

STELLUNGNAHME DES VDAB

**ZUM GESETZESENTWURF FÜR EIN DRITTES
GESETZ ZUR STÄRKUNG DER PFLEGERISCHEN
VERSORGUNG UND ZUR ÄNDERUNG WEITERER
GESETZE (BT-Drucksache 18/9518)**

**UND ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER
AUSSCHÜSSE (BR-Drucksache 410/1/16)**

**(DRITTES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ –
PSG III)**

VDAB Hauptstadtbüro – Reinhardtstr. 19 – 10117 Berlin

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband mit
Sitz in Essen

Hauptstadtbüro
Reinhardtstr. 19
10117 Berlin
Fon 030/20059079-0
Fax 030/20059079-19
berlin@vdab.de
www.vdab.de

12. Oktober 2016

**Referentenentwurf für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
- Stellungnahme des Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. -**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zum Referentenentwurf für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) Stellung nehmen zu können. Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) ist mit mehr als 1.300 Mitgliedern bundesweit einer der größten Trägerverbände in der Privaten Professionellen Pflege. Deshalb steht die Sicht mittelständischer Pflegeunternehmer im Fokus der nachfolgenden Stellungnahme. Wir haben den Verfahrensvorschlag des BMG zum damaligen Erörterungstermin zum Referentenentwurf aufgegriffen und legen diesem Schreiben eine ausgefüllte Tabelle mit unseren Anmerkungen im Einzelnen als Anhang bei.

Unseren dezidierten Ausführungen zu den einzelnen Regelungen möchten wir vier grundlegende Kritikpunkte am Gesetzentwurf voranstellen:

➤ **Griff der Kommunen in die Kassen der Pflegeversicherung = Systembruch**

Der Gesetzentwurf hat Regelungen zur Rolle der Kommunen im Fokus. Allerdings darf die „Stärkung“ der kommunalen Rolle nicht mit einem **Systembruch** erkauf werden. Denn zukünftig soll Kommunen über die Finanzierung von Pflegestützpunkten unmittelbarer Zugriff auf Beitragsmittel der Pflegeversicherung gewährt werden, die eigentlich dem Versicherten als Leistungsberechtigten zustehen. Damit werden Mittel der Pflegeversicherung faktisch als kommunale Strukturförderung zweckentfremdet. Sollen die Kommunen zukünftig eine andere Rolle im Pflegebereich spielen, sind die dafür notwendigen Gelder aus Steuermitteln aufzubringen und nicht aus Beitragsmitteln der Sozialen Pflegeversicherung. Andernfalls wird die Pflegeversicherung quasi in die kommunale Daseinsvorsorge einbezogen. Wir halten dies auch im Hinblick auf den Grundsatz der Beitragsstabilität für problematisch, denn dadurch fehlen diese finanziellen Mittel in der Leistungsfinanzierung beim Versicherten. Infolgedessen werden Beitragssatzerhöhungen notwendig werden, die zu Lasten der Versicherten gehen. Diese Kritik betrifft insbesondere die Forderung der Länder, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 8 (neu) SGB XI durchführen zu dürfen und dafür eine Refinanzierung aus dem Versichertentopf zu erhalten, und die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI, bei denen die Kommunen eine maßlose Erhöhung der Fördertöpfe fordern (von 25 auf 35 Millionen Euro bzw. 50 auf 70 Millionen Euro).

➤ **„Empfehlungen“ bekommen verbindliche Wirkung = Bedarfssteuerung**

Große Bedenken haben wir gegenüber der Etablierung neuer Gremien auf Landesebene, die wesentliche Entscheidungen zur pflegerischen Versorgung ohne die Vertreter der Pflege fällen sollen. Dies gilt insbesondere für den neu zu schaffenden sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss nach § 8a. Hier sollte zwingend auf bestehende Strukturen der Landespflegeausschüsse zurückgegriffen werden, die jederzeit um Mitglieder erweiterbar sind, um auch eine sektorenübergreifende Perspektive aufnehmen zu können. Auch das Zusammenwirken mit den regionalen Pflegeausschüssen bleibt weitgehend unklar. Schließlich sehen wir in der Einführung von sog. „Pflegestrukturplanungsempfehlungen“ den Einstieg in die kommunale Bedarfssteuerung, die wir nicht für zielführend halten. Eine wesentliche Fragestellung in diesem Zusammenhang wird sein, mit welcher rechtlichen und inhaltlichen Verbindlichkeit vorgenannte „Empfehlungen“ zu berücksichtigen sind, wenn sie ihre Wirkung bis

in den einrichtungsindividuellen Versorgungvertrag und Vergütungsvereinbarungen entfalten sollen. Unsere Sorge ist, dass es nicht bei einer Empfehlung bleiben wird, sondern der Anspruch auf Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung unter dem Vorbehalt einer nicht entgegenstehenden Pflegestrukturplanungsempfehlung stehen wird. Dies käme einer Bedarfssteuerung gleich.

➤ **Ausweitung der Abrechnungsprüfung = Pseudo-Schutz vor Betrugsfällen**

Zum einen wird keine Form der Abrechnungsprüfung bandenmäßig organisierte Betrugsfälle im kriminellen Zusammenwirken von Pflegeanbietern, Pflegebedürftigen und Angehörigen verhindern können. Die klareren Konsequenzen lassen sich über eine konsequente strafrechtliche Verfolgung und über verwaltungsrechtliche Schritte hinsichtlich der Zulassung gegen Betreiber ziehen. Zum anderen sollte darauf geachtet werden, dass der inhaltliche Umfang der Überprüfung nicht über das Ziel hinaus schießt.

➤ **Aufbau von Bürokratie statt Stärkung der professionellen Pflege**

Die geplanten zusätzlichen Bürokratieranforderungen für die Abrechnung kassieren die mit Mühe erreichten Wirkungen einer Entbürokratisierten Pflegedokumentation wieder ein.

Dass die Ergebnisse zur Bürokratie aus dem Abschlussbericht des Statistischen Bundesamtes zum „Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege“ aus 2013 und die Berichtsergebnisse der Ombudsfrau vollständig außer Acht gelassen werden, mussten wir mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen. In der Anlage fügen wir eine eindrückliche Übersicht von Frau Beikirch zur „Dokumentation und Zahlen“ bei.


Auch sind wie schon im Pflegestärkungsgesetz I und II im Pflegestärkungsgesetz III **keine Maßnahmen zur Stärkung professioneller Pflegeeinrichtungen und der professionell Pflegenden** vorgesehen.

