarbeitet. Hinzugezogen werden insbesondere Literatur zur Pflegequalität, Gesetze, Berufsordnungen, die Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen und die Expertenstandards in der Pflege. Anhand eines theoretischen Erklärungsrahmens wird dargelegt, wie derzeit in Deutschland Pflegequalität wissenschaftlich definiert wird. Auf der Basis des theoretischen Erklärungsmodells ist eine Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen zur Messung, Prüfung und Berichterstattung von Pflegequalität getroffen worden.

Zur Vorbereitung der Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege hat der GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2013 eine Literaturstudie über Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse können für die Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege genutzt werden.

Unter Bezugnahme auf die gesetzlichen Regelungen zu § 115 Abs. 1a wird begrüßt, dass auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Instrumenten für die Qualitätsprüfung durch die Vertragsparteien nach § 113 Beschlüsse darüber gefasst werden, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität zugrunde zu legen sind.

Bei der Entwicklung der Instrumente zur Qualitätssicherung für den ambulanten Bereich sind die neuen Wohnformen zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 4 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, die Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität entwickeln.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 sowie die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a wird positiv gesehen.

Zur Sicherstellung eines inhaltlich und methodisch aufeinander aufbauenden Verfahrens bei der Festlegung der für Qualitätsprüfungen relevanten Themenbereiche, der daraus resultierenden Prüffragen und Ausfüllanleitungen für die MDK-Prüfer/Prüfer des PKV Prüfdienstes sowie der verfahrensrechtlichen Umsetzungsfragen sieht es der GKV-Spitzenverband auch in Bezug auf die Befragung der Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität als zwingend erforderlich an, Aufträge zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Entwicklung der Grundlagen und Verfahren für die Qualitätsprüfung in einer Hand zu bündeln und durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner bestehenden Richtlinienkompetenz zu vergeben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftraggebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Hierbei sind insbesondere die Ergebnisse des Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ zu berücksichtigen.

Zur Vorbereitung der Vergabe eines entsprechenden Auftrages an unabhängige wissenschaftliche Institutionen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2012 in einem strukturierten Prozess begonnen, unter wissenschaftlicher Begleitung ein Qualitätsverständnis zu entwi-

ckeln, das Maßstab für die Beurteilung ist, welche Qualitätsmerkmale bei der Ausgestaltung der externen Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind. Für den Bereich der Lebensqualität in der stationären Pflege hat der GKV-Spitzenverband einen Auftrag zur Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells vergeben. Das theoretische Rahmenmodell dient zur Identifikation von Kennzeichen/Merkmalen zur Messung, Prüfung und Berichterstattung von Lebensqualität in der stationären Pflege. Die Kennzeichen/Merkmale werden auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erarbeitet. Herangezogen wird insbesondere Literatur zur Lebensqualität. Das theoretische Rahmenmodell der Lebensqualität ist als Teilbereich der Pflegequalität konzipiert worden, d. h. es sind nur Kennzeichen/Merkmale der Lebensqualität berücksichtigt worden, die durch konkrete Maßnahmen der stationären Pflegeeinrichtungen beeinflusst bzw. verändert werden können.

Unter Bezugnahme auf die gesetzlichen Regelungen zu § 115 Abs. 1a wird begrüßt, dass auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Instrumenten für die Qualitätsprüfung durch die Vertragsparteien nach § 113 Beschlüsse darüber gefasst werden, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität zugrunde zu legen sind.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 5 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 sieht vor, dass entwickelte Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung von den Vertragsparteien wissenschaftlich zu evaluieren sind und Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sind.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zur wissenschaftlichen Evaluation der Verfahren zur Qualitätsprüfung und zur Qualitätsdarstellung werden prinzipiell begrüßt. Unter Verweis auf die Ausführungen zu Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 sowie zu § 114a Abs. 7 wird darauf verwiesen, dass die Zuständigkeit für die Evaluation der Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 beim GKV-Spitzenverband und die Zuständigkeit für die Qualitätsdarstellung bei den Vertragsparteien nach § 113 liegen sollte.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 wird gestrichen.

Es wird ein neuer, wie folgt lautender Abs. 6 eingefügt:

(6) Die Umsetzung der entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung werden durch einen vom GKV-Spitzenverband vergeben Auftrag wissenschaftlich evaluiert. Die Umsetzung der Verfahren zur Qualitätsdarstellung werden durch einen von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b vergebenen Auftrag wissenschaftlich evaluiert. Es sind Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 6 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4 Satz 1 Nr. 6 sieht vor, dass durch die Vertragspartner nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, die ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln sollen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen für die Entwicklung eines Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird positiv gesehen. Es wird darauf hingewiesen, dass zurzeit ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt und von der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband betreut wird. Es findet eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluation des Modellprogramms und der insgesamt über 50 Projekte und Konzepte neuer Wohnformen statt, in der die Analyse und Bewertung der Qualitätssicherungsstrukturen bei neuen Wohnformen einen wesentlichen Schwerpunkt bilden. Auch in der Vergangenheit wurden bereits im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI Studien zu diesem Thema, z. B. zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchgeführt. Von daher wird eine enge Anbindung des zu vergebenden Auftrags an das laufende Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45 f SGB XI vorgeschlagen. Damit besteht die Möglichkeit, dass aktuelle Erkenntnisse aus dem Evaluationsprozess in die Konzeptentwicklung für eine Qualitätssicherung neuer Wohnformen einfließen können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 5 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Absatz 4 geplanten Regelungen zur Verpflichtung von Auftragsvergaben über wissenschaftliche Studien soll aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 3 finanziert werden.

B) Stellungnahme

Der Ausgleichsfonds des jetzigen § 8 Absatz 3 beinhaltet bereits jetzt die Finanzierung solcher wissenschaftlicher Studien, die zur Weiterentwicklung der Pflegequalität in Auftrag gegeben werden, sodass die Fortführung dieser Regelung begrüßt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 6 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 01.04.2016 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.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Es wird befürwortet, die Geschäftsstelle politisch und vor allem von staatlichen Stellen unabhängig zu organisieren. Es muss zudem eine gute Koordination zwischen der künftigen Geschäftsstelle und der Forschungsstelle Pflegeversicherung gewährleistet sein.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 7 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren 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 eine Geschäftsordnung zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses. Insbesondere sollen Vereinbarungen zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder, der Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung, zum Vorsitz, zum Beschlussverfahren, zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle, zur Auftragserteilung nach Absatz 4, zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger, zur Bildung von Arbeitsgruppen, zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und weiteren Sachverständige getroffen werden.

B) Stellungnahme

Die Vereinbarung einer Geschäftsordnung ist elementar für die Arbeitsweise des Qualitätsausschusses und wird daher grundsätzlich unterstützt.

Abgelehnt werden dagegen die Regelungen zum Umfang der Organisationen, die bei der Geschäftsordnung mitentscheiden. Es ist unverständlich und unsachgemäß, dass Organisationen, die keine Entscheidungsbefugnis im Qualitätsausschuss haben, die Arbeitsweise des Gremiums mitzubestimmen haben. Das Gesetz und die Gesetzesbegründung haben eindeutig festgelegt, dass die Sachverständigen und die Organisationen, die nach diesem Gesetz ein Beteiligungs- und Mitberatungsrecht haben, dieses auch ausüben können. Daher besteht keine Gefahr, dass sich die Mitglieder des Qualitätsausschusses über diese Organisationen und Personen hinwegsetzen können. Des Weiteren besteht ein Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums, sodass auch auf diesem Wege eine weitere Kontrollfunktion gegeben ist. Daher sind die Interessen der Organisationen nach § 118 ausreichend gewahrt. Soweit der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene Mitglieder des Qualitätsausschusses werden, so kann auch ihnen ein Mitbestimmungsrecht bei der Geschäftsordnung eingeräumt werden. Daher wird auch in diesem Absatz empfohlen, keine Unterscheidung zwischen Vertragsparteien nach § 113 und Mitgliedern des Qualitätsausschusses zu machen. Vielmehr sollen wie bei anderen Gremien üblich, die Mitglieder des Gremiums sich selbst eine Geschäftsordnung geben.

