

**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Referentenentwurf**

für ein

**Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung**  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Berlin, 17. August 2018

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
Medikationsplan – § 31a SGB V	6
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – § 37b SGB V	8
Sektorenübergreifendes Schiedsgremium – § 89a SGB V	10
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	12
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – § 132d SGB V	16
Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur – § 291a Abs. 4 SGB V	18
Auskünfte an Versicherte – § 305 SGB V / Neuregelung SGB XI	20
Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen – § 47a SGB XI	21
Betreuungsdienste – § 71 Abs. 1a SGB XI	23
Verantwortliche Fachkräfte bei Betreuungsdiensten – § 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI	25
Versorgungsverträge und Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten – § 72 SGB XI	26
Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten – § 112a SGB XI	28
Pflegevertrag – § 120 SGB XI	32

# Stellungnahme zum Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG

## Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

## Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf enthält für die Pflege wichtige Regelungen, die zu einer optimierten Leistungserbringung führen sollen. Das begrüßt der bpa grundsätzlich, sieht aber Änderungsbedarf u.a. an den folgenden Stellen:

### 1.) Digitalisierung (Medikationsplan, Gesundheitskarte)

Um eine reibungslose sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen, müssen auch die Pflegedienste und Pflegeheime bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens mit einbezogen werden. Andernfalls ist zu befürchten, dass wesentliche Synergien und die sektorenübergreifende Versorgung nur unzureichend zur Entfaltung kommen können. Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist die Pflege entsprechend einzubinden und es ist ihr zu ermöglichen, dass die elektronische Patientenakte sowie der Medikationsplan nicht nur ärztlichen Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Der bpa schlägt dafür entsprechende Anpassungen beim Medikationsplan (s. Seite 6) und bei der Gesundheitskarte (s. Seite 18) vor.

### 2.) Betreuungsdienste

Betreuungsdienste sollen als neue Leistungserbringer im SGB XI zugelassen werden. Der bpa bezweifelt allerdings, dass dadurch eine verbesserte Versorgung erzielt werden kann, weil auch bisher schon ambulante

Pflegedienste diese Leistungen erbringen. Mehr Dienste führen nicht automatisch zu einem größeren Leistungsangebot oder zu mehr Pflege- und Betreuungskräften (s. Seite 23). Darüber hinaus gibt es bei den Regelungen zur Qualitätssicherung der Betreuungsdienste (s. Seite 26 und Seite 28) und zu den verantwortlichen Fachkräften bei den Betreuungskräften (s. Seite 25) Korrekturbedarf, um eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung sicherzustellen. Ganz entschieden lehnt der bpa die vorgesehene Änderungen ab, durch die Pflegedienste ebenso wie die Betreuungsdienste gezwungen werden sollen, auch die mögliche Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern im Pflegevertrag zu berücksichtigen. Das ist weder zulässig noch leistbar. Der Pflegebedürftige entscheidet selbst, welche Leistungen er bei welchem Leistungserbringer wählt (s. Seite 32).

### **3.) Häusliche Krankenpflege**

Bei der Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege soll bei Nichteinigung über den Vorsitzenden die „Aufsichtsbehörde“ entscheiden. Diese einheitliche Aufsichtsbehörde gibt es aber nicht für die Vereinbarungspartner nach § 132a SGB V. Der bpa schlägt deshalb vor, dafür das Bundesversicherungsamt vorzusehen. Darüber hinaus bittet der bpa – auch mit Verweis auf die anhängige Klage vor dem Bundesverfassungsgericht, welche die Verfassungskonformität der gegenwertigen Schiedspersonenregelung nach § 132a Abs. 4 SGB V in Abrede stellt – auch an dieser Stelle eine Schiedsstellenregelung für die Pflegedienste einzuführen (s. Seite 12).

### **4.) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

Der bpa begrüßt, dass über die Durchführung der SAPV künftig Versorgungsverträge geschlossen werden sollen und dass ein Anspruch auf den Abschluss eines individuellen Versorgungsvertrages besteht. Bei diesen Versorgungsverträgen bedarf es aber noch einer Klarstellung (s. Seite 16). Sehr positiv bewertet der bpa, dass bei der SAPV die Berichtspflicht bestehen bleibt. Er regt an, dass hierbei auch die Stellungnahmen der Leistungserbringerverbände mit berücksichtigt werden sollten (s. Seite 8).