Wir bedauern dies und weisen auch an dieser Stelle nochmals darauf hin, dass nur die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege die flächendeckende Sicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sicherstellt. Denn nur wenn die Pflegekräfte im Beruf gehalten und weitere Fachkräfte gewonnen werden können, wird auch in Zukunft jeder die professionelle Pflege erhalten können, die er braucht.

Wir hoffen, auch mit unseren Ausführungen zu den einzelnen Regelungen in der Anlage den Anstoß zu einer konstruktiven Diskussion über den Entwurf zum Pflegestärkungsgesetz III zu geben und freuen uns auf den fachlichen Austausch.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne im Rahmen der Anhörung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

SGB XI	§	Absatz	Änderungsvorschlag Gesetzesentwurf / Ausschüsse	 Änderungsvorschlag	Begründung
XI	7c	1a	Initiativrecht zur Gründung eines Pflegestützpunkts durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe oder die örtlichen Sozialhilfeträger	ist zu streichen.	<p>Bereits in vergangenen Stellungnahmen haben wir zum Ausdruck gebracht, dass wir in der Einführung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten überflüssige Doppelstrukturen sehen. Selbst der MDS hat in einer Studie festgestellt, dass es kein Beratungsdefizit gibt, sondern es vor allem andere Hürden sind, die Pflegebedürftige vom Leistungsbezug abhalten. So hat eine aktuelle Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter 1.000 pflegenden Angehörigen im Rahmen des Pflege-Reports 2016 ergeben: Die meisten pflegenden Angehörigen kennen die zusätzlichen Unterstützungsangebote der gesetzlichen Pflegeversicherung. Genutzt werden sie aber häufig nur von einer Minderheit.</p> <p>Aus unserer Sicht sind Pflegestützpunkte eigentlich gänzlich verzichtbar. Da mittlerweile aber Strukturen geschaffen sind, empfiehlt es sich, diese bei entsprechender Frequentierung weiterzuführen. Weitere Anreize für Pflegestützpunkte auf kommunaler Ebene halten wir für verfehlt, unabhängig von der Frage, wer hier ein Initiativrecht erhält.</p>
XI	7c	Abs. 6 (neu)	Regelung zur Errichtung und Zusammenarbeit von Pflegestützpunkten im Wege von Rahmenverträgen oder Vereinbarungen	Der neue Absatz ist zu streichen.	<p>Aus unserer Grundsatzkritik an Pflegestützpunkten heraus sehen wir keinen Bedarf zur Schaffung neuer Pflegestützpunkte.</p> <p>Wenn der Ausbau von Pflegestützpunkten politisch unbedingt gewollt ist, sollte es nicht der Selbstverwaltung überlassen bleiben, Regelungen zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in einem Rahmenvertrag zu treffen. Zwingend wären für uns gesetzliche Regelungen: Das SGB XI müsste direkt und bundeseinheitlich vorsehen, wie die Zusammenarbeit aussehen soll.</p>

XI	7 c	Abs. 7 (neu)	Einrichtung eines Konfliktlösungs- mechanismus	Der neue Absatz ist zu streichen.	Die Einrichtung einer Sonder-Schiedsstelle im SGB XI lehnen wir ab. Nach unserer festen Überzeugung ist der weitere Aufbau von Pflegestützpunkten – und jetzt auch noch als Anspruch der Kommunen – der falsche Weg; Wenn schon ein Konstrukt gewählt wird, das eine Streitschlichtungsstelle notwendig macht, dann sollte auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden. Die Neuinstallation kostet Geld der Versicherten, das in der Versorgung besser angelegt wäre. Die Aufgabe der Sonder-Schiedsstelle können die Schiedsstellen nach § 76 mit übernehmen, da es sich schließlich um Fragestellungen der Pflegeversicherung handelt.
XI	8a	Abs. 1	Landespflegeausschl uss / Etablierung neuer Gremien	<u>Änderungsvorschlag:</u> Ergänzung in Abs. 1, Aufnahme der sektorenübergreifenden Aufgaben "Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen. Nach Maßgabe	Der VDAB hat große Bedenken gegenüber der Etablierung neuer Gremien auf Landesebene, die wesentliche Entscheidungen zur pflegerischen Versorgung ohne die Vertreter der Pflege fällen sollen. Dies gilt insbesondere für den neu zu schaffenden sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss nach § 8a. Abgesehen davon, dass zwingend auf bestehende Strukturen der Landespflegeausschüsse zurückgegriffen werden sollte, die jederzeit auch um Mitglieder erweiterbar sind, ist das Etablieren eines neuen Gremiums ohne die Vertreter der Pflege kaum nachvollziehbar. In der Gesetzesbegründung ist ausgeführt, dass das Treffen gemeinsamer Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Aspekten der Versorgung Pflegebedürftiger im Konsens mit „allen Beteiligten“ das Ziel dieser Regelung darstellt. Der wichtigste Beteiligte der Versorgung Pflegebedürftiger ist aber die professionelle Pflege selbst, so dass diese zwingend ein Mitspracherecht erhalten muss. Unklar bleibt ferner, wie die vielen neuen Gremien von Landes- bis zur kommunalen Ebene Zusammenwirken sollen. Für besonders kritisch halten wir, dass auch die Rechtsnatur und damit auch die rechtliche Verbindlichkeit der Gremienentscheidungen nicht klar geregelt sind.

			<p><i>landesrechtlicher Vorschriften kann der Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) erweitert werden. Hierzu kann die Rechtsverordnung vorsehen, dass Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaften entsandt werden können. Sie wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen."</i></p>	<p>Um älteren, behinderten und pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen zu können, ist eine gut funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ein guter Ansatz. Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung erfordert von Anfang an eine Beteiligung aller maßgeblichen Akteure, insbesondere aus dem Bereich, der Pflegeleistungen erbringt.</p> <p>Um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden und den Einsatz weiterer Ressourcen möglichst gering zu halten, regen wir an, im Hinblick auf die Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung einen entsprechenden Unterausschuss beim Landespflegeausschuss nach § 8a Abs. 1 zu bilden.</p>
XI	8a	<p>sektorenübergreifend es Gremium / regionale Ausschüsse</p> <p>einvernehmliche Empfehlungen / Strukturplanungsempfehlungen</p>	Ersatzlos zu streichen	<p>Die Einführung von sog. „Pflegestrukturplanungsempfehlungen“ ist als Einstieg in die kommunale Bedarfssteuerung pflegepolitisch verfehlt und rechtlich fragwürdig.</p> <p>Pflegepolitisch verfehlt, weil die Pflegeversicherung von Anfang an bewusst auf einen freien Zugang zum Pflegemarkt gesetzt hat. Dies drückt sich vor allem im gesetzlichen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag aus, wenn alle formalen Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu passt eine wie auch immer geartete Bedarfssteuerung nicht. Es gibt auch keine Anzeichen für Fehlentwicklungen im Markt, die sich in großen Leerständen niederschlagen würden. Auch sehen wir bei den Kommunen keine flächendeckend ausreichende Planungskompetenz und auch keine ausreichende Neutralität. Denn die Kommunen sind auch örtlicher Träger der Sozialhilfe, so dass eine Bedarfsplanung nach Kassenlage zumindest nicht auszuschließen ist.</p>

