

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(39)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.
2016
12.10.2016



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur
Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

anlässlich der Bundestagsanhörung
am 17.10.2016

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 7c (Pflegestützpunkte).....	6
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 8a (Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung).....	7
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 a bb) § 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)	8
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 18 §§ 123/124 (Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung).....	9
3. Kommentierung der Änderungsanträge	12
• Änderungsantrag 2 (Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten)	12
• Änderungsantrag 18 (Zugang für Dritte zu nicht-gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen)	13
• Änderungsantrag 25 (Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen).....	14
4. Weiterer Änderungsbedarf	16
• Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI in der Fassung ab 01.01.2017; eingeführt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (Rückwirkende Leistungsgewährung).....	16

1. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine ausführliche Stellungnahme zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) erarbeitet. In Ergänzung hierzu weisen die Ersatzkassen in der vorliegenden Stellungnahme auf Punkte hin, die für sie von besonderer Bedeutung sind.

Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Mit dem PSG III wird die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in das Recht der Sozialhilfe übernommen (SGB XII). Das ist folgerichtig und sachgerecht. Bereits im Koalitionsvertrag wurde festgehalten, dass es für die Akzeptanz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entscheidend ist, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen und die Verlagerung von Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu vermeiden ist. Die Ersatzkassen begrüßen daher alle Regelungen, die eine trennscharfe Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten fördern und hierbei ausdrücklich, dass der § 43a SGB XI weiterhin Bestand hat. Eine Streichung dieser Vorschrift würde die Beitragszahler erheblich zusätzlich belasten, ohne dass bei den pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung mehr oder bessere Leistungen ankommen würden. Nutznießer wären ausschließlich die Kommunen, die sich bei einer Streichung der Vorschrift einseitig finanziell entlasten würden.

Auch wird die für den häuslichen Bereich geplante Vorrangregelung der Pflegeversicherung im Verhältnis zur Sozialhilfe die Abgrenzung zwischen diesen beiden Trägern nicht trennschärfer machen. Zuständigkeitsfragen werden auch zukünftig auftreten. Besser wäre es daher, an dem bisherigen Gleichrang von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung festzuhalten, um falsche Signale zu vermeiden.

Bei Pflegestützpunkten Doppelstrukturen vermeiden

Die Kommunen sollen ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten (PSP) erhalten. Bereits heute existieren ca. 400 PSP. Hinzu kommen weitere Beratungsstrukturen (wie die Pflegeberater der Pflegekassen und gemeinnützige Beratungsangebote z. B. der Verbraucherzentralen). Aus Sicht der Ersatzkassen muss verhindert werden, dass durch das Initiativrecht PSP nicht bedarfsgerecht ausgebaut werden und unkontrolliert Doppelstrukturen entstehen. Um dies zu vermeiden, sollte das Initiativrecht an die Bedarfswahlen gekoppelt werden, die die Bundesländer bei Einführung der PSP in den sogenannten Allgemeinverfügungen festgehalten haben. Des Weiteren sollte die Gründung nur im Einvernehmen mit den Kranken- und Pflegekassen erfolgen dürfen.

Pflegegremien mit Augenmaß weiterentwickeln

Die bereits bestehenden Gremien (z. B. Landespflegeausschüsse und regionale Pflegekonferenzen) zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung werden um weitere Gremien auf Landesebene und in den Regionen ergänzt. Die Ersatzkassen befürworten grundsätzlich das dahinterstehende Anliegen, Fehl-

entwicklungen in der Versorgung zu beheben. Ein Ausbau der Gremien kann hierzu aber nichts beitragen. Weder können deren Empfehlungen beim Vertragsabschluss mit Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden, da diese einen Anspruch auf Vertragsabschluss haben. Noch würde weiteren Gremien ein Informationsgewinn folgen. Denn die Daten, die sie generieren können, liegen schon heute vor. Statt neuer Gremien wäre es an den Kommunen und Ländern, durch Nutzung der vorliegenden Daten und vor allem der ihnen möglichen Investitionsförderung Fehlentwicklungen zu beheben.