### **5.) Auskünfte an Versicherte**

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Der bpa schlägt vor, eine entsprechende Regelung auch im SGB XI einzuführen, damit Leistungen der Verhinderungspflege (auch in Verbindung mit der

Kurzzeitpflege und oder der Tagespflege sowie des Entlastungsbetrags nach § 45 b Abs. 1 SGB XI) besser ausgeschöpft und pflegende Angehörige noch stärker entlastet werden können (s. Seite 20).

## **6.) Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Hier sollte nach Auffassung des bpa ein möglichst restriktiver Umgang mit Versichertendaten, insbesondere gesundheitsbezogenen Sozialdaten sowie mit betriebs- und geschäftsbezogenen Daten der Pflegeeinrichtungen ergänzend geregelt werden (s. Seite 21).

## **Zu den Vorschriften im Einzelnen:**

### **Medikationsplan – § 31a SGB V**

#### **A) Beabsichtigte Regelung**

Der Gesetzentwurf sieht nur die Bereinigung einer gegenstandslosen Fristangabe vor. Der bpa bittet, im gleichen Zuge den Pflegeeinrichtungen den Zugriff auf den (elektronischen) Medikationsplan zu ermöglichen.

#### **B) Stellungnahme**

Der Medikationsplan nach § 31a SGB V muss grundsätzlich auch für die versorgenden Pflegeeinrichtungen zugänglich gemacht werden, um reibungslose Versorgungsübergänge zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitssystem zu gewährleisten.

Etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen sind multimorbid und benötigen täglich eine erhebliche Anzahl von Medikamenten. Ein ausgearbeiteter ärztlicher Medikationsplan mit Anwendungshinweisen ist – sofern die Leistung der Medikamentenverabreichung an die Pflegeeinrichtung delegiert wird – für die fachgerechte Pflege regelmäßig erforderlich. Das Vorliegen eines Medikationsplanes ist einerseits Leistungsvoraussetzung und andererseits zur Erhöhung der Patientensicherheit und Unterstützung der Compliance notwendig. Zugleich wird die Kommunikation der Pflegekräfte mit den Ärzten unterstützt. Die von unterschiedlichen Ärzten verordneten Medikamente werden ebenso wie potentielle Wechselwirkungen transparent. Darauf kann dann wiederum bei der Krankenbeobachtung abgestellt werden, was den Pflegeprozess nachhaltig determiniert.

Es entspricht dabei auch der Versorgungsrealität, dass Pflegedienste und Einrichtungen oftmals mühsam den Arzt oder das Krankenhaus kontaktieren und um einen Medikationsplan bitten müssen, was erheblichen Aufwand mit sich bringt. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind hiermit oftmals überfordert. So sind die Pflegekräfte häufig die einzigen Bezugspersonen für die älteren alleinlebenden oder in einer stationären Pflegeeinrichtung befindlichen multimorbiden und erheblich pflegebedürftigen sowie häufig auch kognitiv beeinträchtigten Menschen. Damit nehmen die Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte die zentrale Rolle in der medizinisch pflegerischen Versorgung des hier im Fokus stehenden Personenkreises ein. Zudem werden die Medikationspläne häufig auch von den Krankenkassen als Nachweis für die Leistungsgenehmigung und de-

ren Durchführung verlangt.

Bei der Regelung zum Medikationsplan ist daher zu berücksichtigen, dass dieser nicht nur den Patienten, sondern auch den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten regelmäßig zur Verfügung gestellt wird bzw. von diesen eingesehen werden kann. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflegekräfte die Verabreichung der Medikamente übernehmen, diese überwachen, eine nach Gefahrenneigung und Wechselwirkung erforderliche Krankenbeobachtung durchführen und ggf. dem Arzt die notwendigen Informationen gibt, um Nebenwirkungen und unerwünschte Wechselwirkungen sowie eine Überdosierung auszuschließen. Ähnliches gilt für das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus.

### C) Änderungsvorschlag

§ 31a Abs.1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ~~ab dem 1. Oktober 2016~~ Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren. **Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Versicherte mit einem Medikationsplan versorgen, haben Anspruch auf Zugang zum Medikationsplan.**

## **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – § 37b SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 37b SGB V wird die Fristangabe zur erstmaligen Vorlage des Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gestrichen. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Beibehaltung der Berichtspflicht. Die in § 132d SGB V vorgesehenen Neuregelungen zur Vertragsschließung (Musterverträge auf Landesebene und Anspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen der Leistungserbringer) werden zu Veränderungen führen. Die Berichte geben einen Überblick, wie sich diese auf die Vertrags- und Versorgungssituation auswirkt. Die Entwicklung der SAPV ist zudem vor dem Hintergrund des durch das Hospiz- und Palliativgesetz neu eingeführten Leistungsanspruches der allgemeinen Palliativversorgung zu betrachten. Es bleibt abzuwarten, wie sich die SAPV hierdurch entwickelt.

