



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines  
**Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung wei-  
terer Vorschriften**

**(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

anlässlich der Verbändeanhörung  
am 9. Juli 2015 in Berlin

**6. Juli 2015**

### Zusammenfassung

- Es wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zusammen mit dem Neuen Begutachtungsassessment eingeführt. Dadurch wird die unterschiedliche Berücksichtigung von kognitiv und somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen aufgehoben. Diese Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Anpassung an neue wissenschaftliche Erkenntnisse stellt eine wichtige Neuerung für die gesetzliche Pflegeversicherung dar, die wir sehr begrüßen.
- Sehr positiv beurteilen wir auch die Erweiterung der Beteiligungs- und Informationsrechte der PKV, etwa bei den Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI, die benötigt werden, um die Versicherten zu beraten und die Rechnungen zu prüfen, oder bei den Begutachtungsrichtlinien.
- Das Erfordernis für das Inkrafttreten einiger leistungsrechtlicher Regelungen bereits zum 1. Januar 2016 wird nicht gesehen. Alle leistungsrechtlichen Regelungen sollten zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Dadurch wird ein erheblicher Mehraufwand vermieden.
- Die Regelungen der Überleitung und des Besitzstandsschutzes sind teilweise mit erheblichen Steigerungen des Bürokratieaufwandes verbunden. Es ist insbesondere auch im Interesse der Versicherten, diese Regelungen anders zu fassen.

## Inhaltsübersicht

- Art. 1 Nr. 5 d) – § 7 Abs. 3 SGB XI: Aufklärung, Auskunft
- Art. 1 Nr. 6 – § 7a Abs. 9 SGB XI: Pflegeberatung
- Art. 1 Nr. 14 – § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
- Art. 1 Nr. 16 – § 17 SGB XI: Richtlinien der Pflegekassen
- Art. 1 Nr. 19 – § 18c SGB XI: Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Art. 1 Nr. 20 – § 19 SGB XI: Definition Pflegeperson
- Art. 1 Nr. 23 – § 28a SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1
- Art. 1 Nr. 28 b) – § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- Art. 1 Nr. 29 b) – § 38 Satz 4 SGB XI: Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
- Art. 1 Nr. 33 b) – § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB VI: Kurzzeitpflege
- Art. 1 Nr. 34 – § 43 SGB XI: Vollstationäre Pflege
- Art. 1 Nr. 37 – § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- Art. 1 Nr. 38 – § 44a SGB XI: Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- Art. 1 Nr. 40 – § 45a SGB XI: Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrages (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung
- Art. 1 Nr. 40 – § 45b SGB XI: Entlastungsbetrag
- Art. 1 Nr. 64 – § 113b SGB XI: Qualitätsausschuss
- Art. 1 Nr. 65 – § 114 SGB XI: Qualitätsprüfungen
- Art. 1 Nr. 67 – § 115 Abs. 1a SGB XI: Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung
- Art. 1 Nr. 73 – § 126 Satz 2: Zulageberechtigte

- Art. 2 – § 1: Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade
- Art. 2 – § 2 Abs. 2: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
- Art. 2 – § 2 Abs. 3: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
- Art. 2 – § 2 Abs. 4 - 7: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
- Art. 2 – § 3 Abs. 1: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren
- Art. 2 – § 3 Abs. 2: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren
- Art. 3 Nr. – § 4 Abs. 1: Pflichten der Beteiligten
- Art. 6 Nr. 3 – § 166 SGB VI: Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter
- Art. 8: Inkrafttreten

## Stellungnahme zu den Regelungen des Referentenentwurfes

### **Art. 1 Nr. 5 d) – § 7 Abs. 3 SGB XI: Aufklärung, Auskunft**

Durch Aufnahme der Pflicht zur Bereitstellung der Leistungs- und Preisvergleichsliste an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. in § 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI erfolgt die bislang fehlende gesetzliche Grundlage zur Weitergabe der entsprechenden Informationen durch die Landesverbände der Pflegekassen. Diese Regelung begrüßen wir sehr. Sie erscheint auch notwendig, weil es selbst in jüngerer Vergangenheit noch zu Stockungen beim diesbezüglichen Informationsfluss an die PKV gekommen war. Durch die Regelung wird der Zugang und die Nutzung der entsprechenden Informationen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die im Bereich der Privaten Pflegepflichtversicherung durch das Tochterunternehmen COMPASS Private Pflegeberatung durchgeführt wird, sichergestellt. Im Jahr 2014 wurde gemeinsam mit den Tochterunternehmen COMPASS und MEDICPROOF das Internetportal [www.pflegeberatung.de](http://www.pflegeberatung.de) geschaffen, welches umfangreiche Informationen zum Thema Pflege für alle interessierten Nutzer – unabhängig vom Versicherungsstatus - zur Verfügung stellt. Bestandteil des Internetportals ist auch die Möglichkeit einer Suche nach Anbietern und Pflegeeinrichtungen. Damit dient es ebenfalls der Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI. Die Informationen aus den Leistungs- und Preisvergleichslisten werden daher auch auf dem Internetportal zur Verfügung gestellt.

Um den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. die Weiterverarbeitung der Leistungs- und Preisvergleichslisten zu erleichtern, sollte darüber hinaus festgelegt werden, dass die Daten mittels einer elektronischen Datenübertragung zur Verfügung zu stellen sind.