Da gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist, dass die administrative Vor- und Nacharbeit der Gremiumssitzungen von der qualifizierten Geschäftsstelle übernommen werden sollen, wird empfohlen, in die Gesetzesbegründung mit aufzunehmen, dass in der Geschäftsordnung entsprechende Regelungen enthalten sein können.

Letztlich sollten in der Geschäftsordnung zur Beschlussfassung Regelungen analog des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten sein, die die Stimmenverteilung bei den Themen bestimmt, die lediglich einen Teilsektor (z. B. ambulant oder stationär) betreffen. Näheres wurde bereits unter Nummer 28 und unter Absatz 1 aufgeführt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 7 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Mitglieder des Qualitätsausschusses vereinbaren in einer Geschäftsordnung das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses insbesondere (...)“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 113b Absatz 8 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beschlüsse des Qualitätsausschusses sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; es hat ein Beanstandungs- und Auflagenerteilungsrecht. Des Weiteren kann es bei Nichtzustandekommen von Vereinbarungen oder Beschlüssen diese nach Ablauf einer Frist festsetzen.

B) Stellungnahme

Dem Interesse des Bundesgesundheitsministeriums wird bereits mit dem Recht auf Erweiterung und damit Entscheidung eines Beschlussantrags Rechnung getragen. Ebenso hat das Bundesgesundheitsministerium bereits weitgehende Rechte auf Vornahmen im Falle einer Nichteinigung (z. B. Benennung der unparteiischen Mitglieder des Qualitätsausschusses sowie Geschäftsordnung). Die vorgeschlagene Regelung entspricht jedoch der des Gemeinsamen Bundesausschusses.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65a) bb)

§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Änderung betrifft die Prüfung der Abrechnung von Leistungen im ambulanten Bereich. Die bisherige Kann-Vorschrift wird dahingehend geändert, dass die Prüfung der Abrechnung von Leistungen nun regelhaft erfolgt.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV begrüßt ausdrücklich, dass die Regelprüfung zukünftig stets auch die Abrechnung der genannten Leistungen umfassen soll.

Bereits der 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI (Dezember 2014) hatte u. a. festgesellt, dass in der ambulanten Pflege bei 11,2 % der Pflegebedürftigen nicht nachvollziehbar war, dass die vertraglich vereinbarten Leistungen zur Mobilität erbracht worden sind, vgl. MDS-Bericht, S. 11. In den dokumentierten Kurzberichten mehrerer MDKs wurde ferner festgestellt, dass in der ambulanten Pflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zunehmend an ungelernete Pflegekräfte delegiert werden, ohne dass hierfür das erforderliche Wissen, Können und die Eignung der eingesetzten Hilfskräfte vorliegen, vgl. MDS-Bericht, S. 71, 86 oder 97.

Der MDK Baden-Württemberg überprüft bereits heute bei allen in die Stichprobe einbezogenen gesetzlich versicherten Sachleistungsbeziehern regelhaft, ob die erbrachten Leistungen auch korrekt abgerechnet wurden. Dabei konnte festgestellt werden, dass im Jahr 2013 nur 82 % der geprüften ambulanten Pflegedienste die erbrachten grundpflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet haben bzw. nur 88 % der geprüften Pflegeeinrichtungen die erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet haben, vgl. MDS-Bericht, S. 71.

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH, Urt. v. 16.06.2014 – 4 StR 21/14) erfüllt nicht nur die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen bereits den Straftatbestand des Abrechnungsbetruges gem. § 263 StGB. Der Straftatbestand ist nach der ständigen BGH-Rechtsprechung regelmäßig auch dann erfüllt, wenn Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes nachweislich nicht über die mit der Kranken- und Pflegekasse vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen.

Es ist daher nur konsequent, wenn die Landesverbände der Pflegekassen bei entsprechend festgestellten Diskrepanzen zukünftig auch die notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 4, 47a SGB XI einleiten können.

Zur konsequenten Bekämpfung von Fehlverhalten in Pflege besteht aber nach Ansicht des GKV-SV noch weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf gem. § 114 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI, vgl. unten Punkt II.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 123 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65b)

§ 114 Absatz 3 Satz 3 Nr. 3 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Änderung betrifft die Bedingungen für die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassende Reduzierung des Prüfumfangs bei Regelprüfungen in Bezug auf vorliegende Erkenntnisse zur Ergebnis- und Lebensqualität. Es handelt sich um eine Folgeänderung aus § 115 Abs. 1a.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65c)

§ 114 Absatz 4 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Streichung des Abs. 4 betrifft die Bedingungen für die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassende Reduzierung des Prüfumfangs bei Regelprüfungen, sofern aus von Pflegeeinrichtungen veranlassenen Prüfungen Erkenntnisse zur Struktur- und Prozessqualität vorliegen. Die Streichung korrespondiert mit den Streichungen des § 113 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3. Die dort getroffenen Regelung wurden bisher faktisch nicht umgesetzt.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65d) aa) und bb)

§ 114 Absatz 5 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 5 werden die Regelungen gestrichen, die eine Veranlassung einer Wiederholungsprüfung durch die Pflegeeinrichtungen beinhalten. Weiterhin entfällt die Regelung, dass Wiederholungsprüfungen für Pflegeeinrichtungen kostenpflichtig sind.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit der Pflegeeinrichtungen eine Wiederholungsprüfung zu veranlassen, wurde bisher kaum in Anspruch genommen.

Die Regelung, dass Wiederholungsprüfungen für Pflegeeinrichtungen kostenpflichtig sind, bedeutete insbesondere vor dem Hintergrund, dass hierfür keine Pauschalen oder Durchschnittswerte zugrunde gelegt werden durften, für die Landesverbände der Pflegekassen einen hohen bürokratischen Aufwand. Die Änderungen werden daher befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 114a Absatz 7 Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen des Abs. 7 stehen in Verbindung mit dem neuen § 113b Abs. 4 und dem § 115 Abs. 1a. Es ist beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 beschließt. Diese dienen der verfahrensrechtlichen Konkretisierung. Ferner werden die Fristen für entsprechende Beschlüsse festgelegt. Die Richtlinien treten für den stationären und den ambulanten Bereich jeweils gemeinsam mit den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen der Vertragspartner nach § 115 Abs. 1a in Kraft.

B) Stellungnahme

Unter Bezugnahme auf die Stellungnahme zu § 113b Abs. 4 wird ausdrücklich begrüßt, dass die Sicherstellung von Wissenschaftlichkeit u. a. bei Instrumenten und Verfahren hinsichtlich der Qualitätsprüfungen angestrebt wird und dass hierfür Aufträge an wissenschaftliche Institutionen oder unabhängige Sachverständige vergeben werden sollen. Der GKV-Spitzenverband sieht es als außerordentlich schwierig und nicht zielführend an, wenn durch die Vertragsparteien nach § 113 Aufträge zur Entwicklung von Instrumenten der Qualitätsprüfung vergeben werden und die Ergebnisse dieser Aufträge in einer Richtlinie nach § 114a Abs. 7 münden, in denen lediglich verfahrensrechtliche Fragen zu regeln sind. Die Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen wird durch derartige Regelungen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten unnötig kompliziert.

Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftrag gebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher im bisherigen Umfang in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Um einen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess und eine einheitliche Prüfpraxis bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff zu gewährleisten, muss die Entwicklung von Instrumenten, die Durchführung der Qualitätsprüfung sowie die systematische Evaluation und Anpassung der

Prüfinstrumente in einer Hand verbleiben. Dies belegen die Ergebnisse aus der Umsetzung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. Der erste Bericht über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen wird im Juli 2015 durch den MDS veröffentlicht.

Die gesetzliche Neuregelung sollte berücksichtigen, dass die konzeptionellen Grundlagen der Qualitätsprüfungen wissenschaftlich fundiert sein müssen und den methodischen Anforderungen an Qualitätsprüfungen in den unterschiedlichen Versorgungssettings Rechnung tragen. Daher ist vorzusehen, dass zur Weiterentwicklung der Prüfinstrumente Aufträge an wissenschaftliche Institutionen oder unabhängige Sachverständige durch den GKV-Spitzenverband zu vergeben sind. Auf Grundlage der Auftragsergebnisse und unter Beteiligung der im Gesetz genannten Organisationen wird der GKV-Spitzenverband Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 beschließen.

Unter Berücksichtigung vorgenannter Ausführungen ist es folgerichtig und problemlos möglich, die Richtlinien gemeinsam mit den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen in Kraft treten zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils zeitgleich mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in

die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67c)

§ 115 Absatz 1a Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Abs. 1a regelt die Grundsätze für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen im ambulanten und stationären Bereich sowie die Fristen für Beschlussfassungen der Vertragsparteien nach § 113.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden grundsätzlich für zielführend gehalten und begrüßt. Dies gilt insbesondere dafür, dass für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen neben den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 die Richtlinien zu Qualitätsprüfungen nach § 114 zugrunde zu legen sind. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen zu § 114 Abs. 7 verwiesen.

Befürwortet wird ferner, dass Grundlage der Vereinbarungen die Ergebnisse wissenschaftlicher Aufträge gemäß § 113b Abs. 4 sind.

Der Gesetzesbegründung kann entnommen werden, dass zukünftig neben den Anforderungen der Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit auch eine nach Qualität differenzierende und nutzerfreundliche Darstellung der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität angestrebt wird. Die angestrebte Differenzierung wird ausdrücklich begrüßt und sollte sich im Gesetzestext an entsprechender Stelle wiederfinden.

C) Änderungsvorschlag

In § 115 Absatz 1a Satz 1 werden nach den Wörtern „verständlich, übersichtlich“ die Wörter „, nach der Qualität differenzierend“ eingefügt.

In Satz 2 werden die Wörter „Die Vertragsparteien nach § 113“ durch die Wörter „Die Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b“ ersetzt.

In Satz 3 werden nach den Wörtern „§ 113b Absatz 4“ die Wörter „Nummer 1 bis 4“ gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 130 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67d)

§ 115 Absatz 1b Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Einfügung eines neuen Satz 2 verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen zur Übermittlung der Informationen zur Regelung der ärztlichen Versorgung sowie Arzneimittelversorgung an den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zum Zwecke der einheitlichen Veröffentlichung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67e)

§ 115 Absatz 5 Satz 1 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in Abs. 5 Satz 1 dient der Klarstellung, dass dem ambulanten Pflegedienst bei Feststellung schwerwiegender Mängel eine weitere Versorgung der Pflegebedürftigen untersagt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie sollte hinsichtlich der in § 36 Absatz 1 genannter Pflegesachleistungen konkretisiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

(5) Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Erbringung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70

§ 122 Übergangsregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich zum einen um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Zum anderen wird die Anerkennung von nach Landesrecht anerkannte niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote geregelt. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die am 31.12.2016 anerkannt sind, gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren ab dem 01.01.2017 als anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a (neu). Die Länder sind ermächtigt, hiervon abweichende Regelungen durch Rechtsverordnung zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Neugliederung der nach Landesrecht anerkannt niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote – künftig Angebote zur Unterstützung im Alltag – in § 45a stellt keine inhaltliche Änderung der Angebote dar. Folgerichtig können diese Angebote grundsätzlich automatisch als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt werden. Allerdings ist es erforderlich, dass im Fall einer Erweiterung des bisher bestehenden Angebotes ab dem 01.01.2017 ein entsprechendes erweitertes Konzept vorzulegen ist. Insofern ist es zu befürworten, dass die Länder ermächtigt sind, abweichende Regelungen durch Rechtsverordnung zu treffen. Auch für die bereits anerkannten Angebote sollte die Pflicht zur Vorlage einer Übersicht der aktuellen Leistungsangebote einschließlich der hierfür vorgesehen Kosten gelten. Andernfalls ist die Übersicht und Transparenz der Angebote nach § 45a (neu) für die Versicherten unvollständig und ungenügend.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 133 von 170

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Förderungsvoraussetzungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegegrade 1 bis 5.

B) Stellungnahme

Die Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen hinsichtlich einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung zu erfüllen hat, sind an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen sind durch Verweise auf die Pflegegrade zu ersetzen. Für den vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden Pflegegrad wird ein doppelter Stufensprung (aus Pflegestufe III wird Pflegegrad 5) vorgenommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Bei Versicherten, die bis zum 31.12.2016 bereits eine Pflegestufe haben, aber nicht zusätzlich eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, werden ohne erneute Begutachtung nach dem „einfachen Stufensprung“ in die neuen Pflegegrade übergeleitet:

PS I ==> PG 2

PS II ==> PG 3

PS III ==> PG 4

Härtefall ==> PG 5

Versicherte, bei denen bis zum 31.12.2016 eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden ohne erneute Begutachtung nach dem „doppelten Stufensprung“ in die neuen Pflegegrade übergeleitet:

PS 0 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 2

PS 1 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 3

PS 2 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 4

PS 3 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 5

Härtefall + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 5

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

B) Stellungnahme

Die Überleitungsregel wird begrüßt. Es handelt sich um eine klare Regelung, die den Empfehlungen des Expertenbeirates folgt. Doppelbegutachtungen werden hiermit ausgeschlossen, es sei denn, der Versicherte beantragt von sich aus eine Neubegutachtung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit sich trotz Übergangsregelungen nach dem neuen Begutachtungsassessment begutachten zu lassen und bei einer nachgewiesenen Schlechterstellung trotzdem in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben zu können, wird voraussichtlich zu umfangreichen Begutachtungen führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 2 Absatz 1 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 regelt den erforderlichen Schutz des Besitzstandes für Leistungen der Pflegeversicherung ab dem Stichtag 01.01.2017 im Bereich der häuslichen Pflege. Danach gilt als Grundsatz, dass die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen in häuslicher Pflege, die dem Pflegebedürftigen bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auf diese Leistungen auch weiterhin ein Anspruch besteht. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz unberührt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist vor dem Grundsatz, dass kein Leistungsberechtigter, der vor der Systemumstellung bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhält, nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 2 Absatz 2 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 räumt auch für den erhöhten Leistungsbetrag von 208 € nach § 45b Absatz 1 Satz 2, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird, Besitzstandsschutz ein. Dies wird in der Weise umgesetzt, dass Besitzstandsschutz besteht, wenn der Pflegebedürftige bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der von ihm regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielen würde. Bei der Ermittlung des Gesamtwertes wird auf den Gesamtwert der Leistungen Bezug genommen, die der Pflegebedürftige in den letzten 18 Monaten vor der Rechtsänderung bezogen hat (Bezugsgröße). Der Gesamtwert ist durch die Anzahl der Monate zu teilen, in denen der Pflegebedürftige den erhöhten Betrag vor dem Umstellungszeitpunkt bezogen hat.