Modellvorhaben eine sinnvolle Basis geben

In 60 Modellkommunen soll die Pflegeberatung möglichst umfassend, wohnortnah und aus einer Hand erfolgen. Fraglich ist aus Sicht der Ersatzkassen, ob hierfür eine neue Beratungsstruktur in der Hand der Kommunen notwendig ist. Diese Beratungsstruktur würde nicht nur vorhandene Strukturen doppeln. Gleichzeitig würden bereits etablierte Beratungsstrukturen gefährdet, da über die Beratung in der Modellkommune nur noch die Kommune entscheidet. Bei ihrer Ausgestaltung wären die Kommunen zudem relativ frei, so dass eine bundesweit gleiche Beratungsqualität nicht gewährleistet ist. Um die verzahnte Beratung für Pflegebedürftige sinnvoll zu erproben, schlagen die Ersatzkassen daher einen anderen Weg vor: Der GKV-SV kann Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichsfonds fördern. Auf dieser Basis wäre sichergestellt, dass die Modellvorhaben einheitlich durchgeführt und evaluiert würden. Anschließend kann dann auf der Grundlage der wissenschaftlichen Ergebnisse der Modellvorhaben entschieden werden, wie eine Beratungsstruktur auszugestalten ist.

Pflegerelevante Daten den richtigen Stellen zur Verfügung stellen

Durch die Änderungsanträge 2 und 25 werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, die Daten von Leistungs- und Preisvergleichslisten sowie Pflegequalitätsdaten Dritten zur nicht-gewerblichen Nutzung zur Verfügung zu stellen. Hinter dieser Änderung steht offensichtlich die Annahme, dass sich die Informationslage der Pflegebedürftigen verbessern würde, wenn mehr Akteure Zugriff auf diese Daten erhalten und diese im Internet veröffentlichen würden. Dies ist kritisch zu hinterfragen. Die Erfahrungen aus der Pflegeberatung zeigen, dass ein mehr an Information nicht besser ist, viel wichtiger ist die Neutralität und Verständlichkeit von Informationen. Dies gewährleistet die bisherige Veröffentlichung durch die Pflegekassen – wie zum Beispiel über www.pflegelotse.de – in vorbildlicher Weise. Die Daten werden dort aktuell, neutral, inhaltsgleich und interessenfrei dargestellt. Eine undifferenzierte Weitergabe an nicht näher definierte Dritte gefährdet dies. Aus Sicht der Ersatzkassen ist daher zumindest der Nutzerkreis auf öffentlich-rechtliche Stellen einzuschränken und ein Verwaltungskostenersatz vorzusehen.

Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenpflege

Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen künftig Leistungen der Behandlungspflege auf Kosten der Krankenkassen erhalten, wenn bei ihnen eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft angezeigt ist. Diese Neuregelung widerspricht nicht nur höchstrichterlicher Rechtsprechung, die für diese Fälle eine klare Leistungsab-

grenzung etabliert hat. Sie greift auch in eine bewährte Leistungspraxis ein und ist aus Sicht der Versicherten nicht notwendig, da aktuell keinerlei Versorgungslücken bestehen, die geschlossen werden müsste. Der Änderungsantrag ist abzulehnen, da er ohne Not eine in der Praxis bewährte Regelung in Frage stellt, ohne, dass sich dadurch die Versorgung der Versicherten verbessern würde.

Rechtsicherheit bei der Überleitung schaffen

Die Rückwirkungsregelung des § 140 Abs. 4 SGB XI, die mit dem Zweiten Pflege-
gestärkungsgesetz eingeführt wurde, erschwert die reibungslose Überleitung
der Bestandsfälle in die Pflegegrade erheblich. Gerade der Übergangsprozess
sollte möglichst einfach, verbindlich und für die Versicherten transparent ge-
staltet werden. Rechtssicherheit kann nur durch einen klaren Schnitt zwischen
altem und neuem System erreicht werden. Die Regelung ist daher zu streichen.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7c (Pflegestützpunkte)

Sachverhalt:

Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger erhalten ein auf fünf Jahre befristetes Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten (PSP).

Bewertung:

Die gesetzlichen Regelungen, um auf der Landesebene mittels Bestimmungen der obersten Landesbehörde PSP zu errichten, bieten den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe (in Form kommunaler Beratungsstrukturen, z. B. Seniorenbüros) bereits heute ausreichend die Möglichkeit, weitere PSP aufzubauen. Ein ergänzendes Initiativrecht ist aus Sicht der Ersatzkassen daher nicht erforderlich.