### **Vorschlag:**

Zur Klarstellung sollte § 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

„Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse für die Zwecke des Satzes 1 sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Zwecke des 7a und 7b sowie zur Veröffentlichung entsprechend Satz 2 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zur Übermittlung der Daten im Wege der elektronischen Datenübertragung ist durch Abschluss einer Vereinbarung zwischen den Beteiligten zu regeln.“

### **Art. 1 Nr. 6 – § 7a Abs. 9 SGB XI: Pflegeberatung**

Entsprechend der gesetzlichen Regelungen in § 7a Abs. 5 SGB XI wird die Pflegeberatung im Bereich der Privaten Pflegepflichtversicherung durch das eigens hierfür gegründete Tochterunternehmen COMPASS Private Pflegeberatung seit 2008 in exzellenter Weise sichergestellt. Voraussetzung dafür war, dass der PKV das Recht zugestanden wurde, ein Beratungssystem außerhalb der Strukturen der Pflegekassen und der Pflegestützpunkte einzu-

richten. COMPASS konnte sich dadurch in vorbildhafter Weise entwickeln und hat wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung in der SPV gegeben. Der vorgesehene Einbezug in den vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung trägt diesem Aspekt nicht ausreichend Rechnung und wird von uns als nicht zweckmäßig angesehen. Dem Anliegen einer guten Pflegeberatung für alle wird wesentlich besser Rechnung getragen, wenn es dabei bleibt, dass beide Systeme unabhängig voneinander und auf eigene Kosten ihre Arbeit darstellen. COMPASS hat bereits in der Vergangenheit strukturiert über seine Arbeit, einschließlich der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 23 SGB XI, berichtet, ohne dazu gesetzlich verpflichtet zu sein. Dabei sollte es auch künftig bleiben. Der Gesetzentwurf sollte sich daher darauf beschränken, in der Begründung darauf hinzuweisen, dass davon ausgegangen wird, dass auch die Pflegeberatung der PKV, nämlich die COMPASS Private Pflegeberatung, einen entsprechenden Bericht vorlegt.

### **Vorschlag:**

§ 7a Abs. 9 sollte daher wie folgt geändert werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 45,7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
  2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8
- vor. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

### **Art. 1 Nr. 14 – § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

Mit der Regelung in § 15 Abs. 5 SGB XI für die Begutachtung von Kindern von 0 bis 18 Monaten wird entgegen der Empfehlung des Expertenbeirates (s. Bericht vom 27. Juni 2013, S. 26 und 27) und den Empfehlungen des Arbeitsgremiums Begutachtung von Kindern ( Abschlussbericht – Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA, S. 70) davon Abstand genommen, Kinder dieser Altersgruppen, die einen Score-Wert von 30 Punkten erreichen, einem eigenen pauschalen Pflegegrad (zwischen Pflegegrad 2 und 3) oder bei mindestens 15 Punkten dem Pflegegrad 1 zuzuordnen. Stattdessen wird lediglich die für Kinder ab 18 Monaten und Erwachsene geltende Einstufung in einen Pflegegrad nach den ermittelten Gesamtpunktwerten jeweils um einen Pflegegrad erhöht. Die Abweichung wird nicht begründet und ist für uns auch nicht nachvollziehbar.

Aus dieser Abweichung ergeben sich vermutlich höhere Aufwendungen für Kinder dieser Altersstufen. Zudem wäre bei Folgebegutachtungen, die nach dem 18. Lebensmonat regelmäßig, auch ohne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, erfolgen sollen ( z.B. Zustand nach erfolgreicher Operation, Reduktion des erheblichen Pflegeaufwandes im Bereich der Ernährung aus anderen Gründen) häufiger eine Rückstufung des Pflegegrades erforder-

lich, was medizinisch/pflegerisch kaum zu begründen wäre, nicht gerecht erscheint und damit schwer zu vermitteln wäre.

### **Vorschlag:**

Wir empfehlen, die Vorschläge des Expertenbeirats und des Arbeitsgremiums „Begutachtung von Kindern“ umzusetzen und § 15 Abs. 5 entsprechend zu ändern, sowie die dazugehörigen leistungsrechtlichen Regelungen einzufügen.

### **Art. 1 Nr. 16 – § 17 SGB XI: Richtlinien der Pflegekassen**

Nach § 17 Abs. 1 SGB XI erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungs-Richtlinien und nach § 17 Abs. 1a SGB XI eine Pflegeberatungs-Richtlinie. Wir begrüßen es sehr, dass nach § 17 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 1a Satz 2 SGB XI auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. dabei zu beteiligen ist. Es ist vorgesehen, die Beteiligungsrechte durch Vertreter der MEDICPROOF GmbH, dem seit 1995 bestehenden medizinischen Dienst der PKV, der sich auch bereits an der Praktikabilitätsstudie zum NBA beteiligt hat, ausüben zu lassen. Entsprechende Absprachen mit dem MDS sind bereits erfolgt. Wenn sich der Gesetzgeber dazu entschließen könnte, dem medizinischen Dienst der PKV ein originäres Beteiligungsrecht einzuräumen, würden wir dies besonders begrüßen. Es wäre eine Würdigung der langjährigen Arbeit dieser Organisation und entspräche im Übrigen der Regelung in § 114a Absatz 7 Satz 1 SGB XI, wo Entsprechendes für den Prüfdienst der PKV geregelt ist.

Gleiches gilt für die COMPASS Private Pflegeberatung im Zusammenhang mit der nach Absatz 1a zu erlassenden Pflegeberatungs-Richtlinie.

### **Art. 1 Nr. 19 – § 18c SGB XI: Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Gerne bieten wir die Mitarbeit des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der MEDICPROOF GmbH in dem vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 18c SGB XI einzurichtenden Begleitgremium an.