Vor dem Hintergrund der Komplexität dieser Vorschrift wird den Pflegekassen aufgegeben, die Bezugsgröße den Betroffenen mitzuteilen und deren Inhalt und Zustandekommen zu erläutern. Diese sollen in die Lage versetzt werden, zu prüfen, ob ihnen Besitzstandsschutz zusteht.

B) Stellungnahme

Den Pflegekassen wird mit dieser Übergangsregelung eine äußerst verwaltungsintensive Aufgabe auferlegt. Zudem ergibt die Ermittlung des Gesamtwertes der letzten 18 Monate ein unrealistisches Bild, unter anderem durch den möglichen Wechsel von Leistungsarten, Kombinationsleistungen und Kassenwechsel. Darüber hinaus ist die Regelung aufgrund ihrer Komplexität für den Versicherten schwer nachzuvollziehen. Daher sollte der Besitzstandsschutz für den erhöhten Betrag nach § 45b Abs. 1 entsprechend der regelmäßig wiederkehrenden Leistungen geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und die Wörter „hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich der Bestandsschutz nach Absatz 2“ gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 138 von 170

Der Absatz 2 wird gestrichen.

Der Absatz 3 wird Absatz 2.

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

§ 2 Absatz 3 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 regelt, dass durch die Überleitung der Pflegesätze kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat, einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz gemäß § 84 Absatz 2 Satz 3 entrichten muss. Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der zu entrichtende Eigenanteil im ersten Monat nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist künftig ein Zuschlag in Höhe des Differenzbetrages von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist folgerichtig und führt die vorangegangenen Besitzstandswahrungen für den stationären Bereich fort. Die Regelung wird voraussichtlich vor allem die Pflegebedürftigen treffen, die in der bisherigen Pflegestufe 1 deutlich weniger Eigenanteil am Pflegesatz zu zahlen hatten als im künftigen Pflegegrad 2. Die künftigen Pflegegrade 3 bis 5 dürften durch die Neuregelung entlastet werden und fallen somit nicht unter diese Besitzstandswahrung. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Regelung zu erheblichen Umsetzungsproblemen bei den Pflegekassen im administrativen Bereich führen wird. Da die einzuführenden einrichtungsinternen Eigenanteile unter den 13.000 zugelassenen Pflegeheimen unterschiedlich sind, muss für fast jeden Pflegebedürftigen des künftigen Pflegegrad 2 die Bezuschussung des künftigen § 2 Absatz 3 individuell berechnet werden. Das führt zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand, der auch schwer mit einem einheitlichen Verfahren aufgefangen werden kann. Des Weiteren ist die Besitzstandswahrung aufgrund der oben beschriebenen Einzelfallberechnung in seinem Ergebnis schwer zu kalkulieren. Die unterschiedliche Handhabung von Pflegesatzverhandlungen, die teilweise über eine Pflegesatzkommission teilweise direkt zwischen den Parteien geführt werden, sowie die bisher höchst unterschiedliche Handhabung des Eigenanteils für die Pflegebedürftigen durch die Pflegeheime, lassen es nicht absehen, welche finanziellen Auswirkungen durch die Auffangregelung des Absatzes 3 auf die Pflegeversicherung zu kommen. Ob die durch die Verringerung der Leistungsbeträge im künftigen Pflegegrad 2 eingesparten Leistungen diese Kostenerhöhungen für die Besitzstandswahrung auffangen, ist derzeit nicht abzusehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 140 von 170

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 2 Absatz 4 und 5 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 stellt im Wesentlichen sicher, dass eine gleichbleibende Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen ab dem Umstellungszeitpunkt erfolgt.

Des Weiteren wird im Absatz 4 Satz 3 und 4 festgelegt, dass Personen, die am 31.12.2016 an regelmäßig zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig einen Versicherten in der so genannten Pflegestufe 0 mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz pflegen, ab dem 01.01.2017 für die weitere Dauer dieser Pflgetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig sind.

Darüber hinaus sieht Absatz 4 Satz 5 im Rahmen einer Günstigerprüfung vor, dass die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge nach altem Recht fortgeführt wird, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts keine günstigeren Ansprüche für die Pflegepersonen ergeben.

Mit der Regelung des Absatzes 5 wird sichergestellt, dass der durch Absatz 4 begründete Besitzstandsschutz insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung beendet wird, mit hin in den Fällen, in denen festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind.

B) Stellungnahme

Der beabsichtigten Neuregelung zu Absatz 4 Satz 1 und 2 ist zuzustimmen.

Die Konzeption der – unechten – Besitzstandsregelung nach Absatz 4 Satz 3 und 4 erscheint allerdings fragwürdig. Es erschließt sich nicht, warum Pflegepersonen, die nach bisherigem Recht nicht rentenversicherungspflichtig waren, so gestellt werden sollen, als wären sie (allerdings unter den erst ab 01.01.2017 geltenden Voraussetzungen!) rentenversicherungspflichtig gewesen, damit für sie – unter Beachtung des Günstigkeitsprinzips – noch die alten beitragsrechtlichen Bedingungen Anwendung finden. Es erscheint vielmehr angebracht, diesen Personen ab 01.01.2017 einen Rentenversicherungsschutz unter den dann geltenden Bedingungen einzuräumen.

Nach der Begründung ist es erklärtes Ziel, dass der Besitzstandsschutz nach Absatz 4 nicht unbegrenzt ist. Die Festlegung über die Beendigung des Besitzstandsschutzes in Absatz 5 lässt jedoch den großen Teil der Fälle außer Acht, in denen auf der Grundlage einer Neubegutachtung keine Änderungen in den Verhältnissen, weder bei der pflegebedürftigen Person noch bei der Pflegeperson, festgestellt werden. In der Folge bemessen sich die beitragspflichtigen Einnahmen für diese Pflegepersonen ab dem 01.01.2017 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 SGB VI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Die beabsichtigte Neuregelung würde mithin eine über mehrere Jahre andauernde parallele verwaltungsaufwändige Rechtsanwendung erforderlich machen, was unter Umständen weitere Fragen bei Fällen der Mehrfachpflege mit und ohne Besitzstandsschutz aufwirft. Im Übrigen müssten in den MDK-Gutachten für Besitzstandsfälle weiterhin die Pflegezeiten festgehalten werden, die nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 SGB VI für die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen erforderlich wären.

Es erscheint daher sachgerecht, die berechtigte Zielsetzung einer den Belangen der Betroffenen ausreichend Rechnung tragenden Besitzstandsregelung in Einklang zu bringen mit den Erfordernissen der operativen und verwaltungswirtschaftlichen Umsetzung. In der Konsequenz sollte die Besitzstandsregelung eine insofern ausgewogene zeitliche Begrenzung erfahren.

C) Änderungsvorschlag

Die in § 2 Absatz 4 Satz 3 und 4 SGB XI vorgesehene Besitzstandsregelung ist grundsätzlich in Frage zu stellen.

§ 2 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 4 Satz 1 bis 4 [abhängig davon, ob an der beabsichtigten Regelung der Sätze 3 und 4 festgehalten wird] ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, ab dem eine Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht durchgeführt wird“.