					<p>Rechtlich fragwürdig, weil die konkrete rechtliche und inhaltliche Verbindlichkeit der Pflegestrukturplanungsempfehlungen nicht klar geregelt ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind vorgenannte Empfehlungen in dem einrichtungsindividuellen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarungen zu "berücksichtigen". Wenn Empfehlungen zwingend zu berücksichtigen sind, sind sie aber keine Empfehlungen mehr, sondern Auflagen, die verwaltungs- und verfassungsrechtlich anders konstruiert sein müssten. Der vorgesehene Einspruch in § 72 SGB XI geht deshalb völlig fehl (dazu unter § 72 weitere Ausführungen).</p> <p>Die Pflegestrukturplanungsempfehlungen müssen, wenn überhaupt notwendig, einvernehmlich beschlossen werden. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass Ziel auch die Akzeptanz der Empfehlungen ist. Dies ist jedoch nur durch ein Einvernehmen gewährleistet.</p> <p>Aufgrund unserer Bedenken fordern wir die Streichung des § 8a Abs. 2-5, da die sektorenübergreifende Perspektive in die bestehenden Strukturen aufgenommen werden können, vgl unseren Vorschlag zu Abs. 1. Jedenfalls müssen die Vertreter der Pflege Partner der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse werden. Und es darf sich ausschließlich um „Empfehlungen“ handeln, die keinerlei Verbindlichkeit zur Folge haben.</p>
XI	9			<p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur</i></p>	<p>Wir fordern eine verbindliche Investitionsförderung durch die Länder und keine Option.</p>

			<p>Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung ist eine finanzielle Unterstützung bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung der Pflegeeinrichtungen vorzusehen.</p> <p>1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder</p> <p>2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.</p> <p>Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.“</p>	
--	--	--	---	--

XI	37	Abs. 3	<p><u>Änderungsvorschlag:</u> „(3) <i>Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben</i> 1. <i>bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,</i> 2. <i>bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal</i> <i>eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem</i></p>	<p>Leider ist noch nicht daran gedacht, die Unterfinanzierung dieser wertvollen Leistungen gesetzlich endlich zu beseitigen. Stattdessen werden nur die Qualitätsansprüche höher geschraubt. Das müssen Pflegeunternehmer und Pflegende als zynisch empfinden.</p> <p>Anhand dieser Regelung wird besonders deutlich, wie es um die Wertschätzung der Pflege in finanzieller Hinsicht bestellt ist. Trotz der sowohl vom Minister wie vom Staatssekretär angekündigten besseren Bezahlung der Pflegekräfte ist die gesetzliche Realität eine andere. Wer für einen Beratungseinsatz einer Pflegefachkraft höchstens 33 Euro für angemessen hält, zeigt, wie er den Wert von Pflegearbeit einschätzt. Angesichts des tatsächlichen Aufwandes war und ist die Deckelung der Kosten auf diesem Niveau völlig unangemessen.</p> <p>Der VDAB fordert vor diesem Hintergrund eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung des Beratungseinsatzes. Davon ausgehend, dass ein Beratungseinsatz im Schnitt 45 Min zzgl. Anfahrt und Verwaltung dauert, ergibt sich eine Vergütung in Höhe von ca. 85 EUR als Mischkalkulation über alle Pflegestufen. Angesichts des tatsächlichen Aufwands muss die Erhöhung um 1 Euro im Zweiten Pflegestärkungsgesetz für Pflegekräfte und Einrichtungen wie Hohn klingen.</p>
----	----	--------	--	--

			<p>zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in allen den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 85 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 3 bis 5.“</p>	
XI	37	Abs. 8	Beratungsbesuche durch kommunale Pflegeberater	<p>Die Pflegeberatung gehört nicht zum Aufgabenbereich der Kommunen, denn so besteht die Gefahr der Steuerung nach Kassenlage der Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung der Beratung durch die Pflegeversicherung. Damit wäre keine unabhängige Beratung gewährleistet und es würden Beitragsmittel zweckentfremdet.</p> <p>Außerdem stellt sich uns noch die Frage der Wahlfreiheit: Darf sich der Versicherte weiterhin aussuchen, wer ihn berät, oder soll eine Zwangsberatung durch die Kommunen für bestimmtes Klientel denkbar sein?</p> <p>Grundsätzlich dürfen keine Pflegekassengelder in kommunale Strukturen fließen. Sollten die Kommunen Pflegeberatung übernehmen dürfen, dann</p>