### **Art. 1 Nr. 20 – § 19 SGB XI: Definition Pflegeperson**

Die PKV hält es nach wie vor nicht für sachgerecht, die Aufgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung aus Mitteln der Pflegeversicherung zu finanzieren und auf diese Weise die für die eigentliche Pflege zur Verfügung stehenden Mittel zu verknapfen. Sie sieht daher auch die erneute Ausdehnung der Beitragszahlungen an die Rentenversicherung als unzweckmäßig an. Richtig findet es die PKV, dass ehrenamtliche Pflegepersonen eine Rente für ihre Tätigkeit erhalten. Diese sollte aber aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden. Nebenbei ließe sich dadurch der Verwaltungsaufwand reduzieren. Die nach wie vor offenbar schwierige Einbindung der Beihilfe in die Beitragszahlung wäre damit ebenfalls obsolet. Deswegen ungeachtet nehmen wir zu den geplanten Neuregelungen wie folgt Stellung:

Bei der Additionspflege nach § 44 SGB XI n.F. scheint keine Rentenversicherungspflicht zu bestehen, wenn die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen an einem Tag mit einem Anteil von 20% und einen weiteren Pflegebedürftigen an einem andern Tag mit einem Anteil von 10 % pflegt, denn die Regelung muss wohl so verstanden werden, dass jeder Pflegebedürftige mindestens an zwei Tagen gepflegt werden muss. Das erscheint aber ungerecht gegenüber dem Fall, dass der gleiche Aufwand für nur einen Pflegebedürftigen erbracht wird. Auch sieht § 28a SGB III (Art. 4 Nr. 1) vor, dass „die Häufigkeit der Pflegeeinsätze pro Woche insgesamt“ maßgebend ist.

**Vorschlag:**

Hier sollte ggf. eine Klarstellung erfolgen.

**Art. 1 Nr. 23 – § 28a SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1**

Nach der Gesetzesbegründung ist das Ziel des § 28a SGB XI, den Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 einen Überblick über die Ihnen zustehenden Ansprüche zu geben, damit sie diese leichter finden und realisieren können. Die Aufzählung ist jedoch nicht vollständig.

**Vorschlag:**

Die Vorschrift sollte wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

In Abs. 1 sollte als Nr. 8 „Anschubfinanzierung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e“ aufgenommen werden.

Abs. 3 könnte wie folgt gefasst werden:

„Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Abs. 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“

**Art. 1 Nr. 28 b) – § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,**

**Art. 1 Nr. 29 b) – § 38 Satz 4 SGB XI: Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung),**

**Art. 1 Nr. 33 b) – § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB VI: Kurzzeitpflege**

Das Ziel, die Berechnung zu vereinfachen, ist zu begrüßen. Eine Vereinfachung würde die Verständlichkeit der Regelung verbessern.

Die besondere Schwierigkeit liegt derzeit in den unterschiedlichen Höchstanspruchsauern: vier Wochen für Kurzzeitpflege, sechs Wochen für Verhinderungspflege, acht Wochen für Kurzzeitpflege (wenn sie zusätzlich über die Verhinderungspflege finanziert wird und je vier Wochen für hälftiges (anteiliges) Pflegegeld während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

Um diese Problematik aufzulösen, dürfte es ausreichen, wenn für den Fall, dass die Kurzzeitpflege über die Verhinderungspflege finanziert wird, die Höchstanspruchsauer von acht auf zehn Wochen erhöht wird. Durch das Einfügen der Sätze 3 bis 5 in § 42 Abs. 2 SGB XI durch das PSG I sollte nämlich das folgende vor dem PSG I bereits übliche Verfahren abgebildet werden: die Kurzzeitpflege konnte zusätzlich über die Verhinderungspflege finanziert werden, wodurch sich die Dauer der Inanspruchnahme von vier auf maximal acht Wochen verlängerte. Da durch das PSG I die Höchstanspruchsauer der Verhinderungspflege jedoch von vier auf sechs Wochen angehoben wurde, bildete § 42 Abs. 2 Satz 4 SGB XI diese Berechnungsweise nicht mehr zutreffend ab. Dies könnte durch die Anhebung von acht Wochen auf zehn Wochen geändert werden. Entsprechend müssten auch die Dauer der Zahlung des hälftigen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege angepasst werden.

Der generellen Anhebung der Höchstanspruchsauer der Kurzzeitpflege auf acht Wochen bedürfte es also nicht. Dies wäre zum einen mit Mehrausgaben verbunden, die so nicht erforderlich sind. Zum anderen besteht für diese Ausweitung auch kein Bedarf. Denn eine Höchstanspruchsauer von acht Wochen wird nicht ausgenutzt werden können, weil der Leistungsbetrag von 1.612 Euro für Kurzzeitpflege regelmäßig vorher ausgeschöpft sein wird.

#### **Vorschlag:**

Wir schlagen daher folgende Änderung des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vor (Änderung kursiv und unterstrichen):

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

Entsprechend sollte auch § 38 Satz 4 SGB XI geändert werden:

„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu vier 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 fortgewährt.“

In § 42 Abs. 2 SGB XI schlagen wir als Änderung vor:

In Satz 1 wird das Wort „vier“ nicht durch das Wort „acht“ ersetzt.

Satz 4 sollte wie folgt geändert werden:



„Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens zehn Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.“

#### **Art. 1 Nr. 34 – § 43 SGB XI: Vollstationäre Pflege**

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen mit bisheriger Pflegestufe I oder II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten nach der Überleitung in Pflegegrad 2 oder 3 nun geringere Leistungen. Eine Besitzstandswahrung soll hier offenbar durch die Differenzberechnung gem. Art. 2 § 2 Abs. 3 erfolgen. Weiteres ergibt sich aus unseren Anmerkungen unten zu Art 2.

Absatz 4 sieht eine verringerte Leistung vor, wenn Pflegebedürftige eine stationäre Pflege wählen, wenn diese nach der Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist. Hierdurch wird das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen in einer Weise eingeschränkt, die wir für nicht gerechtfertigt halten. Jeder sollte diejenige Versorgungsform wählen können, die er nach seiner individuellen Situation für erforderlich hält. Zudem erscheint die praktische Relevanz gering.

#### **Vorschlag:**

Absatz 4 sollte gestrichen werden.

#### **Art. 1 Nr. 37 – § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Obwohl künftig bei der Ermittlung des Pflegegrades kein Zeitaufwand für die Pflege mehr festgestellt werden wird, muss der Gesamtpflegeaufwand ermittelt werden. Dies ist insbesondere bei der Mehrfachpflege bzw. Additionspflege von Bedeutung. Die Gutachter sind dabei im Wesentlichen auf die Angaben der Beteiligten angewiesen.