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

§ 2 Absatz 7 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Besitzstandsregelung wird sichergestellt, dass die für Pflegepersonen nach altem Recht auf Antrag begründeten Versicherungspflichtverhältnisse in der Arbeitslosenversicherung auch nach der Umstellung auf das neue Recht, also über den 31.12.2016 hinaus, fortbestehen. Der Besitzstandsschutz endet, wenn insbesondere aufgrund einer Begutachtung nach dem ab 01.01.2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass keine Pflegebedürftigkeit oder keine Eigenschaft als Pflegeperson mehr vorliegt.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht – bis auf die Günstigkeitsregelung – der Besitzstandsregelung für die Absicherung in der Rentenversicherung nach § 2 Abs. 4 und 5. Sie ist sachgerecht und bedarf hinsichtlich ihrer Beendigung – anders als in der Rentenversicherung (vgl. Vorschlag zu Artikel 2 § 2 Abs. 4 und 5) – keiner Änderung, da im Fall eines Versicherungspflichtverhältnisses das bisherige und das neue Recht keine unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen vorsehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 3 Absatz 1 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Übergangsregelung wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die nach § 15 Absatz 5 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad überleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren bestimmt.

B) Stellungnahme

Die Übergangsregelung ist sachgerecht, da auf Grundlage des alten Begutachtungsverfahrens ausgesprochene Fristen durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 3 Absatz 2 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gegenwärtig für alle Antragsteller geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse, mit welchem das Ergebnis der Pflegebegutachtung mitgeteilt wird, innerhalb von fünf Wochen ab Antragstellung erteilt werden muss, wird auf diejenigen Fälle konzentriert, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Für die anderen Antragsteller ist die Fünf-Wochen-Frist für einen Übergangszeitraum von einem Jahr ab Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unbeachtlich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise zu entwickeln.

B) Stellungnahme

Die Übergangsregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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

§ 3 Absatz 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wenn bei besonders dringendem Entscheidungsbedarf innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, hat die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen. Die Übergangsregelung gilt vom 01.01.2017 bis 31.01.2017.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur in Absatz 2 bestimmten Beschränkung der Geltung der Fünf-Wochen-Frist auf diejenigen Anträge, bei denen besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Jedoch ist der Aufwand für die Pflegekassen, für einen Monat Verträge mit externen Gutachtern zu schließen, viel zu groß, sodass die Vorschrift keine Praxisrelevanz hat (vgl. auch ergänzender Änderungsbedarf zu § 18 SGB XI).

C) Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 3 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 147 von 170

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

§ 3 Absatz 4 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der modifizierten Anwendung der Entscheidungsfristen nach Absatz 2 wird im gleichen Zeitraum (01.01.2017 bis 31.12.2017) auch die Verpflichtung der Pflegekassen zur Leistung einer Zusatzzahlung bei Fristüberschreitung ausgesetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 1 Neuverhandlung der Pflegesätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber befristet alle zum Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen von Gesetzes wegen bis zum 31.12.2016. Für den vorgesehenen Übergang sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind auch für die in der vollstationären Pflege untergebrachten Pflegebedürftigen für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Die Pflegesatzkommissionen können ein landesweit einheitliches Verfahren für alle Pflegesatzverhandlungen bestimmen. Kommt eine Einigung über ein solches Verfahren nicht zustande, ist dieses schiedsstellenfähig.

B) Stellungnahme

Die Überleitung der Vergütungen von Pflegesätzen der über 13.000 voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen ist notwendig. Daher wird sowohl eine Stichtagssetzung als auch die Möglichkeit der Vereinbarung eines landeseinheitlichen Verfahrens begrüßt. Ein solches einheitliches Verfahren wird zudem als dringend notwendig angesehen, da ansonsten in einer solch kurzen Zeit die Neuverhandlungen durch die Verhandlungspartner schwer umsetzbar sein dürften. Es wird daher empfohlen die geplante „Kann-Regelung“ in eine „Ist-Regelung“ umzuwandeln.

Zudem muss sichergestellt werden, dass die Pflegeheime diese notwendigen Verhandlungen nicht nutzen, um Vergütungserhöhungen durchzusetzen, die über den voraussichtlichen Kostensteigerungsraten liegen. Daher kann die geplante Formulierung zu diesem Zweck ausgenutzt werden. Es sollte nochmal deutlicher vom Gesetzgeber klar gestellt werden, dass diese Verhandlungen ausschließlich zur Überleitung der Pflegesätze durch die Neuerungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dienen. Es wird ebenso begrüßt, dass die Verhandlungspartner zunächst in die Lage versetzt werden, ein eigenständiges Verhandlungsverfahren zu entwickeln, welches das heterogene Verhandlungsbild zwischen den einzelnen Bundesländern widerspiegelt und die Überleitungsregelungen der §§ 2 ff. erst bei Nichtzustandekommen der neuen Vergütungsvereinbarungen gelten.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.07.2015
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 22.06.2015
Seite 149 von 170

C) Änderungsvorschlag

§ 1 Satz 4 wie folgt zu fassen:

Dabei hat die Pflegesatzkommission nach § 86 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 2 zu bestimmen.

Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 2 Alternative Überleitung der Pflegesätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kommt binnen drei Monaten vor dem Tag der Umstellung für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 1 zustande, gilt eine Überleitungsberechnung nach § 3.

B) Stellungnahme

Die Regelung beschreibt das Subsidiaritätsprinzip, dass zunächst Verhandlungen nach § 1 zu führen sind und erst bei Nichteinigung die Berechnungen des § 3 gelten. Die Regelung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Aus gesetzessystematischem Blickwinkel, ist ein eigenständiger Paragraf für diese Regelung jedoch entbehrlich und sollte als eigener Absatz in den § 1 integriert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte in den § 1 als eigener Absatz integriert werden

Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 3 Verfahren für die Umrechnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung beschreibt das Umrechnungsverfahren sowie die Ermittlung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils.

B) Stellungnahme

Die Regelung bestimmt, dass die Verhandlungspartner für eine neue Pflegesatzvereinbarung bis zum 30.09.2016 Zeit haben. Zwar lässt diese zeitliche Struktur mit Neugeltung ab dem 01.01.2017 keine spätere Frist zu, jedoch ist zu bedenkenbedeutet, dass es einen erheblichen Verhandlungsaufwand für die Verhandlungsparteien bedeutet, für die 13.000 Pflegeheime eine neue Vereinbarung zu schließen. Daher wird hier nochmals auf die Notwendigkeit von einem einheitlichen Verfahren in den Bundesländern hingewiesen. Dessen ungeachtet wird angeregt, die unter § 4 bestimmte Mitteilungspflicht auf den 30.09.2016 vorzuverlegen, um den Zeitkorridor für die Umstellung der Pflegesätze von Pflegestufen in Pflegegrade sachgerecht zu verlängern. Der Absatz 1 sollte entsprechend angepasst werden.

Gleichzeitig wird empfohlen, für einen rechtssicheren und verlässlichen Übergang die festgelegte Vergütungsvereinbarung im Systemübergang für ein Jahr festzuschreiben. Damit werden Anreize gesetzt, im Rahmen der Landespflegesatzkommissionen Verfahren zur vereinfachten Überleitung festzulegen. Ebenso werden hierdurch direkte Neuverhandlungen von Pflegesätzen vermieden. Das Umrechnungsverfahren gemäß Absatz 2 ist sachgemäß und ermittelt im vereinfachten Verfahren sowohl die übergeleiteten Pflegesätze und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Zur Berechnung des Eigenanteils wird bereits näheres unter Nr. 46 b) ausgeführt.