Durch das Initiativrecht wird das bislang durch den Gesetzgeber verfolgte Ziel, eine Bündelung und Konzentration der bestehenden Beratungs- und Hilferesourcen herbeizuführen, nicht erreicht. Vielmehr birgt es die Gefahr, dass die PSP nicht bedarfsorientiert errichtet werden, sondern ein intransparentes Überangebot entstehen wird. Zumal der Gesetzgeber gerade nicht die PSP als einzige Anlaufstelle für Leistungen wie "Auskunft", "Beratung" und "Aufklärung" geschaffen hat. So haben zum Beispiel auch die Pflegekassen eigene Pflegeberater.

Sofern an dem Initiativrecht festgehalten wird, sollte dies zumindest an der in der jeweiligen Bestimmung der obersten Landesbehörde festgelegten Höchstzahl gekoppelt sein. Dadurch würde sichergestellt, dass PSP bedarfsgerecht errichtet würden. Ihre Errichtung sollte nur im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen dürfen. Zudem sollte das Initiativrecht zunächst nur zwei Jahre bestehen. Danach könnte evaluiert werden, ob das Initiativrecht potentielle Lücken geschlossen hat.

Änderungsvorschlag:

§ 7c Absatz 1a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2018 im Einvernehmen mit den Pflegekassen und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt errichten.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 8a (Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)

Sachverhalt:

Die bereits bestehenden Landespflegeausschüsse werden um weitere Gremien auf Landesebene und regionaler Ebene ergänzt. Die Empfehlungen der Ausschüsse sollen beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen und Vergütungsverträgen berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Ersatzkassen befürworten das grundsätzliche Anliegen des Gesetzgebers, durch die in den Gremien erzielten Arbeitsergebnisse Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pflege entgegenzuwirken. Da aber die Pflegeeinrichtungen im Zulassungsrecht der Pflegeversicherung einen Rechtsanspruch auf Zulassung (Marktzugang) besitzen, kann die Pflegestrukturplanungsempfehlung nicht bei den Zulassungen von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Eine Berücksichtigung der Empfehlung bei den Vergütungsvereinbarungen, beispielsweise um Anreize für Gründungen in unterversorgten Gebieten zu schaffen, wird ebenfalls kritisch gesehen, da diese zu einer höheren finanziellen Belastung der Versicherten führt.

Zudem wäre dieser Anreiz auch Aufgabe der Kommunen: Diese könnten schon heute über die Investitionsförderung gezielten Einfluss auf die Versorgung nehmen. Ihnen liegen hierfür über die jeweiligen Ordnungs-, Gewerbe- und Landesstatistikämter (insbesondere Pflegestatistik) sowie Gesundheits- und vergleichbare (Aufsichts-)Ämter alle notwendigen Informationen vor, die zur Durchführung dieser Aufgabe notwendig sind. Bereits heute stellt der vdek über seinen Pflegelotsen regional auswertbare Informationen zur Verfügung. Dem Aufwand für die personelle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Sitzungen der möglichen 402 regionalen Pflegeausschüsse (295 Kreise plus 107 kreisfreie Städte), die sinnvollerweise mehrfach pro Jahr stattfinden würden, stünde daher kein Informationsgewinn gegenüber, der sich nicht auch durch geringeren Mitteleinsatz realisieren ließe.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Absätze 2 bis 4.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6 a bb)

§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Sachverhalt:

Es wird eine neue Vorrang-/Nachrangregelung zur Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung eingeführt. Im häuslichen Bereich gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung einer Aufgabe der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfeldes gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe vor.

Bewertung:

Ziel der Regelung ist eine trennscharfe Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe. Durch die Notwendigkeit, festzustellen, ob bei der Leistungserbringung im ambulanten Bereich die Eingliederung im Vordergrund steht, ist diese jedoch nicht gegeben. Zuständigkeitsfragen werden auch zukünftig auftreten. Gleiches gilt für das Thema „Betreuung“, die zukünftig eine Leistung der Pflegeversicherung ist. Betreuung hat aber auch immer einen pädagogischen Aspekt, der die Eingliederung zum Ziel hat. Durch mehr Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe – bei gleichzeitig stärkerer Fokussierung auf den ambulanten Bereich – wird es zwangsläufig zu einer Leistungsverlagerung in die Pflegeversicherung kommen.

Schon dieses Beispiel zeigt, wie wichtig sinnvolle Abgrenzungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe sind. Ein gutes Beispiel hierfür ist der ebenfalls im PSG III aufgeführte § 43a, der das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe definiert. Ohne ihn würde es nicht zwangsläufig zu einer Leistungsverbesserung für die Betroffenen kommen. Vielmehr ist mit einem Verschiebepbahnhof zu rechnen, der den kommunalen Haushalt entlastet und den Pflegebeitragsatz erhöht.