#### **Vorschlag:**

Um die Gutachter nicht zu überfordern, sollte klargestellt werden, dass die Angaben des Pflegebedürftigen bzw. der Pflegeperson über die prozentuale Aufteilung ausreichend sind und keine weitere Ermittlungstätigkeit für den Gutachter erfordern.

In Absatz 5 Satz 2 wird die „angegebene Festsetzungsstelle für die Beihilfe“ neu aufgenommen. Daraus wird man eine Verpflichtung der Pflegeversicherung ableiten können, den Versicherten danach zu fragen und ebenso dessen Verpflichtung, entsprechende Angaben zu machen. Macht der Versicherte (ggf. auch nach einer erneuten Aufforderung) keine Angaben, dürfen der Pflegeversicherung dadurch keine Nachteile oder zusätzlichen Aufgaben erwachsen.

Es sollte aus datenschutzrechtlichen Erwägungen eine Klarstellung erfolgen, dass im Falle der Feststellung der Rentenversicherungspflicht durch die Deutsche Rentenversicherung

eine Weitergabe der notwendigen Daten an diese durch die privaten Versicherungsunternehmen und Pflegekassen zulässig ist. Bislang ist hierzu keine spezielle Rechtsgrundlage vorhanden.

In Absatz 1 muss der Pflegegrad 4 ergänzt werden. Hier scheint ein redaktioneller Fehler vorzuliegen, denn in der Begründung wird der Pflegegrad 4 erwähnt.

#### **Art. 1 Nr. 38 – § 44a SGB XI: Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung**

Die gesetzliche Klarstellung, dass sich der Betrag des Pflegeunterstützungsgeldes um den Arbeitnehmer-Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen vermindert, schafft Rechtssicherheit und ist daher eine willkommene Ergänzung.

#### **Art. 1 Nr. 40 – § 45a SGB XI: Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrages (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung**

Der Anspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI steht nur Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu. Dies lässt sich zwar aus dem § 45a Abs. 4 herleiten und steht auch so in der Gesetzesbegründung. Dennoch sollte es zur Klarstellung in die Regelung mit aufgenommen werden.

Die Regelung in § 45a Abs. 4 SGB XI ist kompliziert und stellt den Versicherten vor Planungsschwierigkeiten. Sie sollte daher gemeinsam mit der Regelung des § 45b SGB XI neu konzipiert werden.

#### **Vorschlag:**

§ 45a Abs. 4 Satz 1 SGB XI sollte wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in häuslicher Pflege können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden.“

In § 45 Abs. 4 Satz 2 SGB XI sollte das Wort „Pflegestufe“ durch „Pflegegrad“ ersetzt werden.

In § 45a Abs. 4 Satz 6, 1. HS SGB XI wird geregelt, dass § 37 Abs. 3 bis 5, 7 bis 9 Anwendung finden, wenn Anspruchsberechtigte die Leistung nach § 45a Abs. 4 Satz 1 SGB XI beziehen. Auch hier regen wir eine Überprüfung des Verweises an, da ein § 37 Abs. 9 SGB XI für uns nicht ersichtlich ist.

### **Art. 1 Nr. 40 – § 45b SGB XI: Entlastungsbetrag**

Auch nach der Neuregelung des § 45b SGB XI bleibt es dabei, dass es sich weiterhin zusammen mit der Regelung in § 45a Abs. 4 SGB XI um eine komplizierte Regelung handelt. Im Interesse der Versicherten, der privaten Versicherungsunternehmen und der Pflegeklassen läge es, eine Vereinfachung des Leistungsrechts - gerade an dieser Stelle - vorzunehmen. Auf Schwierigkeiten stößt die Regelung des § 45b SGB XI insbesondere deshalb, weil die einzelnen Leistungen über unterschiedliche Ansprüche finanziert werden können, z.B. die Leistungen eines Pflegedienstes über den Anspruch nach § 36 SGB XI und über den nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI.

Wir gehen davon aus, dass ambulante Pflegedienste als Leistung nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI nur die für die Leistungserbringung nach § 36 SGB XI vereinbarten Vergütungssätze abrechnen dürfen. Ebenfalls ist erforderlich, dass in der Abrechnung die abgerechneten Leistungen, d.h. körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung, konkret bezeichnet werden. Nur so kann überprüft werden, ob eine Erstattung möglich ist und welche Rechnungsposten erstattungsfähig sind, weil für Versicherte des Pflegegrades 1 und Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 unterschiedliche Regelungen gelten.

### **Vorschlag:**

Sollte keine generelle Änderung des § 45b SGB XI erfolgen, sollten die beiden zuletzt genannten Punkte in der Gesetzesbegründung entsprechend klargestellt werden.

### **Art. 1 Nr. 64 – § 113b SGB XI: Qualitätsausschuss**

Die Neuregelungen verfolgen erkennbar das Ziel, sehr zügig zu einem neuen System der Qualitätsbewertung und –veröffentlichung in der Pflege zu kommen. Dieses neue System soll sowohl den Bedürfnissen der Pflegeeinrichtungen entsprechen, Anhaltspunkte für eine interne Qualitätssicherung zu erhalten, als auch den Bedürfnissen der Pflegeversicherung, die Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern zu überprüfen. Schließlich soll es auch dem Verbraucher brauchbare Anhaltspunkte zu seiner Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Pflegeeinrichtung geben. Bei all dem muss es darum gehen, ein System zu etablieren, das nach dem partiellen Scheitern des gegenwärtigen auf einer Basis steht, die dem nationalen wie internationalen Stand der Fachdiskussion entspricht. Es muss vermieden werden, dass alsbald nach Etablierung eines neuen Regimes erneut Kritik an einzelnen Punkten oder dem System als Ganzem aufkommt und damit Kräfte gebunden werden, die für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung gebraucht werden. Vor diesem Hintergrund muss sichergestellt sein, dass auf wissenschaftlicher und auf der Managementebene der beste verfügbare Sachverstand einbezogen wird. Auf der Entscheidungsebene muss verhindert werden, dass die Festlegungen durch mehr oder weniger zufällige Konstellationen im Verhandlungsprozess geprägt werden, was nach unserer Wahrnehmung ein Merkmal des bisherigen Schiedsstellenverfahrens war.