Um einen umfassenden Überblick über die Entwicklungen der SAPV – auch vor dem Hintergrund des neu eingeführten Leistungsanspruches der allgemeinen Palliativversorgung – zu erhalten ist es sinnvoll, in den Berichten des GKV-Spitzenverbandes nicht nur die Vertragsdaten abzubilden, sondern auch Stellungnahmen der Leistungserbringerverbände über die Entwicklung der SAPV einzuholen. So können nicht nur die Vertragsabschlüsse erfasst, sondern beeinflussende Faktoren, wie beispielsweise die Entwicklungen der allgemeinen Palliativversorgung und deren Auswirkungen auf die SAPV, betrachtet werden. Dies gibt auch Hinweise zur Weiterentwicklung der Richtlinien nach § 37b SGB V bzw. der Empfehlungen nach § 132d SGB V.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 37 b Absatz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statisti-

schen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. **Im Zuge der Berichtspflicht sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen neben den Krankenkassendaten Stellungnahmen der Leistungserbringerverbände zur Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzuholen.**

## Sektorenübergreifendes Schiedsgremium – § 89a SGB V

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Verbände der Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaften bilden auf Landes- und Bundesebene ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich die Einrichtung der sektorenübergreifenden Schiedsgremien. Ausdrücklich teilt der bpa die Einschätzung in der Begründung, dass „ein gutes Zusammenwirken und die Vernetzung der verschiedenen Akteure über die Sektoren hinweg für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten von hoher Bedeutung“ sind. Kritisch bewertet wird, dass die sektorenübergreifende Versorgung nur innerhalb des SGB V gesehen wird und dort nur die Leistungserbringer Ärzte und Krankenhäuser einbezogen werden sollen. Der bpa sieht darüber hinaus Ergänzungsbedarf für die Fälle, bei denen nicht nur Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen beteiligt sind, sondern auch weitere Leistungserbringer, z.B. Pflegedienste und Pflegeheime. Dieses ist u.a. der Fall bei der Integrierten Versorgung (Besondere Versorgung): § 140a Abs. 3 Nr. 3 regelt, dass Krankenkassen Verträge zur Integrierten Versorgung auch mit „zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches“ schließen können. Darüber hinaus sind auch bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V nicht nur ärztliche, sondern auch Pflegedienste als Leistungserbringer beteiligt. Der bpa schlägt daher vor, dass Leistungserbringer der Pflege an dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium beteiligt werden, sofern es um sektorenübergreifende Vereinbarungen geht, an denen sie beteiligt sind. Dass eine solche erweiterte Zuständigkeit vom Gesetzgeber grundsätzlich bereits erwogen wird, ergibt sich aus der Begründung:

„... haben gut funktionierende Schiedsregelungen eine zentrale Bedeutung, damit die von der Selbstverwaltung zu treffenden Entscheidungen effektiv, zeitnah und rechtssicher umgesetzt werden können. Dies gilt **vor allem** für den Bereich dreiseitiger Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhauseite zur Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsangebote ...“

Durch die Betonung, dass „vor allem“ dreiseitige Vereinbarungen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gemeint sind, wird

deutlich, dass hier nicht eine ausschließliche Aufzählung gemeint ist, sondern dass offenbar vom Gesetzgeber grundsätzlich auch die Möglichkeit vorgesehen ist, weitere nicht ärztliche Vereinbarungspartner zu berücksichtigen. Eine entsprechende Regelung wäre dann allerdings auch in den Gesetzestext aufzunehmen, da andernfalls den übrigen an der sektorenübergreifenden Versorgung beteiligten Leistungserbringern die Gleichbehandlung verwehrt wäre.

### **C) Änderungsvorschläge**

Der bpa bittet den Gesetzgeber zu prüfen, inwieweit bei Leistungen der SAPV und der integrierten Versorgung weitere Leistungserbringer wie Pflegeeinrichtungen beim sektorenübergreifenden Schiedsgremium einbezogen werden müssen.

## Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V

### A) Beabsichtigte Neuregelung

1.) Der Gesetzentwurf sieht vor: Bei Nichteinigung über den Vorsitzenden, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter der gemeinsamen Schiedsstelle erfolgt deren Bestellung über die zuständige Aufsichtsbehörde.

2.) Darüber hinaus schlägt der bpa eine Neuregelung für eine Schiedsstelle anstelle der bisherigen Schiedsperson vor.

### B) Stellungnahme

#### 1.) Aufsichtsbehörde

Der bpa verweist hier auf die fehlende Umsetzungsmöglichkeit und Praktikabilität dieser Regelung; hier besteht dringender Änderungsbedarf.

Unter Verweis auf die Neuregelung in § 89 Abs. 6 Satz 3 SGB V ist vorgesehen, dass bei einer Nichteinigung auf den Vorsitzenden der Schiedsstelle, die „Aufsichtsbehörde“ entscheidet. Es gibt aber keine einheitliche Aufsichtsbehörde über die Vereinbarungspartner nach § 132a SGB V. Dieses ist einerseits der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und andererseits sind dieses die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene wie der bpa. Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG); eine rechtliche Aufsicht wie sie seitens des BMG über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt wird, gibt es für den bpa und die anderen Spitzenverbände der Pflegedienste in der Form nicht. Zudem weist der bpa auf eine unpräzise Formulierung im bestehenden Gesetzestext hin: In § 132a Absatz 3 Satz 2 heißt es, dass die Schiedsstelle aus „Vertretern der Krankenkassen“ besteht. Hier stellt sich die Frage, wer das sein soll. Während es im Satz zuvor heißt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen mit den Spitzenverbänden der Pflegedienste die Schiedsstelle bildet, wird in Satz 2 nun von Vertretern der Krankenkassen gesprochen. Wenn sich die „Aufsichtsbehörde“ auf diese Vertreter der Krankenkassen bezieht, ist unklar, welche Aufsichtsbehörde in Frage kommt, weil für einige Krankenkassen die Gesundheitsministerien in den Bundesländern diese Aufgabe wahrnehmen, während für die bundesunmittelbaren Krankenkassen das Bundesversicherungsamt (BVA) diese Aufgabe innehat. Der bpa schlägt deshalb vor, dass bei Nichteinigung der genannten Schiedsstellenmitglieder das Bundesversicherungsamt deren Bestellung übernimmt.

## 2.) Schiedsstelle anstatt Schiedsperson

Der bpa fordert darüber hinaus, dass auf der Ebene der Versorgungsverträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V ebenso eine Schiedsstelle eingerichtet wird wie für die Bundesverbände. Diesbezüglich weist der bpa darauf hin, dass hierzu eine Verfassungsklage anhängig ist.

Zwar sieht aktuell § 132a Abs. 4 S. 7 – 9 SGB V eine Schiedsregelung durch Schiedsperson vor. Allerdings gelangt dieser Konfliktlösungsmechanismus nicht zu den gewünschten Ergebnissen einer schnelleren und effektiveren Konfliktlösung. Die jahrelange Praxis bezeugt das genaue Gegenteil. Die initial beabsichtigte Zielsetzung wurde dadurch konterkariert, dass der Gesetzgeber es versäumt hatte, klare Verfahrensregelungen über die bestehenden öffentlich-rechtlichen Verträge gesetzlich anzunordnen.

Für das Verfahren selbst gibt das Gesetz kein Korsett vor. Es fehlt an einer Grundlage für eine Rechtsverordnung, die Besetzung, Wahl und Verfahren unter Einschluss der Gebühren näher ausgestaltet wie dies sonst der Fall ist (z. B. §§ 89 Abs. 6, 114 Abs. 5 SGB V). Der Gesetzgeber hat sich mit dem Hinweis des § 132a Abs. 4 Satz 8 SGB V auf eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde bei fehlender Einigung über die Schiedsperson begnügt. Diese mangelnde verfahrensrechtliche Ausgestaltung hinterlässt derart erhebliche zeitliche Verzögerungen bereits beim Verfahren zur Bestellung einer Schiedsperson, dass vor Beginn des eigentlichen Verfahrens bereits zwischen sechs und zwölf Monate vergangen sind. Hier zeigt sich bereits ganz plastisch, welche Schwierigkeiten sich ergeben, wenn unterschiedliche Rechtsaufsichtsbehörden (BVA und/oder Landesministerien) einbezogen werden müssen.