C) Änderungsvorschlag

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

Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

Die Vereinbarungen nach §§ 1, 2 und 3 Abs. 1 bis 3 gelten bis zum 31.12.2017 fort.

Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 4 Pflichten der Beteiligten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung beschreibt die Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten der am Umrechnungsverfahren Beteiligten.

B) Stellungnahme

Die Regelung legt in Absatz 1 sachgemäß fest, dass die Pflegeheime den Pflegekassen zum Stichtag die für die Umrechnung relevanten Daten mitteilen müssen. Da keine Verhandlung, sondern lediglich eine Umrechnung vorgesehen ist, ist das Verfahren maßgeblich von der Mitwirkung der Beteiligten abhängig. Daher ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Pflegeheime die Verpflichtung haben, die neuen Pflegesätze anhand der in § 3 Absatz 2 Satz 2 zu ermitteln. In diesem Zusammenhang wird jedoch angeregt, die Meldefrist um einen Monat nach vorne zu verschieben, so dass das Pflegeheim bis zum 30.09.2016 die entsprechenden Angaben mitteilen muss. Es ist zu befürchten, dass es aufgrund der zahlreichen Überleitungsverfahren ansonsten zu einer Verzögerung im Ablauf kommen kann.

Die Regelung über die Beanstandungen der von den Pflegeheimen übermittelten Angaben gemäß Absatz 2 wird kritisch gesehen. Regelungen über Mehrheitsentscheidungen setzen immer voraus, dass es gleichzeitig konkrete Regelungen über die Stimmenverteilung gibt. Dieses ist im § 85 Absatz 2 jedoch nicht der Fall. Daher dürfte es in der Praxis nicht möglich, bzw. höchst widersprüchlich sein, eine Mehrheit zu ermitteln. Es sollte eine anderweitige gesetzliche Regelung gefunden werden, die eine Rechtssicherheit zulässt.

Die Regelung sieht ferner keine Rechtsfolgen bei mangelnder Mitwirkung vor. Daher bleibt offen, wie das Verfahren abgeschlossen wird, soweit das Pflegeheim seiner Mitteilungspflichten nicht nachkommt.

Letztlich bedarf es im Absatz 1 Satz 1 einer redaktionellen Anpassung, da das Verfahren auch auf teilstationäre Einrichtungen angewandt wird.

C) Änderungsvorschlag

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

Es sollte eine Regelung der Rechtsfolgen bei mangelnder Mitwirkung durch die Pflegeheime, sowie eine anderweitige Regelung über die Beanstandung gemäß Absatz 2 eingefügt werden.

Artikel 4 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Neueinführung von Pflegegraden sowie zum Wegfall der Ermittlung von Pflegezeiten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit werden analog der Absicherung der Pflegepersonen in der Rentenversicherung auf die Versicherungspflicht auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung übertragen. Auch hierfür wird vorausgesetzt, dass die Pflegeperson eine dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 zugeordnete pflegebedürftige Person regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und folgerichtig, da sich die Versicherungspflicht auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung auch bereits bisher an den Voraussetzungen für die Absicherung in der Rentenversicherung orientiert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 37 Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP) auch krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen in den in § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung umfasst, auch wenn der jeweilige Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI bereits berücksichtigt wurde. Zudem sollen Satzungsleistungen in Bezug auf die Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht zulässig sein, wenn bei dem Versicherten mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt.

B) Stellungnahme

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich des SGB XI sind auch Folgeänderungen in der häuslichen Krankenpflege im Bereich des SGB V erforderlich.

Die bisherige explizite Regelung in § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V, wonach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen umfasst, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI zu berücksichtigen ist, ist der besonderen Systematik der ausschließlich verrichtungsbezogenen Feststellung des maßgeblichen (zeitlichen) Hilfebedarfs im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Entwicklung der diesbezüglichen Rechtsprechung geschuldet. Bei der Feststellung des maßgeblichen (zeitlichen) Hilfebedarfs für die abschließend im SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege werden nach den auf Basis der Rechtsprechung entwickelten Begutachungskriterien auch weitergehende Pflegemaßnahmen berücksichtigt, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege sind oder objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen. Dies gilt beispielsweise für die ggf. erforderliche oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens. Solche Pflegemaßnahmen können sich demnach durch die Berücksichtigung des Hilfebedarfs bei der Feststellung der Pflegestufe anspruchsbegründend bzw. anspruchserhöhend im Bereich der Pflegeversicherung auswirken und gleichzeitig einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37

Abs. 2 SGB V auslösen, da es sich insoweit um behandlungspflegerische Leistungen handelt. Aufgrund dieser „parallelen Zuständigkeit“ entstand Rechtsunsicherheit, die in höchstrichterlicher Rechtsprechung bis ins Jahr 2005 problematisiert wurde. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes durch die o.g. explizite Regelung des Leistungsanspruchs in § 37 Abs. 2 SGB V und die Regelung zur Berücksichtigung des Zeitaufwands für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen in § 15 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB XI klargestellt, dass eine solche „Doppelzuständigkeit“ bewusst – weil ausnahmsweise geboten – vorgesehen ist.

Aufgrund der beabsichtigten grundlegenden Änderung der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegegraden auf Basis der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit entfällt die verrichtungsbezogene Ermittlung des Hilfebedarfs und damit des Zeitaufwands für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege. Zudem fließen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen im Bereich der „Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ als eigener Bewertungsbereich in die Gesamtbewertung ein. Damit ist der Einbezug des bisher als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme bezeichneten Hilfebedarfs in die neue Systematik der Pflegegradermittlung umfänglich geregelt. Bezüglich der leistungsrechtlichen Abgrenzung der Zuständigkeit regelt § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (neu), dass der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 SGB XI (neu) entspricht. Der Einbezug der Beeinträchtigungen in die Ermittlung des Pflegegrades nach dem SGB XI einerseits und der Leistungsanspruch nach § 37 SGB V andererseits sind somit eindeutig geregelt, sodass es keiner weiteren Klarstellung in § 37 SGB V bedarf. Der gesetzgeberische Wille, wie bisher Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege unabhängig davon zur Verfügung zu stellen, ob Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den maßgeblichen Bereichen in die Feststellung der Pflegegrade eingeflossen sind, wird ausreichend deutlich.

Die beabsichtigte Änderung, in § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V eine besondere Regelung für (jetzt) krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen in Bezug auf die in § 14 Abs. 2 Nummer 1 und 4 SGB XI genannten Bereiche sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung vorzusehen, ist nicht sachgerecht. Die Begrifflichkeit der „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ würde im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weitgehende leistungsrechtliche Fragen aufwerfen. Der Begriff der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wird nach aktueller Rechtsgrundlage durch den Verrichtungsbezug und die gesetzliche Legaldefinition in § 15 Abs. 3 Satz 3 SGB XI eindeutig bestimmt. In diesem

Zusammenhang wird u. a. klargestellt, dass es sich insoweit um Maßnahmen der Behandlungspflege handelt. Da diese Legaldefinition mit der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie dargestellt nicht mehr im Einklang steht, soll folgerichtig die Konkretisierung in § 15 Abs. 3 Satz 3 SGB V ersatzlos gestrichen werden. Ohne diese Konkretisierung würde jedoch bei der beabsichtigten Substitution des Begriffs der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen durch den nicht näher bestimmten Begriff der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen das Leistungsspektrum nach § 37 SGB V ggf. unbestimmt erweitert. Die vorgesehene Bezugnahme der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auf die Bereiche des § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI bestimmt nicht in ausreichendem Maße – so wie bisher die Kriterien „untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den gesetzlich definierten Verrichtungen“ oder „objektiv notwendige Erbringung im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Verrichtungen“ –, in welchem Zusammenhang die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu den Aktivitäten und Fähigkeiten der dort genannten Bereiche stehen müssen. Zudem würde die Bezugnahme auch auf Hilfen bei der Haushaltsführung über die Systematik der heutigen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen hinausgehen, da diese nur auf die Verrichtungen der Grundpflege ausgerichtet sind. Schließlich ist auch die Formulierung „... in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit...berücksichtigt ist“ unklar, da im neuen Begutachtungsassessment kein Hilfebedarf, sondern die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

Im Ergebnis würde durch die vorgesehene begriffliche Anpassung der Regelung des § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V Rechtsunsicherheit in Bezug auf das Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege entstehen. Die ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf beabsichtigte rein rechtstechnische Anpassung an die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird wie dargestellt durch die beabsichtigten Regelungen in §§ 14 und 34 SGB XI bereits erreicht. Von daher kann § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V ersatzlos gestrichen werden.