Auf der wissenschaftlichen und der Managementebene kann das Ziel am ehesten dadurch erreicht werden, dass die Lösung durch ein Zusammenwirken maßgeblicher Fachleute in einem Arbeitsprozess mit Workshop-Charakter entwickelt wird. Dies entspricht dem Vorgehen des National Institute of Nursing Research der USA. Das Ergebnis sollte einer Leitlinie im medizinischen Bereich entsprechen. Die geplante Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses scheint grundsätzlich durchaus geeignet, eine solche Funktion zu übernehmen. Bedenken bestehen insoweit, als dort keine etablierten Arbeitsstrukturen und einschlägigen Erfahrungen vorliegen. Geeignete Mitarbeiter müssen erst gefunden und eingearbeitet werden. Dies erscheint angesichts dessen, dass nach dem Gesetzentwurf umsetzungsfähige Ergebnisse als Grundlage für die Beratungen des Qualitätsausschusses bereits zum 31. März 2017 vorliegen sollen, schwer vorstellbar. Die Fristen scheinen vor diesem Hintergrund als zu knapp bemessen.

Auf der Entscheidungsebene bestehen außerdem Bedenken, den Vertragspartnern die Festlegung zu überlassen, wie dies jetzt erneut mit dem Qualitätsausschuss geplant ist. Zwar trifft der Gesetzentwurf Vorsorge dafür, dass der Entscheidungsprozess nicht durch eine Gruppe blockiert werden kann, indem das Mehrheitsprinzip gilt und die Lösung im Konfliktfall dem unabhängigen Vorsitzenden übertragen wird. Wir befürchten aber, dass der Vorgang der Entscheidungsfindung trotzdem stark durch die Geltendmachung von Partikularinteressen und deren Abwehr belastet wird und es vielfach nicht darum gehen wird, die bestmögliche, sondern überhaupt eine Lösung zu finden, die die Beteiligten zufrieden stellt. Deshalb und vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrung treten wir dafür ein, sämtlichen Beteiligten zwar ein Anhörungs- und Mitwirkungsrecht zu geben, die Entscheidung und Festlegung jedoch einer staatlichen Stelle, etwa dem BMG, im Rahmen einer Rechtsverordnung zu übertragen.

Dessen ungeachtet begrüßt die PKV es, dass ihr die Möglichkeit der Mitwirkung in dem geplanten Qualitätsausschuss eingeräumt werden soll. Hierzu die folgende Anmerkung:

**Zu Abs. 2:**

Die Kann-Regelung in Bezug auf Beteiligung der PKV hatte bei der Einrichtung der Schiedsstelle nach dem bisherigen § 113b Abs. 2 SGB XI bereits zu Auseinandersetzungen zu der Frage geführt, ob die Entscheidung darüber dem GKV-Spitzenverband oder der PKV zusteht.

**Vorschlag:**

§ 113b Abs. 2 Sätze 3 und 4 sollten wie folgt gefasst werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

*Wenn der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. dies wünscht, kann dem Qualitätsausschuss auch ein Vertreter dieses Verbandes angehören. Auch dieser wird auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet.*

## **Art. 1 Nr. 65 – § 114 SGB XI: Qualitätsprüfungen**

### **Zu Abs. 2 Satz 6:**

Abrechnungsprüfungen können zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor Übervorteilung notwendig sein. Dort wo sie regelhaft durchgeführt worden sind, haben sie in 5 bis 7 % der Fälle zu Beanstandungen geführt. Dem gegenüber steht ein Mehraufwand von ca. 15 Minuten je Stichprobenfall, der von der Versichertengemeinschaft bezahlt werden muss. In stationären Einrichtungen würde sich der Prüfungsaufwand also um ca. 2 ¼ Stunden erhöhen. Dieser zusätzliche Aufwand müsste nach derzeitiger Rechtslage von den Prüfteams, die aus Pflegefachkräften, die nur begrenzt zur Verfügung stehen, mit bewältigt werden müsste. Möglicherweise reicht es aus, die beobachteten Fälle zu analysieren und daraus Regeln abzuleiten, in welchen Fällen Abrechnungsprüfungen zu erfolgen haben.

### **Vorschlag:**

Ob es gerechtfertigt ist, nunmehr bei jeder Qualitätsprüfung eine Abrechnungsprüfung vorzunehmen, sollte angesichts des damit verbundenen Aufwandes näher geprüft und begründet werden.

Den Prüfinstitutionen sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Abrechnungsprüfungen auch durch anderes geeignetes Personal durchführen zu lassen. Da dies in den QPR zu regeln wäre, sollte ein entsprechender Hinweis in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

### **Zu Abs. 5:**

Es ist nicht einzusehen, weshalb die Pflegeeinrichtungen, die durch Qualitätsmängel die Notwendigkeit einer von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlassten Wiederholungsprüfung verursacht haben, hierfür nicht kostenpflichtig sein und das Privileg der Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft erlangen sollten. Auf der anderen Seite erscheint es im Hinblick auf eine außergerichtliche Verfahrensüberprüfung von Prüfergebnissen nicht zwingend notwendig, die Möglichkeit einer Pflegeeinrichtung zu beschneiden, durch eine von ihr gezahlte Wiederholungsprüfung eine Überprüfung einer Qualitätsprüfung zu beantragen. Dabei sollte die Möglichkeit einer rechtlichen Benachteiligung zu den Voraussetzungen für die Beantragung einer Wiederholungsprüfung durch die Pflegeeinrichtung Grundlage sein. Es soll einerseits verhindert werden, dass nur geringe Abweichungen zum Anlass für den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gemacht werden, auf der anderen Seite bildet diese Regelung den Rechtsgedanken von § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG ab, weil die Wiederholungsprüfung im weitesten Sinne ein Rechtsmittel ist und durch ihre Durchführung womöglich Abhilfe geschaffen werden kann und die Gerichte entlastet werden.