					jedenfalls nicht refinanziert durch Versichertengelder.
XI	43	Abs. 1	Streichung Abs. 1		Die Streichung ist notwendig, um eine Schlechterstellung ab 1.1.2017 gegenüber geltendem Recht zu vermeiden, und wird deshalb begrüßt.
XI	72	Abs. 3	Einschub, dass der Anspruch auf Versorgungsvertrag nur besteht, soweit und solange der Vertragsinhalt nicht in Widerspruch zu den Empfehlungen nach § 8a steht.	Einschub streichen.	Wie bereits unter § 8 a ausgeführt, halten wir die Einführung von sog. „Pflegestrukturplanungsempfehlungen“ für nicht zielführend. Der Charakter der „Empfehlung“ wird mit dieser Formulierung gänzlich aufgehoben - die "Empfehlung" erhält einen verbindlichen Kern, und zwar durch die Hintertür. Wir sehen dies als juristisch nicht haltbar und widersprüchlich zur Verfassung, respektive eine Verletzung der Berufsausübungsfreiheit in Art. 12 GG. Soweit der Einrichtung der Versorgungsvertrag trotz Vorliegens der übrigen Voraussetzungen des § 72 SGB XI aufgrund der „Empfehlungen“ nicht gewährt wird, stellt dies eine Verletzung bestehenden Verfassungsrechts dar. Dadurch drohen unzählige Rechtsprozesse. Soweit geplant ist, die „Empfehlungen“ in Gremien ohne Beteiligung der Pflege in Mehrheitsbeschlüssen zustande kommen zu lassen, ist dieser Weg völlig falsch. So würde dies nämlich die völlige Fremdbestimmung über die Pflege bedeuten: Die von der Pflege nichts verstehen und diese nicht leisten, würden darüber bestimmen dürfen. Der Landespflegeausschuss würde entmachtet. Und diese Fremdbestimmung geschähe mit Versichertengeldern. Das ist abzulehnen.
XI	75	Abs. 2 Nr. 7	Aufnahme der Abrechnungsprüfung in einem Atemzug mit den Wirtschaftlichkeits-		Die Berichterstattung über bandenmäßigen systematischen Abrechnungsbetrug hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, erweiterte Vorschriften zur Abrechnungsprüfung vorzusehen. Grundsätzlich ist nachvollziehbar, dass nun auch im SGB V –Bereich mehr Transparenz in der Abrechnung eingefordert wird. Wir möchten in diesem Zusammenhang auf

		prüfen	<p>zwei wichtige Aspekte hinweisen, unter denen wir die Regelungen gerne verstanden wüssten. Zum einen wird keine Form der Abrechnungsprüfung bandenmäßig organisierte Betrugsfälle im kriminellen Zusammenwirken von Pflegeanbietern, Pflegebedürftigen und Angehörigen verhindern können. Die geeigneten Reaktionen wären vielmehr konsequente strafrechtliche Verfolgung und verwaltungsrechtlich der Entzug der Zulassung.</p> <p>Zum anderen sollte darauf geachtet werden, dass der inhaltliche Umfang der Überprüfung nicht über das Ziel hinaus schießt. Anderenfalls läuft man Gefahr, alle Pflegeeinrichtungen zu kriminalisieren und damit eine ganze Branche in Verruf zu bringen. Der sorgsame Umgang beginnt schon bei der Wortwahl. Es ist zu unterscheiden zwischen vorsätzlichem betrügerischen Verhalten und fahrlässigen Abrechnungsfehlern. Hier wünschen wir uns eine klare gesetzliche Definition und Abgrenzung.</p> <p>Schließlich sind wir der Auffassung, dass viele der Dokumente, die zukünftig in die Abrechnungsprüfung einbezogen werden sollen, gar nicht abrechnungsrelevant sind, sondern insbesondere aus Sicht der Kassen unter die Rubrik „sonst noch gut zur wissen“ fallen. Wir fordern deshalb auch im Hinblick auf verfassungsrechtlich verbürgte Unternehmerrechte die Beschränkung auf abrechnungsrelevante Unterlagen wie Leistungsnachweis und Rechnung.</p>
XI	75 Abs. 2 Nr. 10	Streichung der Nr 10 inkl. ortsüblicher Vergütung	<p>Die Streichung der ortsüblichen Vergütung ist konsequent. Denn tatsächlich stammt die Regelung aus früheren Zeiten: Die Zahlung und Prüfung örtlicher Vergütungen gem. § 72 Abs 3 Nr. 2 SGB XI muss nur erfolgen, soweit keine Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes vorliegt und anzuwenden ist. Ein solches</p>


				Arbeitnehmerentwärtungsgesetz liegt jedoch seit 2010 vor, was die Regelung zur ortsüblichen Vergütung mittlerweile obsolet macht.
XI	79	Die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung	ist ersatzlos zu streichen.	Es ist eine Besonderheit des Sozialversicherungsrechts, dass die Kostenträger das Recht haben, „die Wirtschaftlichkeit“ ihrer Vertragspartner zu überprüfen und ggf. sogar Sanktionen auszusprechen. Dies widerspricht jedem Grundsatz von Gleichheit vor dem Gesetz. Der VDAB verlangt daher die Aufhebung dieser Vorschriften im SGB XI (§ 79) und im SGB V (§ 132a Abs. 1 Ziffer 5). Er erhofft sich damit zugleich ein Signal des Bundes an die Länder. In den Heimgesetzen der Länder müssen ebenfalls alle Vorschriften entfallen, die den direkten Konkurrenten von privaten Einrichtungen (hier: den Kommunen und Kreisen) genaue Kenntnis der Kalkulationsgrundlagen des Betriebsaufbaus und der Ablauforganisation erlauben.
XI	79 Abs. 1 und Abs. 4	Initiativrecht für Prüfungen	Hilfsweise, wenn nicht gänzliche Streichung der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Initiativrecht belassen bei den Pflegekassen	Dass nun auch die Kommunen ein eigenständiges Initiativ- und Prüferecht erhalten sollen, ist eine unangemessene Belastung gegenüber Pflegeeinrichtungen. Diese sehen sich praktisch ständig irgendwelchen Prüfungen ausgesetzt. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Prüfungen Eingriffe in den Betriebsablauf darstellen, die weitreichende Folgen verursachen: Je mehr Initiativrechte bestehen, desto mehr Prüfungen werden durchgeführt, desto mehr Störungen in den Betrieben werden verursacht, desto mehr Ressourcen in den Pflegeeinrichtungen werden in nicht-pflegerischen Bereichen eingesetzt.
XI	79 Abs. 4	Anlassbezogene Abrechnungsprüfung	Hilfsweise, wenn nicht gänzliche Streichung der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Hier Abrechnungsprüfung streichen	Die Abrechnungsprüfung ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fehlverortet. Sie gehört allenfalls in §§ 114 und 75 Nr. 7 SGB XI.