Schließlich bleibt als immanentes Defizit der Umstand bestehen, dass die Schiedsperson anders als die herkömmlichen Schiedsämter bzw. Schiedsstellen des Sozialrechts nicht der Rechtsaufsicht unterliegt. Hierüber disponiert faktisch die Schiedsperson.

Außerdem wird dieser Mangel an Rechtssicherheit noch dadurch ausgeweitet, dass im Gegensatz zu Entscheidungen etablierter Schiedsstellen keine Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit von Schiedssprüchen erreichbar ist, die als Richtschnur streitbefangene Sachverhalte abstrahiert abbildet und künftige Entwicklungen damit antizipiert.

Ein effektiver Rechtsschutz kann dem Schiedsverfahren auch vor diesem Hintergrund nicht bescheinigt werden. Der o. a. gesetzlichen

Intention widerspricht das offensichtlich. Vielmehr aber beeinträchtigt das die Leistungserbringer in einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Betriebsführung der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.

Dass eine Schiedsstelle als Konfliktlösungsmodus bedeutend mehr Rechtssicherheit birgt, lässt der Gesetzgeber neuerlich erkennen, wenn er in jüngster Vergangenheit mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (Bundestags-Drucksache 18/9518) für die Angelegenheiten der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 SGB V eine solche Schiedsstelle gesetzlich neu geschaffen hat. Hier liegt der Ansatzpunkt für weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf zur verfassungskonformen Ausgestaltung der Schiedsregelung innerhalb von § 132a Abs 4 SGB V. Auf die Notwendigkeit einer Schiedsstellenregelung hat der bpa bereits vor Einführung der Schiedspersonenregelung durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 hingewiesen.

## C) Änderungsvorschläge

### 1.) Aufsichtsbehörde

§ 132a Abs. 3 SGB V ist wie folgt zu ändern:

(3) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 1. Juli 2017 eine gemeinsame Schiedsstelle. <sup>2</sup>Sie besteht aus Vertretern ~~der Krankenkassen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen~~ und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. <sup>3</sup>Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. <sup>4</sup>Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. <sup>5</sup>Kommt eine Einigung nicht zu Stande, ~~werden sie durch das Bundesversicherungsamt bestellt gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend.~~ <sup>6</sup>Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. <sup>7</sup>§ 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.

### 2.) Schiedsstelle anstatt Schiedsperson

§ 132a Abs. 4 Satz 7 bis 8 SGB V werden wie folgt geändert:

Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine ~~von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson~~ **Schiedsstelle** innerhalb von drei Monaten festgelegt. ~~Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Kran-~~

~~kenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt.~~ Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle im jeweiligen Bundesland. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. Die Aufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesversicherungsamt oder führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiter übertragen. Sie bestimmen durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten.

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – § 132d SGB V

### A) Vorgeschlagene Neuregelung

Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen einheitliche Versorgungsverträge schließen. Einrichtungen, die die Voraussetzungen dieser Verträge erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrags.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über die Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung künftig Versorgungsverträge mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene schließen und dass für Leistungserbringer, die die Voraussetzungen dieses Mustervertrages erfüllen, ein Anspruch auf den Abschluss eines individuellen Versorgungsvertrages besteht. Begrüßt wird außerdem, dass sowohl für den landesweiten als auch den individuellen Versorgungsvertrag eine Schiedspersonenregelung vorgesehen ist.

In der Begründung wird ausgeführt:

„In Satz 3 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Mustervertrag festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. In diesem Versorgungsvertrag sind weitere Einzelheiten, die sich aus den **besonderen Versorgungsbedürfnissen** ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind.“

Der Begriff der Versorgungsbedürfnisse ist in diesem Zusammenhang irreführend; gemeint sind sicherlich die **Versorgungsbedingungen** und nicht die Versorgungsbedarfe der Patienten. Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit der nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung des Arztes.

### C) Änderungsvorschlag

In der Begründung ist klarzustellen, dass in den Versorgungsverträgen die Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedingungen er-

geben, z.B. zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Vergütung, wie lokale Zuschläge für besonderen Wegeaufwand, zu regeln sind.

## **Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur – § 291a Abs. 4 SGB V**

### **A) Vorgeschlagene Neuregelung**

Der bpa fordert einen Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur auch für zugelassene Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Pflege.