Zur Vermeidung von Umsetzungsproblemen sowie der Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange regen wir eine Gebührenordnung oder die Festlegung einer Vergütung für die Wiederholungsprüfung im SGB XI an.

### **Vorschlag:**

Wir schlagen vor, dass in § 114 Abs. 5 Satz 4 die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ nicht gestrichen werden und folgende neuen Regelungen vorgenommen werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

Nach § 114 Absatz 5 Satz 4 sollte folgende neue Sätze 5 bis 7 eingefügt werden:

„Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung kann eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasst werden, wenn die Möglichkeit unzumutbarer Nachteile für eine Pflegeeinrichtung durch ein Regel- oder Anlassprüfungsergebnis nicht ausgeschlossen ist. Die Gebühren werden von den Landesverbänden festgesetzt. Die Gebühren richten sich nach einer Gebührenvereinbarung, die in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI zu treffen ist.“

### **Art. 1 Nr. 67 – § 115 Abs. 1a SGB XI: Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung**

#### **Zu Abs. 1a:**

Für die Zeit bis zum Inkrafttreten der neuen Qualitätsdarstellungssystematik sollte eine Übergangsregelung geschaffen werden, da die Pflegenoten in der heutigen Form irreführend sind. Die Kritik daran ist vielfältig vorgetragen worden und braucht hier nicht im Einzelnen wiederholt zu werden. Die Qualitätsprüfungen sind aus Sicht der PKV sinnvoll und fördern durchaus Erkenntnisse zutage, die kurzfristig für eine Qualitätsdarstellung nutzbar gemacht werden können.

#### **Zu Abs. 1b:**

Durch die Übermittlung der Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen kann neben der bereits vorgenommenen Veröffentlichung der Transparenzberichte auf dem gemeinsamen Internetportal der PKV, von COMPASS und MEDICPROOF unter [www.pflegeberatung.de](http://www.pflegeberatung.de) zukünftig auch die Bereitstellung dieser Angaben erfolgen. Durch diese Ergänzung des § 115 Abs. 1b SGB XI kann für die Verbraucher auch auf unserem Informationsportal die Informationsvielfalt und Entscheidungsgrundlage verbessert werden. Dies begrüßen wir sehr.

### **Art. 1 Nr. 73 – § 126 Satz 2: Zulageberechtigte**

Die Streichung würde bewirken, dass Versicherte, die bereits einmal Leistungen nach § 123 SGB XI erhalten haben, nun doch in die staatlich geförderte ergänzende Pflege Ergänzungsversicherung aufgenommen werden müssen, wenn sie zum Zeitpunkt des Aufnahmeantrags nicht pflegebedürftig sind. Dies widerspräche der bisherigen Risikoverteilung und würde die Versichertengemeinschaft mit erschwerten Risiken belasten, was die Attraktivität der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung mindern würde.

### **Vorschlag:**

Es wird angeregt, in § 126 Satz 2 SGB XI nach der Zahl 123 folgende Wörter einzufügen (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„idF vom 31.12.2016“

### **Art. 2 – § 1: Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade**

In § 1 Abs. 3 wird geregelt, dass der aufgrund der Überleitung zugeteilte Pflegegrad erhalten bleibt, auch wenn in einer Begutachtung mit dem NBA ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt wird. Eine Verschlechterung ist daher nur möglich, wenn mit dem NBA festgestellt wird, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Die Gesetzesbegründung liest sich allerdings trotz des eindeutigen Wortlauts so, als sei niemals eine Verschlechterung möglich.

Diese Regelung hätte zur Folge, dass es ab dem 1. Januar 2017 eine deutliche Zunahme an Begutachtungen geben würde, weil für den Großteil der Versicherten mit einer neuen Begutachtung mit dem NBA kein Risiko verbunden wäre. Diese zahlreichen Begutachtungen wären für die Medizinischen Dienste und für MEDICPROOF schwer zu bewältigen. Es wäre mit deutlichen Verzögerungen in der Begutachtung zu rechnen. Das würde auch Nachteile für die Versicherten mit sich bringen, z.B. Unsicherheiten bei der Planung und Organisation ihrer Pflege, verspätete Leistungen der Pflegeversicherung etc. Zudem widerspricht die Regelung in § 1 Abs. 3 und in § 3 Abs. 1 der Intention der §§ 5, 87a Abs. 4 SGB XI, durch aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen eine Reduzierung des Pflegegrades zu erreichen.

Nach den Vorstellungen des Expertenbeirats sollte jedoch, wenn ein Versicherter ab dem Inkrafttreten des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen Höherstufungsantrag stellt, das tatsächliche Ergebnis nach der Begutachtung mit dem NBA gelten (Bericht des Expertenbeirats v. 27. Juni 2013, S. 83, 89). Das kann somit auch zu einer niedrigeren Einstufung führen als die formale kollektive Überleitung. Dennoch soll nach Ansicht des Expertenbeirats diese niedrigere Einstufung gelten, so dass derjenige sich mit allen Konsequenzen in dem neuen System befindet und auch keine Bestandsschutzansprüche hat (Bericht des Expertenbeirats v. 27. Juni 2013, S. 83, 89). Es wird keine Notwendigkeit dafür gesehen, von diesen Empfehlungen abzuweichen.

### **Vorschlag:**

Dieses Vorgehen, das mit einer Möglichkeit der Verschlechterung verbunden ist und welches auch der Expertenbeirat befürwortet hat, würden wir aus Gleichbehandlungsgesichtspunkten begrüßen. Außerdem wäre damit - bei entsprechender Information der Versicherten - auch der positive Effekt verbunden, dass nur diejenigen bisherigen Leistungsbezieher einen Höherstufungsantrag stellen werden, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Höherstufung hoch ist (vgl. Bericht des Expertenbeirats v. 27. Juni 2013, S. 83).