XI	105	Abs. 1 Nr. 1	Angabe von Anfangs- und Endzeit im DTA	streichen	<p>In der Begründung der Ausschüsse wird behauptet, die Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten sei „unabdingbare Grundlage“. Die vorgeschlagene Ergänzung sei naheliegend und sachdienlich. In der Praxis würden "die Daten in der Regelung schon jetzt erfasst" und damit entstünde "kein Mehraufwand". In diesem Zusammenhang wird auf die einvernehmliche Festlegung von 2002 Bezug genommen, in der sich die Beteiligten bereits über die Übermittlung von Beginn und Ende der Leistungserbringung verständigt hätten.</p> <p>Diese Aussagen sind schlichtweg falsch. Bis dato wird keineswegs flächendeckend die Übermittlung von Beginn und Ende der Echtzeit vereinbart und geschuldet, sondern allenfalls die Anfangszeiten und die Planzeit. Und tatsächlich werden diese Zeiten auch nicht flächendeckend erhoben. Vor diesem Hintergrund bitten wir um Ausführung, woher die Ausschüsse ihre Kenntnisse erlangt haben.</p> <p>Die geforderten Veränderungen führen zu einem unvermeidbaren bürokratischen Mehraufwand. Die Bürokratiekosten für das Führen der Leistungsnachweise würden noch höher.</p> <p>Die mit Mühe erreichten Wirkungen einer Entbürokratisierten Pflegedokumentation würden mit einer solchen Regelung mehr als wieder einkassiert.</p> <p>Die Erhebungen des statischen Bundesamtes und die Berichtsergebnisse der Ombudsfrau wurden vollständig außer Acht gelassen.</p> <p>Denn es ist so, dass in den Rahmenvereinbarungen gemäß § 75 SGB XI vereinbart ist, dass der Leistungsnachweis als Teil der Pflegedokumentation vor Ort beim Pflegebedürftigen zu führen ist. Die durchgeführten Leistungen sind von der Pflegekraft per Handzeichen unter Angabe der Uhrzeit</p>
----	-----	-----------------	--	-----------	--

					<p>abzeichnen und vom Pflegebedürftigen/Angehörigen zeitnah mit seiner Unterschrift zu bestätigen. Dieser Leistungsnachweis ist dann Grundlage der Abrechnung.</p> <p>Gleiches gilt auch für die Leistungen nach dem SGB V. Sollte zukünftig die Echtzeit bei Beginn und Ende gefordert sein, wird sich die Bürokratie vor Ort erheblich erhöhen, da dann die Pflegekraft eine Abgrenzung der Zeit der Leistungserbringung für die verschiedenen Kostenträger vornehmen müsste.</p> <p>Von einer Minutenpflege würden wir dann zu einer Pflege mit der Stoppuhr kommen. Diese dürfte wohl kaum mit dem politisch gewollten anderen Pflegeverständnis in Einklang zu bringen sein.</p> <p>Wird zukünftig die Echtzeit geschuldet, müsste eine Person im Pflegedienst abgestellt werden, die von Hand die Zeiten in das Abrechnungsprogramm überträgt. Das ist notwendig, weil keineswegs flächendeckend mobile Erfassungsgereäte genutzt werden. Unabhängig davon ersetzt die mobile Datenerfassung den Leistungsnachweis vor Ort nicht. Es wäre in jedem Fall ein zusätzlicher Datenabgleich vorzunehmen. All dieses müsste dann über die Pflegevergütung refinanziert werden.</p> <p>Folgen:</p> <p>Mehr Bürokratiekosten - weniger Leistungen für die Pflegebedürftigen.</p> <p>Mehr Bürokratie führt zur Demotivation der Pflegekräfte und in der Folge zur Verschärfung des Personalmangels.</p>
XI	113b	Ein Vertreter der Länder im Qualitätsausschuss	streichen	Aus unserer Sicht reicht die Beteiligung; es bedarf keines Stimmrechts für die Länder.	

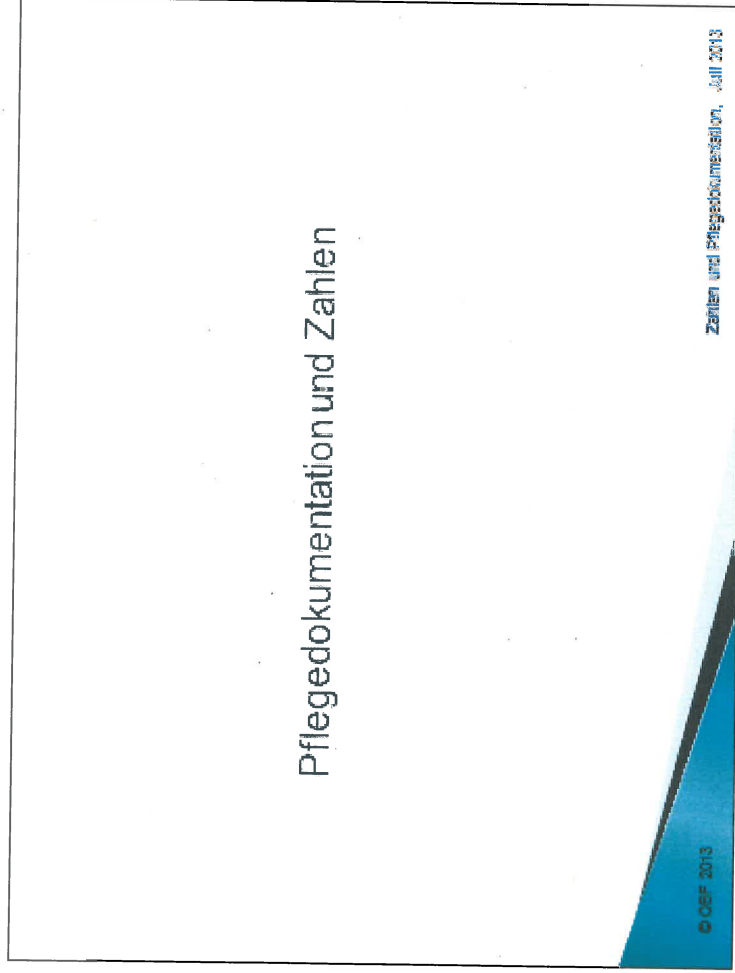
XI	123 u 124	Modellprojekte zur kommunalen Beratung	komplett zu streichen.	Wir lehnen die kommunale Beratung aus Pflegeversicherungsmitteln grundsätzlich ab. Mehr versicherungsfremde Leistungen bedeutet, dass der Topf der Pflegeversicherung immer leerer wird. In der Folge erhöhen sich die Pflichtbeiträge. Es geht fehl, wenn die Pflegeversicherung zum Selbstbedienungsladen für Kommunen wird.
XI	§141 Abs. 3 Satz 5	Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen „Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort.“ (...)“	Der VDAB fordert, dass die Leistungsanbieter wie im § 82 Abs. 1 Nr.1 SGB XI vorgesehen eine leistungsgerechte Vergütung erhalten und somit zum 01.01.2017 die nach Pflegegraden ermittelten Pflegesätze Anwendung finden. Um keinen Pflegebedürftigen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schlechter zu stellen, bedarf es einer der bisherigen Gesetzessystematik entsprechenden Finanzierung. Aus diesem Grund lehnt der VDAB die vorgesehene Formulierung der Bestandsschutzregelung für Pflegebedürftige in der Kurzzeitpflege entschieden ab und schlägt folgende Anpassung vor: „Für Pflegebedürftige, die über den 31. Dezember 2016 hinaus Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in	Die Änderungen tragen den dringenden Anpassungsbedarfen zum PSG II weitestgehend Rechnung. Der VDAB begrüßt ausdrücklich das Tätigwerden des Gesetzgebers in diesem Bereich. Jedoch bedarf es im Hinblick auf die vorgesehene Regelung zur Weitergeltung der Pflegesätze für Kurzzeitpflegegäste über den 31.12.2016 hinaus zwingend einer Anpassung. Eine Bestandsschutzregelung für Pflegebedürftige, die über den 31.12.2016 hinaus Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 und 2 in Anspruch nehmen, ist begrüßenswert. Bei der vorgesehenen Ausgestaltung erfolgt diese Regelung jedoch zu Lasten der Einrichtungsträger. Zum Jahreswechsel 2016/2017 werden die Vergütungsvereinbarungen aller Pflegeeinrichtungen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die damit verbundenen Pflegegrade angepasst. Je nach Landesregelung sehen die Vereinbarungen eine Personalmehrung zum 01.01.2017 vor, welche eine entsprechende Refinanzierung über leistungsgerechte Entgelte notwendig macht. Bei einer Fortgeltung der Pflegesätze aus 2016 können die Einrichtungsträger verhandeltes Zusatzpersonal nicht in vollem Maße vorhalten und ggf. verhandelte Personal- und Sachkostensteigerungen nicht umsetzen, da hierfür ein Teil der erforderlichen Einnahmen fehlt. Der doppelte Stufensprung für Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz verschärft im Rahmen der Überleitung in die Pflegegrade das