Auch im Hinblick darauf, dass die in § 13 aufgeführte Leistungsabgrenzung sowohl von Kostenträgern als auch Leistungserbringern einstimmig kritisiert wird, sollte der Gesetzgeber an dem derzeit bestehenden Gleichrang zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe festhalten.

Änderungsvorschlag:

An der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist festzuhalten.

Sachverhalt:

In bundesweit bis zu 60 Modellkommunen sollen im Zeitraum von fünf Jahren Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung durchgeführt werden. Diese erproben die verknüpfte Beratung zu Leistungen des SGB XI und SGB XII. In den Modellvorhaben geht die Verantwortung für die Pflegeberatung, den Beratungseinsatz in der eigenen Häuslichkeit und die Pflegekurse auf die Modellkommune über. Der GKV-SV gibt Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben ab, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder bedürfen.

Bewertung:

Das Ziel, Pflegeberatung möglichst umfassend, wohnortnah und aus einer Hand anzubieten, wird vom vdek grundsätzlich unterstützt. Fraglich ist jedoch, ob hierfür eine neue Beratungsstruktur in der Hand der Kommunen etabliert werden muss. Neben der verfassungsrechtlichen Frage, ob Beitragsgelder für Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge verwendet werden dürfen, ist gerade kommunales Handeln stark von der finanziellen Lage der einzelnen Kommune geprägt ist. Dies kann wiederum direkte Auswirkung auf die Ausgestaltung der Modellkommune haben. Diese unterschiedliche Ausgestaltung wird noch dadurch verstärkt, dass für die Ausgestaltung der Modellkommunen ausschließlich (unverbindliche) Empfehlungen gelten sollen.

Auch heute ist eine übergreifende Beratung zu Themen des SGB XI und SGB XII möglich, da Mitarbeiter der Kommunen und der Pflegekassen bereits zusammen in Pflegestützpunkten (PSP) arbeiten. Kritisch am angedachten Modellvorhaben ist auch zu sehen, dass das Wahlrecht der Pflegebedürftigen in den Modellkommunen eingeschränkt wird. Darüber, wer die Pflegeberatung und vor allem die verpflichtenden Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit durchführt, entscheidet die Kommune und nicht mehr der Pflegebedürftige.

Die Modellvorhaben in der vom Gesetzgeber geplanten Form sind mit zahlreichen Schwierigkeiten verknüpft. Aus Sicht des vdek sollte stattdessen ein Ausbau und eine weitere Verknüpfung der bestehenden Beratungsstrukturen forciert werden. Um die Verzahnung von kommunaler Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe modellhaft zu erproben, bietet sich der folgende Weg an: Mit der Neuregelung des § 123 SGB XI in der beim Änderungsvorschlag dargestellten Weise wird die Möglichkeit zur Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung einer wirksamen Koordinierung bestehender Beratungsangebote oder einer Übertragung der Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung an den zuständigen Träger der Sozialhilfe durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschaffen.

Änderungsvorschlag:

Die §§ 123 und 124 i. d. n. F. werden gestrichen. § 123 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds im Umfang von 15 Millionen Euro bis zu 60 Modellvorhaben für die Dauer von bis zu fünf Jahren zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Verzahnung von Beratungsangeboten der Pflegekassen sowie der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen und Beratungsangeboten der zuständigen Träger der Sozialhilfe. Ziel der Modellvorhaben ist es, Menschen mit Pflegebedarfen und ihren Angehörigen eine umfassende, sozialräumlich ausgestaltete und niedrigschwellige Beratung anzubieten. Im Rahmen der Modellförderung können

- 1. Möglichkeiten einer wirksamen Koordinierung bestehender Beratungsangebote*
- oder*
- 2. einer Übertragung der Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung an den zuständigen Träger der Sozialhilfe erprobt werden.*

(2) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und die Pflegekassen können gemeinsam Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 3 mit Zustimmung der obersten Landesbehörde beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen beantragen. Das Nähere zu den Anforderungen der Zustimmung und zu ihrem Widerruf ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, in denen sich die Zuständigkeit nicht auf einzelne Bezirke bezieht, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtteil zu beschränken. Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so vielen Modellvorhaben zustimmen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Länder, die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen, können diese im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit an andere Länder abtreten.