Die beabsichtigte Änderung in § 37 Abs. 2 Satz 6 SGB V, wonach Satzungsleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht zulässig sind, bedeutet eine sachgerechte Anpassung an die neue Rechtslage mit 5 Pflegegraden.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37 Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V, in seiner Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bestimmen, soll der Begriff „verrichtungsbezogenen“ gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Ausführungen zu Art. 5 Nr. 1 verwiesen. In Folge des dortigen Vorschlags, § 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V ersatzlos zu streichen, ist auch der Auftrag in § 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in seiner Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bestimmen, ersatzlos zu streichen. Damit ist keine Verkürzung des Leistungsanspruchs auf häusliche Krankenpflege verbunden, da der Anspruch auf die erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unberührt bleibt. Bei der Ausgestaltung der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die bisher gesondert als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen ausgewiesenen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 3 Satz 1 Nr. 1a Sonstige Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Recht der Pflegeversicherung vorgenommenen Änderungen hinsichtlich der sozialen Absicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (vgl. Artikel 1 Nr. 20 und Nr. 37 Buchstabe a) werden im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung (hier: Voraussetzungen für die Versicherungspflicht) nachvollzogen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit Artikel 1 Nr. 20 und 37 vorgenommenen Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 5 Absatz 2 Versicherungsfreiheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die bisher geltende Geringfügigkeitsgrenze von 400 Euro im Monat für die beitragspflichtigen Einnahmen, bis zu der für eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson Versicherungsfreiheit besteht, aufgehoben. Mit der Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen nach Artikel 1 Nr. 37a wird künftig ausgeschlossen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflēgetätigkeit einer Pflegeperson bereits zu einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Geringfügigkeitsgrenze für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ist dann sachgerecht, wenn im Zusammenhang mit dem 30-prozentigen Mindestpflegeaufwand der Pflegeperson eine Klarstellung in der Form erfolgt, dass sowohl gewerbliche Pflegeanbieter als auch nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen in den Gesamtpflegeaufwand einzubeziehen sind. Ansonsten könnten Pflegepersonen bei Mehrfachpflege mit beitragspflichtigen Einnahmen von wesentlich unter 400 Euro rentenversicherungspflichtig werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner – auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 166 Absatz 2 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beitragspflichtigen Einnahmen werden zukünftig danach bemessen, welchem Pflegegrad die pflegebedürftige Person zugeordnet ist und welche Art von Leistung (Pflegesachleistung, Kombinationsleistung oder Pflegegeld) gewährt wird. Eine Differenzierung nach zeitlichem Pflegeaufwand erfolgt nicht mehr. Bei Mehrfach- und Additionspflege wird die beitragspflichtige Einnahme nach dem bisherigen Prinzip aufgeteilt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit Artikel 1 Nr. 20 und 37 Buchstabe a vorgenommenen Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 Absatz 3a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Aktuelle Regelung

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

B) Stellungnahme

Nach etwas mehr als 2 Jahren Erfahrung mit der Anwendung von § 18 Abs. 3a zeigt sich, dass die Anwendung dieser Regelung in der Verwaltungspraxis der Pflegekassen keine Relevanz entfaltet. Die Begutachtungszeiten der Medizinischen Dienste befinden sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in dem vom Gesetzgeber vorgesehenen zeitlichen Rahmen. Die Vorschrift sollte deshalb gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 3a Nr. 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 84 Absatz 7 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beschränkung der Verpflichtung der Träger der stationären Einrichtung, die in Pflegesatzverhandlungen zugrunde gelegte tarifvertragliche oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelung an die Beschäftigten weiter zu geben, sollte auch auf den Bereich erweitert werden, bei denen zwar keine tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben bestehen, jedoch bei den Pflegesatzverhandlungen konkrete anderweitige Personalkostenvorgaben zugrunde gelegt werden.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz den neuen Abs. 7 angefügt und damit bei Vorliegen einer Pflegesatzvereinbarung auf der Grundlage der Bezahlung Beschäftigter nach tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben den jeweiligen Träger der Einrichtung verpflichtet, die entsprechende Bezahlung einzuhalten (Satz 1). Damit soll ein angemessenes Verhältnis zwischen vereinbarter Pflegevergütung und den tatsächlichen Leistungen der Pflegeeinrichtung gewährleistet und sichergestellt werden, dass finanzielle Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten in der vereinbarten Höhe ankommen (vgl. BT-Drs. 18/2909 S. 44). Der Träger der Einrichtung ist auf Verlangen zum Nachweis verpflichtet (Satz 2); personenbezogene Daten sind zu anonymisieren (Satz 3); Näheres zum Nachweis ist in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 zu regeln (Satz 4). Durch die Verpflichtung zur Einhaltung tariflicher bzw. kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung und die Nachweisobliegenheit soll auch die Möglichkeit eröffnet werden, für den Fall der Nichteinhaltung eine Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung unabhängig vom Nachweis eines konkreten Qualitätsdefizits nach § 115 Abs. 3 herbeizuführen (BT-Drs. 18/2909 S. 44).

Das mit der gesetzlichen Regelung verfolgte Anliegen besteht ebenso, wenn zwar keine tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben bestehen, aber bei den Pflegesatzverhandlungen konkrete Personalkosten zugrunde gelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 84 Abs. 7 Satz 1 ist der Einschub „nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorrangige Berücksichtigung von bereits fachlich konsentierten Expertenstandards bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a.

B) Stellungnahme

Es wird angeregt, in Abs. 2 einen Passus aufzunehmen, der die Vertragsparteien zur vorrangigen Aktualisierung von bereits vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards verpflichtet. Trotz einer sinngemäßen Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 113 in der Verfahrensordnung konnte die Aktualisierung wichtiger Expertenstandards (z. B. zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe, zum Schmerz- oder Ernährungsmanagement) bisher nicht konsentiert werden. Da die vorgenannten Expertenstandards wichtige Kernbereiche der Pflege aufgreifen, hierzu evidenzbasierte Erkenntnisse vorliegen und gerade zu diesen Themen Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege notwendig sind, sollten besonders diese Themen im Sinne des § 113a aufgegriffen und von den Vertragspartnern konsentiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: Hierbei sind vorrangig die Themen zu berücksichtigen, zu den bereits fachlich konsentierten Expertenstandards vorliegen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Konkretisierung der Regelung zur Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 113, die Praxis bei der Einführung von Expertenstandards zu unterstützen.

B) Stellungnahme

Abs. 3 Satz 3 betrifft die Verpflichtung der Vertragsparteien, die Einführung von Expertenstandards in der Praxis zu unterstützen.