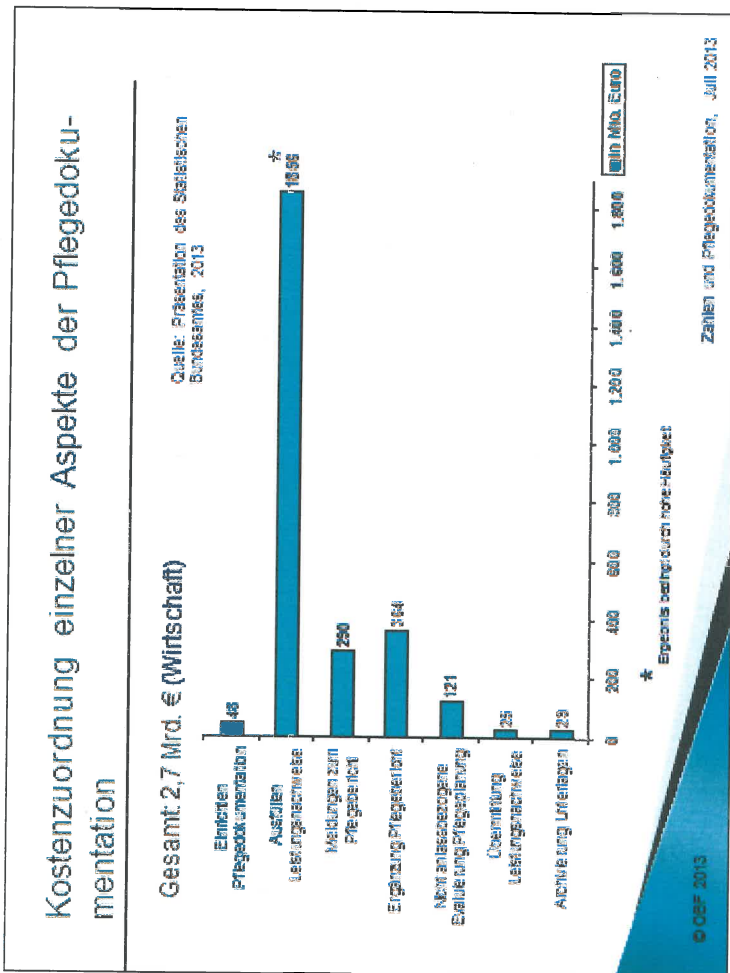
			<p><i>Anspruch nehmen, übernimmt die Pflegekasse den Differenzbetrag zwischen dem ab 01.01.2017 geltendem Pflegesatz und dem zuletzt vereinbarten Pflegesatz aus 2016.“</i></p>	<p>entstehende Defizit der Einrichtungsträger erheblich. In der Konsequenz müssen die Einrichtungsträger neben den ab 01.01.2017 geltenden Personalschlüsseln nach den fünf Pflegegraden für diese Kundengruppe die alten Personalschlüssel ansetzen, was zu einem immensen Mehraufwand und einer Verunsicherung aller Beteiligten führen würde. Für den Zeitraum, bis alle überleiteten Kurzzeitpflegegäste aus der Kurzzeitpflege ausgezogen sind, würden somit bis zu 10 verschiedene Pflegepersonalschlüssel Anwendung finden. Ein erheblicher Aufwand entstände darüber hinaus im Rahmen der Faktura, da zwei Abrechnungssysteme (eines nach Pflegestufen und eines nach Pflegegraden) vorzuhalten wäre. Die skizzierten Auswirkungen treffen sowohl auf eingestreuete wie auch auf die solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu.</p>
<p>Gewerbeordnung</p>		<p>Bitte der Ausschüsse an die Bundesregierung, zu prüfen, inwieweit die Pflege unter die Gewerbeordnung fallen kann.</p>		<p>Wir verweisen auf die Ausführungen zu § 75 II Nr. 7 SGB XI und merken zusätzlich an, dass wir keinen Zusatznutzen in einer institutionellen Ausweitung der Prüfungen auf das Gewerbeaufsichtsamt sehen.</p>