(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 beinhalten insbesondere die Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung

- 1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,*
- 2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und*
- 3. Pflegekurse nach § 45.*

und die Beratung

- 1. der Altenhilfe nach § 71 Abs. 2, Nr. 3 und 4 SGB XII,*
- 2. nach §§ 34 und 106 SGB IX-E,*
- 3. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,*
- 4. zur rechtlichen Betreuung und*
- 5. der Pflegerechtsberatung.*

In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen. Im Falle eines Modellvorhabens im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 Nr. 2 gelten die §§ 7a bis 7c, 17 Absatz

1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 5 erster Halbsatz, Satz 6 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 entsprechend.

(4) Dem Antrag nach Absatz 2 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben nach Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 3 vor Ort wahrgenommen werden. Im Antrag ist auszuweisen, wie die Zusammenarbeit, die Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote, die Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Pflegekassen sichergestellt werden und wie der Übergang der Beratungsaufgaben, die Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen und die Beteiligung mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln erfolgt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen genehmigt den Antrag, wenn die Anforderungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie den Absätzen 1 bis 3 erfüllt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt bei der Antragsgenehmigung insgesamt sicher, dass unterschiedliche Konzepte der Verzahnung erprobt werden und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat begleitet die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgt für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Benehmen mit den für die Modellvorhaben nach Absatz 2 zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2021 und der Abschlussbericht spätestens am 30. Juni 2024 zu veröffentlichen.“

3. Kommentierung der Änderungsanträge

Änderungsantrag 2 (Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten)

Sachverhalt:

Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Daten von Leistungs- und Preisvergleichslisten, die sie den Pflegebedürftigen oder Angehörigen zur Verfügung stellen, künftig auch Dritten zu übermitteln, wenn diese die Angaben zu nicht-gewerblichen Zwecken nutzen wollen.

Bewertung:

Der Änderungsantrag benennt nicht, wer die Dritten sind, denen die Daten zugänglich gemacht werden sollen. Die Pflegebedürftigen – die als einzige Dritten ein berechtigtes Interesse an den Daten haben können – können es nicht sein, denn diese sind bereits heute Adressat der Veröffentlichung. Anzunehmen ist, dass hinter dem Änderungsantrag der Wille steht, dass es künftig mehr Akteure gibt, die die Daten veröffentlichen. Ein Mehr an Veröffentlichungsstellen steigert aber nicht automatisch die Transparenz. Die bisherige Veröffentlichung durch die Landesverbände der Pflegekassen – wie zum Beispiel durch www.pflegelotse.de – garantiert eine aktuelle, neutrale, interessensfreie und inhaltsgleiche Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten. Diese ist bei undefinierten Dritten nicht zwingend gewährleistet.

In der Begründung wird ausgeführt, dass diese Öffnung den Wettbewerb stärkt. Mehr Wettbewerb zwischen wem, wird aber nicht ausgeführt. Die Pflegeversicherung und die Beratung der Versicherten sind jedenfalls nur bedingt für den Wettbewerb geeignet. Für den Pflegebedürftigen ist allen voran die Pflegekasse die Institution, die ihn neutral und ohne Marketingabsichten über Preise und Leistungen informiert. Zudem werden im Rahmen der Pflegeberatung, z. B. in Pflegestützpunkten, die Leistungs- und Preisvergleichslisten über die bestehenden Informationsportalen der Pflegekassen genutzt.

Eine gewerbliche Nutzung der Daten soll ausgeschlossen werden. Es liegt aber in der Natur der Sache, dass über die Definition dieses Begriffes viele juristische Streitfragen geführt werden müssen. Dies ist im Sinne der Versicherten unnötig. Die Pflegekassen sind originär verantwortlich für die Leistungs- und Vertragsdaten der Einrichtungen, sie führen auch die entsprechenden Verhandlungen in den Ländern. Mit der Öffnung würden diese Daten ohne wirklich erkennbaren Grund an einen nicht genau adressierten Empfängerkreis zur Nutzung freigegeben. Damit obliegt die Deutungshoheit nicht mehr allein den Pflegekassen, sondern auch privaten Anbietern. Das ist datenschutzrechtlich kritisch und hilft letztlich höchstens Anbietern von Internetportalen, die diese Daten in Online-Portale integrieren, deren Sinn und Zweck nicht originär in der neutralen Beratung liegt. Hier sollte daher klargestellt werden, dass die Daten nur öffentlich-rechtlichen Stellen zur Verfügung gestellt werden.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass bei Übermittlung von Angaben an öffentlich-rechtliche Stellen kein Verwaltungskostenersatz vorgesehen ist. Genauso wie bei privaten Trägern verursacht die Anfrage Kosten, die nicht aus Beitragszahlermitteln getragen werden sollten.