Es wird angeregt, die Regelungen dahingehend zu ändern, dass insbesondere die Verbände der Pflegeeinrichtungen einen Unterstützungsauftrag bei der Einführung und Umsetzung von Expertenstandards in der Pflege wahrzunehmen haben. Es entspricht gängiger Praxis, dass die bei Innovationen für erforderlich gehaltene Unterstützung (z. B. die Organisation oder Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen oder die bedarfsbezogene fachliche Beratung oder Begleitung der Praxiseinrichtungen vor Ort) insbesondere dezentral organisiert wird. Entsprechend ist eine Unterstützung bei der Umsetzung von Expertenstandards in erster Linie durch die Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundes- oder Landesebene realisierbar und keine Aufgabe, die durch die Leistungsträger durchgeführt werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 wird geändert: Insbesondere die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene stellen auf Grundlage der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch geeignete Maßnahmen die Einführung und Umsetzung von Expertenstandards in der Praxis sicher.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine sprachliche Präzisierung hinsichtlich des Begriffs „Ergebnisqualität“ angeregt.

B) Stellungnahme

In Satz 3 wird in der Klammer erläuternd der Begriff „Ergebnisqualität“ verwendet. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen und auf Grundlage von Stichproben und Kriterien die Erhebung von Ergebnisqualität im Sinne eines „outcomes“ (z. B. neu aufgetretene Druckgeschwüre in den letzten sechs Monaten) prinzipiell schwierig ist, wird angeregt, den Begriff „Ergebnisqualität“ durch den Begriff „Versorgungsqualität“ im Sinne einer bewohner-/kundenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität zu ersetzen. Dieser Begriff trägt der tatsächlichen Prüfpraxis Rechnung, dass im Rahmen von Qualitätsprüfungen auf Grundlage einer Inaugenscheinnahme der körperliche Gesundheitszustand und die Qualität der pflegerischen Versorgung z. B. bei der Körper-/Mundpflege oder der Zustand der Haut begutachtet wird.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 3 wird der Begriff „Ergebnisqualität“ durch den Begriff „Versorgungsqualität“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114a Absatz 1 Satz 3 Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig müssen Anlassprüfungen wieder unangemeldet erfolgen können.

B) Stellungnahme

Fehlverhalten in der ambulanten Pflege ist nicht nur ein regionales, sondern ein bundesweites Phänomen. In allen Bundesländern werden von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI zunehmend Fälle ermittelt und geprüft, die ein auf Dauer angelegtes, planmäßiges und strukturiertes Vorgehen zum Nachteil der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erkennen lassen.

Deshalb ist problematisch, dass im Ergebnis der durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.10.2012 in Kraft getretenen Änderung des § 114a Abs. 1 Satz 3 SGB XI „Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen“ stets „am Tag zuvor anzukündigen“ sind. Demgegenüber sind Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 114a Abs. 1 Satz 2 SGB XI „grundsätzlich unangemeldet durchzuführen“.

Der Gesetzgeber ist nach der Gesetzesbegründung offenkundig davon ausgegangen, dass bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten in der Praxis ohnehin vielfach eine Prüfanündigung am vorherigen Tag stattfindet, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der jährlichen Regelprüfung sicherzustellen. Die Pflegedienstleitung sei in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden und damit bei unangemeldeter Prüfung nicht erreichbar. Im Unterschied dazu sei in stationären Einrichtungen, in denen ggf. die Pflegedienstleitung auch in der Pflege eingebunden ist, diese zumindest immer vor Ort.

Im Ergebnis der durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz erfolgten Gesetzesänderung sind gem. § 114a Abs. 1 Satz 3 SGB XI seither aber ausnahmslos alle Qualitätsprüfungen im Sinne des § 114a SGB XI am Tag zuvor anzukündigen, nicht lediglich die jährliche Regelprüfung. Folglich sind nunmehr selbst Anlassprüfungen bereits am Tag zuvor anzukündigen.

Die vorherige Ankündigung einer Anlassprüfung läuft aber deren Sinn und Zweck geradezu entgegen. Anlassprüfungen müssen deshalb wieder unangemeldet erfolgen können, insbesondere wenn konkrete Hinweise auf Gewalt in der Pflege, schwere Fehler bei der Medikamentenversorgung, unkorrekte Abrechnung der erbrachten Grundpflegerischen Leistungen

oder Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Sinne der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI vorliegen. Der wirksame Schutz der Pflegebedürftigen gebietet es, dass bei konkreten Anhaltspunkten für Qualitätsdefizite unverzüglich gehandelt werden kann.

C) Änderungsvorschlag

§ 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen können auch unangemeldet erfolgen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114a Absatz 1 Satz 3a Durchführung von Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird der Verzicht auf die Textform bei der Einwilligung des Pflegebedürftigen in die Prüfung angeregt.

B) Stellungnahme

§ 114a Abs. 3a bestimmt, dass die Einwilligung in die Prüfung in Form einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe geeigneten Form vorliegen muss (Textform). Aus der Prüfpraxis ist bekannt, dass die in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen oder die zur Einwilligung Berechtigten in der Regel ihre Zustimmung geben. Allerdings ist die Wahrung der Textform oft nicht einhaltbar, da sich Pflegebedürftige trotz ihrem Einverständnis zur Prüfung nicht bereit erklären, ein entsprechendes Dokument zu unterzeichnen. Betreuern ist die Abgabe einer schriftliche Einwilligung aus praktischen Gründen (Nichtanwesenheit) kurzfristig oft nicht möglich.

Die zu prüfende Pflegeeinrichtung kann ungeachtet der Einwilligung des Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung mit dem Einwand des Fehlens der formwirksamen Einwilligung die Durchführung der Qualitätsprüfung erschweren, gegebenenfalls sogar vereiteln. Dies ist insbesondere in den Fällen, in denen es gerade auf die Einbeziehung des betreffenden Pflegebedürftigen in die Stichprobe wie beispielsweise bei Anlassprüfungen ankommt, problematisch.

Daher wird eine gesetzliche Änderung angeregt, die eine praktikable und unbürokratische Regelung der Einwilligung in die Prüfung ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

§ 114a Abs. 3a wird wie folgt gefasst: (3a) Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss die Person des Erklärenden benennen, durch den Prüfer schriftlich dokumentiert und durch seine Unterschrift bestätigt werden. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115 Absatz 2 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen ein allgemeines Ermessen erhalten, ob bei festgestellten Mängeln in der Qualitätsprüfung ein Maßnahmenbescheid erlassen wird.

B) Stellungnahme

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

Es wird die rechtliche Option für angezeigt gehalten, auch ohne den Erlass eines Maßnahmenbescheides ein Qualitätsprüfungsverfahren zum Abschluss bringen zu können. Begründend wird auf den Sinn und Zweck von § 115 und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verwiesen. Auch erfordert die Praktikabilität ein Entschließungsermessen.

In jenen Fällen, in denen der MDK bzw. der Prüfdienst der PKV keine besonders gravierenden Mängel oder gar Versichertengefährdung festgestellt hat, müssten auch andere Maßnahmen zur Verfügung stehen. Damit können Bürokratiekosten bei allen Beteiligten in den Fällen vermieden werden, in denen gute Qualität keinen Maßnahmenbescheid notwendig macht. Bei der Bestimmung der Maßnahmen sollte auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zurückgegriffen werden können.

C) Änderungsvorschlag

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

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: Soweit Maßnahmen bestimmt werden, gilt § 115 Abs. 1a 1. Halbsatz SGB XI entsprechend.