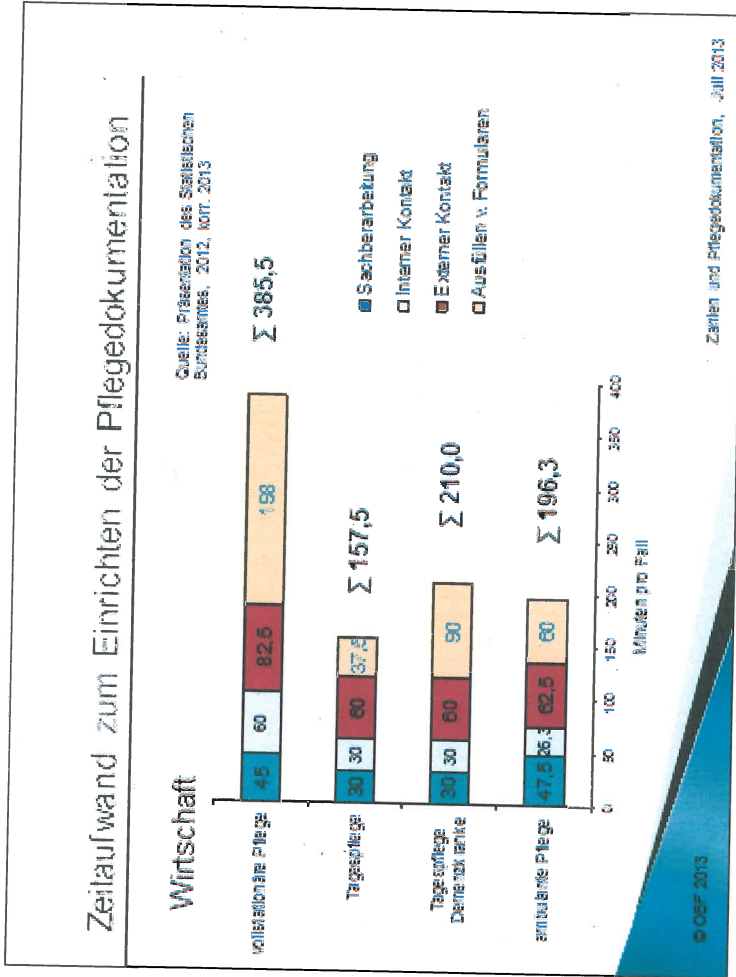
SGB V	§ 71	Absatz	Änderungsvorschlag Gesetzesentwurf / Ausschüsse	 Änderungsvorschlag	Begründung
V	71			Streichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität.	<p>Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es der ambulanten Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften in Zeiten eklatanten Fachkräftemangels. Über Jahre hinweg haben die Kassen unter Verweis auf diesen Grundsatz die Steigerung der Vergütungen/Pflegesätze auf die Höhe der Grundlohnsumme begrenzt. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegekräfte systematisch von Lohnsteigerungen abgekoppelt werden. Dies steht im offenen Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach keine Berufsgruppe von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden darf. Die privaten Unternehmer in der Pflege und allen voran der pflegerische Mittelstand würden gerne mehr bezahlen. Tatsache ist jedoch, dass sie nur das an ihre Mitarbeiter weitergeben können, was sie von den Kassen vergütet bekommen. Wir haben bereits heute einen Mangel an Pflegekräften. Das liegt sowohl an den Rahmenbedingungen als auch an der Bezahlung. Im Ergebnis gibt es für die Pflegekräfte derzeit wenig Anreize, im Beruf zu bleiben. Das ist für die professionelle Pflege insgesamt keine zufriedenstellende Situation. Vor allem, wenn man den Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zieht: Hier werden durch Gesetz Einkommenssteigerungen weit über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus beschlossen. Sonderzahlungen der Kassen in Milliardenhöhe gehen immer wieder an niedergelassene Ärzte und an die Kliniken. Die professionelle Pflege bleibt immer außen vor. Sie hat jedoch ein Recht, gleich behandelt zu werden.</p>

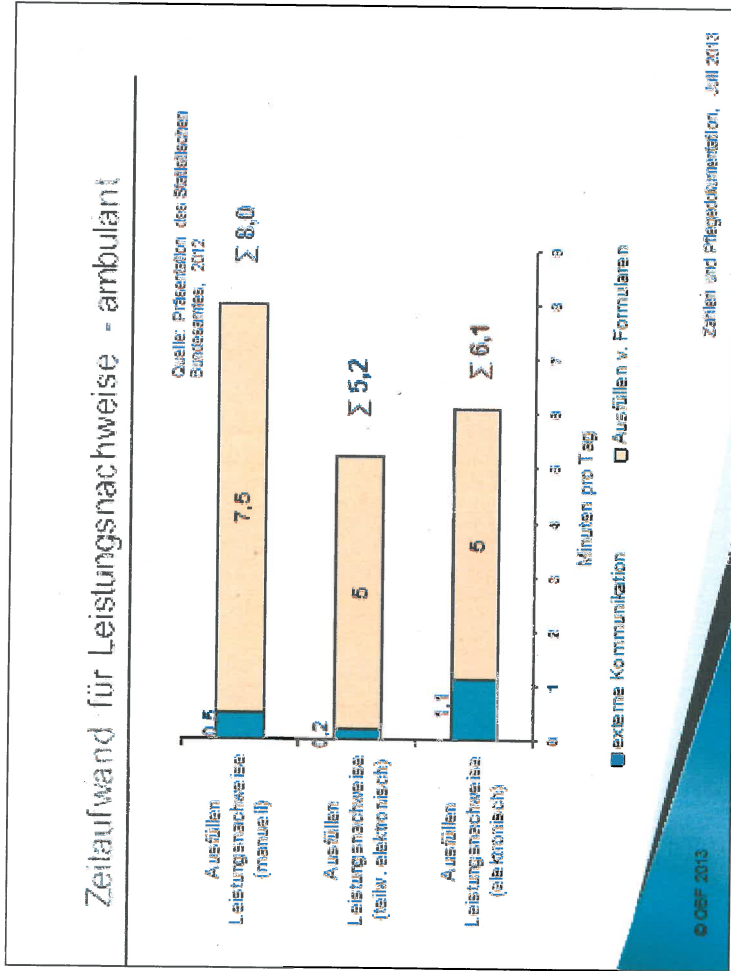
V	90a		<p>Ergänzung: Gemeinsames Landesgremium <i>„(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Sie wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 8a des Elften Buches</i></p>	
				<p>Der richtige Gedanke der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zieht sinnvollerweise eine Abstimmung zwischen den Gremien nach sich.</p>