## **Art. 2 – § 2 Abs. 2: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

Es wird eine Besitzstandsschutzregelung getroffen zu dem erhöhten Leistungsbetrag von 208 Euro nach § 45b SGB XI. Die Regelung würde dazu führen, dass ab dem 1. Januar 2017 pro Versicherten lebenslang die individuell monatlich bezogenen Leistungen mit der individuell ermittelten Bezugsgröße abgeglichen werden müsste, um zu ermitteln, ob für den jeweiligen Monat ein Anspruch auf 125 Euro oder auf 208 Euro besteht. Dies würde zu einer erheblichen Bearbeitungsaufwand und damit erhöhten Bürokratiekosten führen. So ist zunächst für jeden bisherigen Leistungsbezieher die individuelle Bezugsgröße zu ermitteln und nach § 2 Abs. 2 Satz 3 den einzelnen Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass bei der späteren Einreichung von Rechnungen eine komplizierte Rückabwicklung bisheriger Erstattungen über mehrere Monate erfolgen müsste, da der Betrag nach § 45b SGB XI für verschiedene Leistungen eingesetzt werden kann. Es ist außerdem sehr wahrscheinlich, dass durch das spätere Einreichen von Rechnungen die Bezugsgröße zum 1. Januar 2017 nicht zutreffend und abschließend ermittelt werden kann.

### **Vorschlag:**

Alle bisherigen Leistungsbezieher, die bislang einen Anspruch auf den erhöhten Leistungsbetrag von 208 Euro nach § 45b SGB XI hatten, sollten ab dem 1. Januar 2017 einen Anspruch nach § 45b SGB XI in Höhe von 208 Euro anstelle von 125 Euro haben.

Alternativ dazu schlagen wir vor, die Bezugsgröße für alle Versicherten einheitlich zu ermitteln, d. h. sie sollte sich auf die jeweiligen Höchstbeträge der regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege beziehen. Es wären also für die einzelnen Pflegestufen einheitliche Bezugsgrößen aus den alten Leistungsbeträgen und für die einzelnen Pflegegrade einheitliche Bezugsgrößen aus den neuen Leistungsbeträgen zu ermitteln. Die entsprechend der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade einander zuzuordnenden zwei Bezugsgrößen wären jeweils zu vergleichen. Würde danach der Leistungsbezieher nach neuem Recht schlechter stehen, nämlich einen niedrigeren Betrag erhalten, stünde ihm ab dem 1. Januar 2017 lebenslang als Anspruch nach § 45b SGB XI ein Betrag in Höhe von 208 Euro anstelle von 125 Euro zu. Dieses Verfahren wäre transparent, nachvollziehbar, gerecht und hätte vor allem den Vorteil, dass zum 1. Januar 2017 feststehen würde, welcher Betrag den einzelnen Versicherten tatsächlich zusteht. Letztendlich bedeutet das auch für die Versicherten Planungssicherheit und bei später eingereichten Rechnungen müssten sie sich nicht mit komplizierten Rückabwicklungen und Neuberechnungen befassen.

## **Art. 2 – § 2 Abs. 3: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

Die Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige in der stationären Pflege verursacht durch die individuelle Berechnung des Eigenanteils und die durch die privaten Versicherungsunternehmen zu tragende Differenz einen hohen Verwaltungsaufwand und steigende Büro-



kratikosten. Weiterhin sind die möglichen Leistungsausgaben nicht kalkulierbar. Die Ausgaben sind für jeden Pflegebedürftigen individuell zu berechnen. Sie ändern sich zudem bei jeder Änderung des Pflegesatzes, welches auch im Voraus nicht kalkulierbar ist. Auswirkungen auf den Beitragssatz sind somit nicht vorhersehbar.

Im Zusammenhang mit der Änderung in § 43 SGB XI ergibt sich die Überlegung, ob eine Erhöhung der Leistungsbeträge bei Weglassen der komplizierten Einzelfallberechnung zu einem geringeren Aufwand führt und zu bevorzugen wäre.

Es erscheint in der Begründung eine Klarstellung sinnvoll, dass es sich in der privaten Pflegeversicherung bei dem Differenzbetrag um eine Erstattungsleistung handelt. Der dem Versicherten durch die Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellte Betrag wird durch das Versicherungsunternehmen dem Versicherten erstattet. Es findet keine Direktabrechnung mit der Pflegeeinrichtung statt.

#### **Art. 2 – § 2 Abs. 4 - 7: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

Es stellt sich bei Altfällen die Frage, ob Änderungen der Stundenzahl des Pflegeumfangs nach dem 1. Januar 2017 Auswirkungen auf die beitragspflichtigen Einnahmen haben. Das alte Recht (§ 166 Abs. 2 a.F.) sieht hier eine Koppelung vor. Das neue Recht stellt nicht mehr auf die Stunden ab. Eine Verbesserung kann nach neuem Recht – außer bei Mehrfachpflege, da dort eine Änderung des Pflegeumfangs im Gutachten festgehalten werden kann – nicht eintreten, nach dem alten Recht jedoch schon. Hier wäre eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung wünschenswert.

In Absatz 4 Satz 3 werden Personen mit Pflegestufe 0 und eingeschränkter Alltagskompetenz zum Stichtag 31.12.2016 der alten Pflegestufe I gleichgesetzt und übergeleitet. Es stellt sich das Problem in der Praxis, dass es weder den Versicherungsunternehmen noch MEDICPROOF als medizinischem Dienst in jedem Fall bekannt ist, ob eine Pflegeperson existiert und ob diese an zwei Tagen pflegt. Diese Daten wurden bislang mangels Relevanz nicht standardmäßig erhoben. Hier droht ein hoher Nachbearbeitungsaufwand.