### **B) Stellungnahme**

Da primär nicht die Heilberufsangehörigen, sondern die Einrichtungen eine Leistungspflicht gegenüber den Patienten und Kranken- und Pflegekassen trifft, ist den Pflegeeinrichtungen ein entsprechender Datenzugriff zu gewähren.

Der bpa warnt davor, die Leistungserbringer der Pflege als nachrangig bei der Umsetzung und dem Zugang zu den Daten und Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu behandeln. Denn die Pflegeheime und die Pflegedienste stellen die wesentliche Schnittstelle in der Versorgung der Patienten dar. Vor allem die unmittelbar an der Pflege beteiligten Akteure sind auf einen engen Informationsaustausch untereinander – auch sektorenübergreifend – angewiesen, um einerseits überhaupt die ärztlich delegierte Leistung erbringen zu können und andererseits eine bestmögliche Pflege zu erbringen.

Hier müssen deshalb die Belange der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste sowohl bei Schaffung der Telematikinfrastruktur als auch bei weiteren elektronischen Anwendungen ausreichend Berücksichtigung finden. In § 291a Abs. 4 SGB V ist daher bei der Telematikinfrastruktur eine angemessene Berücksichtigung der Leistungserbringerverbände der Pflege vorzusehen.

Die Zugriffsmöglichkeit der anderen Heilberufe (auch die der Pflege) auf die Notfalldaten der elektronischen Gesundheitskarte ist ein richtiger Schritt. Erforderlich ist jedoch darüber hinaus die regelhafte Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen mit Zugriffsberechtigung auch für die weiteren Daten nach § 291a Abs. 3 Nr. 2 bis 8 SGB V, d. h. insbesondere für den elektronischen Arztbrief und die elektronische Patientenakte.

## C) Änderungsvorschlag

§ 291a Abs. 4 SGB V wird wie folgt geändert:

(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich

- a) Ärzte,
- b) Zahnärzte,
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
- d) Personen, die
  - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
  - bb) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
- e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,
- f) Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und durch deren Pflegefachkräfte**

2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich

- a) Ärzte,
- b) Zahnärzte,
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
- d) Personen, die
  - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
  - bb) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
- e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1, beschränkt auf den lesenden Zugriff, auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
- f) Psychotherapeuten
- g) Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und durch deren Pflegefachkräfte**

zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

## **Auskünfte an Versicherte – § 305 SGB V / Neuregelung SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa schlägt vor, eine entsprechende Regelung auch im SGB XI einzuführen. Insbesondere bei der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI zeigt sich, dass Versicherte den ihnen zustehenden Leistungsanspruch nicht ausschöpfen. In besonderer Weise gilt dieses, wenn Versicherte die Verhinderungspflege einmalig genutzt haben. Dieses gilt auch in Verbindung mit der Kurzzeitpflege und oder der Tagespflege sowie dem Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI. Viele wissen dann nicht, in welchem Umfang sie noch Anspruch auf weitere Leistungen haben. Die Pflegeeinrichtungen können bisher in diesen Fällen nicht weiterhelfen, weil sie nicht befugt sind, bei der Pflegekasse nachzufragen, in welchem Umfang noch ein Leistungsanspruch besteht. Dem könnte abgeholfen werden, wenn die Neuregelung in § 305 SGB V in die Pflegeversicherung übertragen würde. Die positiven Wirkungen der Verhinderungspflege (auch in Verbindung mit der Kurzzeitpflege und oder der Tagespflege sowie dem Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI) für die pflegenden Angehörigen könnten so gestärkt werden, weil die Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen im vollen Umfang nutzen können.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Pflegekassen werden zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Pflegeheime und Pflegedienste befugt.

## **Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen – § 47a SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI wird präzisiert, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen.

### **B) Stellungnahme**

Diese Parallelnorm zum geplanten § 197a Abs. 3b SGB V für die entsprechenden Stellen bei den Pflegekassen ist aus Sicht des bpa grundsätzlich geeignet, um dort die Datenübermittlung an befugte Empfänger für die gesetzlichen Zwecke der Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu ermöglichen und rechtlich abzusichern.