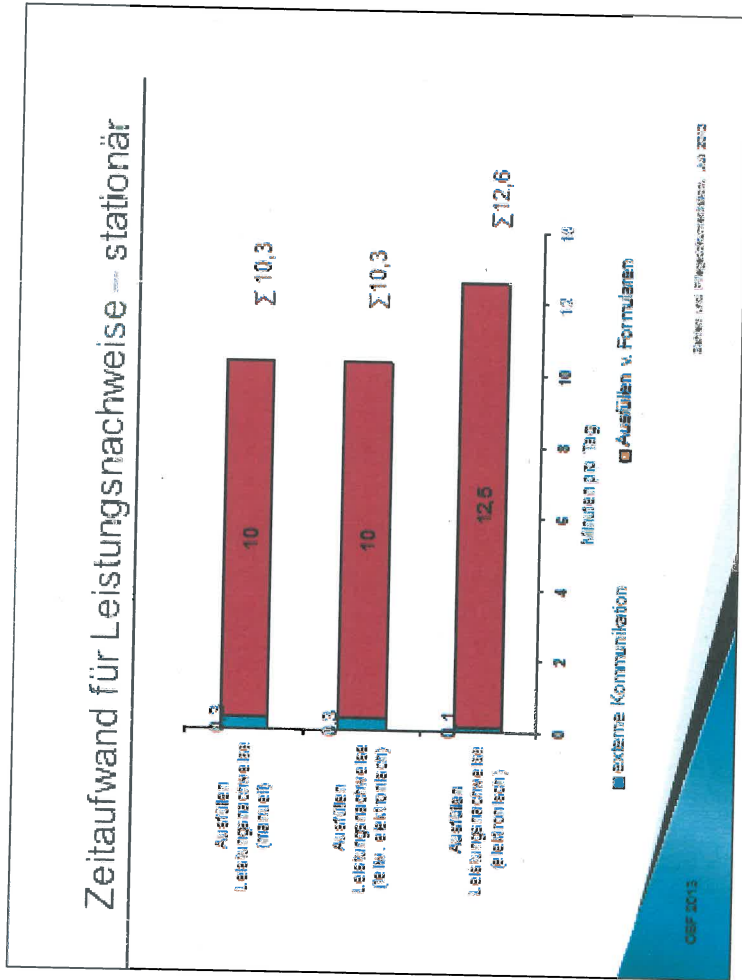
			<p><i>herbeizuführen.</i> <i>(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.“</i></p>	
V	275b	Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst		<p>Mit der Aufnahme des § 275b SGB V werden analog des § 114 SGB XI Regelungen zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für die Häusliche Krankenpflege eingeführt.</p> <p>Wir verweisen auf die Ausführungen zu § 75 II Nr.7 SGB XI</p>

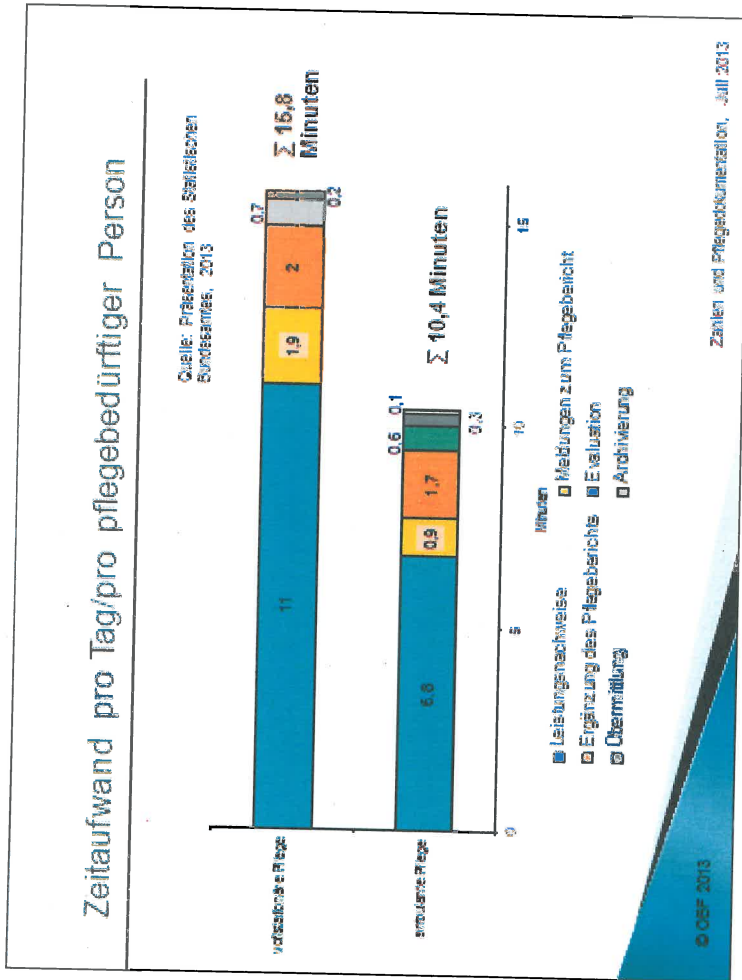












Berichtsergebnisse und Eingaben an die Ombudsfrau

Ergebnisse des Abschlussberichts Statistisches Bundesamt (2013) in Korrelation mit dem Eingaben an die Ombudsfrau (OBF):

Ergebnisse aus dem Bericht	Eingaben an die Ombudsfrau (OBF)
2,7 Mrd. Euro jährliche Kosten für die Wirtschaft (davon 1,5 Mrd. für Arzneimittel)	Thema mit absoluter Priorität, da die meisten Eingaben an die OBF erweitertes Spektrum
davon 1,9 Mrd. für Ausgaben von Leistungsnachweisen (70,4% stationär, 28,7% ambulant, 0,9% Tagespflege)	Stationär: Einzelleistungsnachweise bei Pausenübergabe, Dokumentationsaufwand für sonstige administrative Aufgaben Ambulant: Einzelleistungsnachweise obligat für Abrechnung
<small>* Nur stationäre Pflege ist dokumentationspflichtig, auch ambulant, ambulantstationär</small>	
Einrichtung der Pflegedokumentation Stationär: rund 6,5 h (386 min) Ambulant: rund 3,25 h (196 min)	Nur Ambulant: Aufwand für Plankostenrechnung und Beratung im Verhältnis zum stationären Versorgungsumfang
ca. 13 % der Arbeitszeit der PfkK pro Station (7,7 min pro Stunde) für Pflegedokumentation (ambulanzstationär, Standardprozess, nur SGB XI)	Aufwand für Pflege-Dokumentation liegt bei 20-30% der jeweiligen Arbeitszeit (Bezugsgrößen sehr unterschiedlich, keine validen Daten)