Es ergibt sich auch die Frage, ob eine Günstigerprüfung (Abs. 4 Satz 5) unter dem Gesichtspunkt der Verwaltungsvereinfachung notwendig ist oder ob hier eine Streichung erfolgen könnte.

#### **Art. 2 – § 3 Abs. 1: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren**

Bei bisherigen Leistungsbeziehern, die in Pflegegrade übergeleitet wurden, sollen für zwei Jahre keine Wiederholungsbegutachtungen mehr gemacht werden. Diese Regelung erscheint uns insgesamt unzweckmäßig. Sie sollte nicht eingeführt werden. Sie führt nicht zu einer wesentlichen Reduzierung der Anzahl der Gutachten, weil gemessen an der Gesamt-

zahl der Gutachten die Wiederholungsbegutachtungen nicht sehr ins Gewicht fallen. Vielmehr würde dieses Aussetzen der Gutachten zu einer Ungleichbehandlung mit Versicherten führen, die erst ab dem 1. Januar 2017 zu Leistungsbeziehern geworden sind. Die Regelung des § 3 Abs. 1 hätte z.B. im Kinderbereich zur Folge, dass ein primär bestehender Pflegegrad 4 oder 5 lebenslänglich bestehen bleibt, obwohl durch z.B. operative Maßnahmen (Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte) der Hilfebedarf drastisch (z.B. auf Pflegegrad 1) reduziert wird.

Wiederholungsbegutachtungen (13,2 % aller Begutachtungen der PPV) werden durch die Gutachter nur noch nach medizinisch/pflegerischen Gesichtspunkten empfohlen ( z.B. bei zu erwartender Rekonvaleszenz, Verringerung des Hilfebedarfs bzw. Verbesserung der Selbständigkeit durch rehabilitative, operative oder erzieherische Maßnahmen). Die Problematik der Umstellung bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 mit immer wiederkehrenden Fällen von Rückstufungen wegen routinemäßiger Wiederholungsgutachten wird nicht auftreten.

Im Übrigen müsste man nach Ablauf der zwei Jahre durch Nachholung der Wiederholungsbegutachtungen mit einem starken Anstieg Zahl der der Wiederholungsbegutachtungen rechnen.

#### **Art. 2 – § 3 Abs. 2: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren**

Das Aussetzen der fünföchigen Frist nach § 18 Abs. 3 Satz 2 für das Jahr 2017 begrüßen wir. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sollte jedoch in die Entwicklung der bundesweit einheitlichen Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs mit einbezogen werden.

#### **Vorschlag:**

§ 3 Abs. 2 Satz 3 sollte daher wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.“

#### **Art. 3 – § 4 Abs. 1 SGB XI: Pflichten der Beteiligten**

Werden die neuen stationären Pflegesätze nicht verhandelt, so wird das Ergebnis der Umrechnung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse durch die Einrichtung mitgeteilt. Diese Pflegekasse informiert wiederum die Landesverbände der Pflegekassen. Zur Sicherstellung eines zeitnahen Informationsaustausches sollte auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hier aufgenommen werden.

#### **Vorschlag:**

Absatz 1 Satz 3 sollte wie folgt gefasst werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

*„Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sicher.“*

### **Art. 6 Nr. 3 – § 166 SGB VI: Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter**

In § 166 Abs. 2 werden die Pflegegrade danach aufgeteilt, ob neben der Pflegeperson (teilweise) ambulante Pflegedienste Teile der Pflege übernehmen. Davon abhängig ändert sich die Höhe der Bezugsgröße. Dieses Vorgehen ist zu befürworten.

Bei der prozentualen Aufteilung erscheint jedoch die Erhöhung von bisher 80 % der Bezugsgröße bei Pflegestufe III auf nunmehr maximal 100 % bei Pflegegrad 5 nicht notwendig und auch sachlich nicht gerechtfertigt. Eine Erhöhung z.B. aufgrund der Einbeziehung der Betreuung ist nicht notwendig, weil diese sich nun schon in einem höheren Pflegegrad niederschlägt.

Wenn im Rahmen der Additionspflege eine Pflegeperson zwei Pflegebedürftige pflegt und z.B. für einen Pflegebedürftigen Pflegegeld und für den anderen Sach- oder Kombinationsleistungen bezogen werden, ist nicht geregelt, mit welchem Prozentsatz die beitragspflichtigen Einnahmen ermittelt werden.

Hinzuweisen ist auch auf den erhöhten Verwaltungsaufwand der wechselnden Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen, wenn z.B. der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (Sachleistung) im einen Monat voll, im anderen Monat nur teilweise (Kombinationsleistung, ggf. mit nur wenigen Euro Pflegegeld) ausgeschöpft wird.

### **Art. 8: Inkrafttreten**

Das Inkrafttreten einiger leistungsrechtlicher Regelungen bereits zum 1. Januar 2016 führt zu einem deutlichen Mehraufwand bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen. Dieser betrifft insbesondere die technische Umsetzung, die Schulung der Mitarbeiter und die Information der Versicherten. Um eine reibungslose Umstellung zum 1. Januar 2016 sicher zu stellen, müssten die entsprechenden Arbeiten bereits begonnen haben. Mit deutlich weniger Aufwand wäre eine Umstellung zum 1. Januar 2017 verbunden, weil zu diesem Zeitpunkt ohnehin die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Zuordnung der Leistungen zu Pflegegraden erfolgen muss. Auch die Versicherten würden so nur einmal mit Neuerungen konfrontiert. Auch inhaltlich scheint die Einführung dieser leistungsrechtlichen Änderungen bereits zum 1. Januar 2016 nicht erforderlich und geboten zu sein.

**Vorschlag:**

Wir schlagen vor, die betroffenen Regelungen (§§ 7b Abs. 1 Satz 1, 18 Abs. 6a, 37 Abs. 2 Satz 2, 38 Satz 4, 39 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2, Abs. 3, 42 Abs. 2 Satz 1, Satz 4) zum 1. Januar 2017 in Kraft zu setzen.