Änderungsvorschlag:

Buchstabe bb) des Änderungsantrages wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch öffentlich-rechtliche Dritte. Die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz.“

Änderungsantrag 18 (Zugang für Dritte zu nicht-gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen)

Sachverhalt

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, die Qualitätsdaten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zugrunde liegen, Dritten auf Antrag für eine nicht-gewerbliche Nutzung in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verfügung zu stellen. Die Parteien im Qualitätsausschuss sollen die Details zu Datenformat und Datennutzung regeln. Dadurch soll eine missbräuchliche Nutzung ausgeschlossen werden.

Bewertung

Auch diese Regelung wird offensichtlich – wie Änderungsantrag 2 – von der Vorstellung geleitet, dass die Transparenz für den Verbraucher durch eine größere Zahl von Informationsplattformen steigt. Diese Annahme ist kritisch zu hinterfragen. Die bisherigen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen garantieren eine neutrale, interessensfreie und inhaltsgleiche Veröffentlichung der Qualitätsdaten. Diese ist bei vielen am Markt agierenden „Dritten“ nicht gewährleistet. Zudem ist im Falle der Datenweitergabe die Überwachung der vertragskonformen Nutzung der Daten völlig ungeklärt. Der Gesetzgeber gibt mit dieser Regelung die Deutungshoheit über die einrichtungsbezogenen Daten aus den Qualitätsprüfungen aus der Hand der Selbstverwaltung in das freie Spiel des Wettbewerbes unter gewissen Auflagen.

Es ist daher begrüßenswert, dass der Zugang zu den Daten zumindest an feste Regeln und Grundsätze gebunden werden soll. Diese Regeln soll im Wesentlichen der Qualitätsausschuss aufstellen und vertraglich durch die Landesverbände fixiert werden. Dabei ist uneingeschränkt zu gewährleisten, dass für Dritte die gleichen Regeln gelten, wie für die Landesverbände der Pflegekassen. Hierbei irritiert allerdings der Halbsatz *„(...) insbesondere, wenn eine Verwen-*

dung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. (...)“. Dieser lässt Raum für juristische Interpretationen, dass die Vereinbarung der Vertragspartner eben doch nicht im gleichen Maße für alle gelten und ist daher zu streichen.

Zudem ist das Antragsrecht auf öffentlich-rechtliche Stellen zu beschränken. Hier ist weitgehend sichergestellt, dass die Nutzung und Veröffentlichung neutral und nicht wettbewerbsverzerrend im Sinne der Verbraucher geschieht. Auch ist eine Regelung zum Verwaltungskostenersatz – analog der geplanten Regelung zu § 7 – zwingend notwendig, da die Übermittlung der Daten Kosten verursacht.

Änderungsvorschlag

Nummer 21b wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Pflegekassen haben auf Antrag öffentlich-rechtlichen Stellen für eine zweckgerichtete, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen in maschinen- und menschenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Hierzu schließen die Landesverbände der Pflegekassen Nutzungsvereinbarungen über die Zurverfügungstellung der Daten. Das Nähere zur Übermittlung der Daten, insbesondere zu Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Dezember 2017. Diese Nutzungsbedingungen sind dem Nutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Die öffentlich-rechtlichen Stellen haben sicherzustellen, dass eine Verwendung der Daten für die Endverbraucherin und den Endverbraucher transparent bleibt. Die Zurverfügungstellung der Daten erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz. Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“

Änderungsantrag 25 (Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)

Sachverhalt:

Durch den Änderungsantrag sollen zukünftig Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 erhalten, wenn sie einen Bedarf an Behandlungspflege haben, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Bewertung:

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse bereits heute 10 Prozent des Heimentgeltes, jedoch maximal je Kalendermonat 266 Euro. Im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge sind Kosten für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege berücksichtigt.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich in drei Entscheidungen mit der Finanzierungszuständigkeit von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung beschäftigt. Dabei differenziert das BSG die Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beispielhaft in einfachste und qualifizierte Maßnahmen. Das BSG hat entschieden, dass die „einfachsten Maßnahmen“ der medizinischen Behandlungspflegeregelmäßig zum Aufgabenbereich der Einrichtung gehören. Wohingegen bei qualifizierten Maßnahmen von der zuständigen Krankenkasse zu prüfen ist, ob anhand der Verträge (analog § 1 Absatz 6 der HKP-RL) mit der jeweiligen Einrichtung, diese aufgrund der personellen und sächlichen Ausstattung zur Übernahme von qualifizierten Maßnahmen verpflichtet wäre. Ist dies der Fall, gehören auch qualifizierte Maßnahmen zum Aufgabenbereich der jeweiligen Einrichtung. Durch die BSG-Rechtsprechung wurde also eine klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeit getroffen.

Die Umsetzung des Änderungsantrags hätte zur Folge, dass in jedem Fall, egal ob es sich um einfachste oder qualifizierte Maßnahmen der HKP-RL handelt, eine Finanzierung durch die Krankenversicherung erfolgt. Dies widerspricht aus Sicht des vdek der BSG-Rechtsprechung. Es kommt mit dieser Regelung zu keiner Verbesserung der Versorgungssituation des Versicherten, sondern führt vielmehr zu einer Kostenverschiebung in das SGB V. Der Änderungsantrag sollte daher zurückgezogen werden.

Änderungsvorschlag:

Der Änderungsantrag sollte zurückgezogen werden.

4. Weiterer Änderungsbedarf

Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI in der Fassung ab 01.01.2017; eingeführt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (Rückwirkende Leistungsgewährung)

Sachverhalt:

In § 140 SGB XI wird die Überleitung der Pflegebedürftigen, in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, von den drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade geregelt. Absatz 4 beinhaltet zudem eine Rückwirkungsregelung, nach der die Leistungen des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts bereits für die Monate November und Dezember 2016 bereitzustellen sind, wenn bei einer Begutachtung nach dem 1. Januar 2017 festgestellt wird, dass die Voraussetzung für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vorlagen.

Bewertung:

Die Rückwirkungsregelung führt zu diversen leistungs- und vertragsrechtlichen Problemen. Zum Beispiel ist nicht geklärt, wie die Vergütung im stationären Bereich für die Monate November und Dezember 2016 bei einer rückwirkenden Leistungsgewährung erfolgen soll. Die Leistungen wurden in diesem Zeitraum auf Grundlage der alten Vergütungsvereinbarung nach Pflegestufen und im Umfang des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erbracht. Die Pflegeversicherung leistet also einen höheren Leistungsbetrag, obwohl kein höheres Versorgungsniveau vorlag. Wird der höhere Leistungsbetrag dafür verwendet, den Eigenanteil des Pflegebedürftigen zu reduzieren, wirkt sich dies auf den Besitzstandsschutz aus. Der Bestandsschutz fällt dann innerhalb einer Einrichtung zwischen den Bewohnern der gleichen Pflegestufe/des gleichen Pflegegrades unterschiedlich aus. Somit werden gleiche Sachverhalte ungleich behandelt. Legt man in Analogie zu den höheren Leistungsbeträgen für die Monate November und Dezember 2016 auch die ab 01.01.2017 geltende Vergütungsvereinbarung nach Pflegegraden zugrunde, kann es sogar zu einer Reduzierung des Besitzstandsschutzes auf 0 Euro kommen. Ein kurzzeitiger Vorteil steht dann einem langfristigen Nachteil gegenüber. Insgesamt wird das Ziel der Regelung, Pflegebedürftige besser zu stellen, nicht erreicht.

Es ist davon auszugehen, dass es zu einer erheblichen Verunsicherung bei den pflegebedürftigen Menschen führt, wenn sie zunächst formal übergeleitet werden und ihnen ein lebenslanger Besitzstandsschutz beschieden wird, der dann kurze Zeit später wieder revidiert werden muss.

Die Regelung ist zudem administrativ schwer umzusetzen und birgt die Gefahr langwieriger juristischer Auseinandersetzungen. Im Sinne eines Neustarts der Pflegeversicherung sollte ein klarer Schnitt gezogen werden.

Änderungsvorschlag:

Die Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI ist zu streichen. Anträge, die nach dem 31. Dezember 2016 gestellt werden, sind mit dem neuen Begutachtungsinstrument zu begutachten. Die Leistungen nach den Pflegegraden können frühestens ab dem 1. Januar 2017 zur Verfügung gestellt werden.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

info@vdek.com