Allerdings sollte nach Auffassung des bpa ein möglichst restriktiver Umgang mit Versichertendaten – insbesondere gesundheitsbezogene Sozialdaten (besondere Kategorien personenbezogener Daten nach § 67a Abs. 1 Satz 2 SGB X) – sowie mit betriebs- und geschäftsbezogenen Daten (§ 67 Abs. 2 Satz 2 SGB X) der Pflegeeinrichtungen geregelt werden. Denn einerseits erhalten die befugten Stellen bei den Pflegekassen im Rahmen ihrer Aufgaben sensible, nicht anonymisierte Versichertendaten, die als Gesundheitsdaten besonders schutzwürdig und sonst in der Regel aus Datenschutzgründen nur dem MDK zugänglich sind. Andererseits sind auch die Interessen der Pflegeeinrichtungen zu schützen, um ihre betriebs- und Geschäftsgeheimnisse zu wahren. Dies gilt insbesondere für rein interne Leistungs- und Zeiterfassungen der Pflegebetriebe, welche nicht missbräuchlich z.B. innerhalb der Pflegekasse für Zwecke der Vergütungsverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen verwertet werden dürfen.

Des Weiteren ist bei der bestehenden und auch der neuen Regelung in § 47a SGB XI höchst zweifelhaft, ob damit auch die Übermittlung im Falle von gemeinsamen, kassenübergreifenden Arbeitsgemeinschaften der Kranken- und Pflegekassen zulässig ist. Derzeit gibt es bereits vereinzelt solche Arbeitsgemeinschaften von mehreren Kassen (zum Beispiel der BKK mit der „Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug“ – argab), die als gemeinsame Stelle nach § 197a SGB V bzw. § 47a SGB XI arbeiten und untereinander umfangreich Daten ohne zulässige Grundlage übermitteln. Aus Sicht des bpa ist ein kassenübergreifender Austausch von Versi-

chertendaten und Abrechnungsdaten der Unternehmen im Rahmen des § 47a SGB XI nicht zulässig. Anderenfalls bedürfte es einer gesetzlichen Regelung, die bisher nicht besteht.

### C) Änderungsvorschläge

Die neue Regelung sollte wie folgt ergänzt werden:

(3) Befugte Empfänger der Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 6 sind die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung oder in der Hilfe zur Pflege sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen bei den Pflegekassen, deren Verbänden und den örtlichen sowie überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land, soweit die Übermittlung für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich dieser Stellen erforderlich ist. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten beim Empfänger erforderlich ist. **Soweit personenbezogene Daten zur Aufgabenerfüllung der Stellen nach Abs. 1 nicht zwingend erforderlich sind, sind sie von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zu anonymisieren. Gleiches gilt für die bei den Pflegeeinrichtungen erhobenen personenbezogenen Daten, wobei die Stellen nach Abs. 1 die gegebenenfalls zwingende Erforderlichkeit einer Offenlegung gegenüber den Pflegeeinrichtungen wie auch gegenüber den betroffenen Versicherten im Einzelfall zu begründen haben.** Die nach Satz 2 und nach Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten dürfen von dem Empfänger nur zum Zweck der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben verarbeitet werden. **Insbesondere ist eine anderweitige Verwendung von betriebs- und geschäftsbezogenen Daten der Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen untersagt.**

## Betreuungsdienste – § 71 Abs. 1a SGB XI

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Betreuungsdienste werden als Leistungserbringer im SGB XI zugelassen.

### B) Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der bpa gesetzliche Regelungen, die die Kapazitäten für die Pflegebedürftigen erweitern und damit die Versorgungssicherung im Blick haben, wie es im letzten Absatz der Begründung zu dieser Regelung heißt. Allerdings darf das nicht mit einer Absenkung der Versorgungsstandards und daraus resultierenden Billigangeboten verbunden sein.

**Vermeintlich neue Möglichkeiten der Zulassung von Leistungserbringern führen nicht automatisch zu einem größeren Leistungsangebot oder zu mehr Pflege- oder Betreuungskräften.**

Der weitüberwiegende Teil der ambulanten Pflegedienste in Deutschland bietet bereits Betreuungsleistungen an. Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurden Betreuungsleistungen integrierter Bestandteil der ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI. Die allermeisten Pflegedienste haben spätestens mit Inkrafttreten des PSG II die Betreuungsleistungen in ihr Angebot aufgenommen. Betreuungsdienste genießen insoweit kein Alleinstellungsmerkmal hinsichtlich der Betreuungsleistungen. Zudem haben die Entwicklungen der vergangenen Jahre gezeigt, dass ein Großteil der gegründeten Betreuungsdienste zur Kundengewinnung und zur Entwicklung- und Sicherung der wirtschaftlichen Leistungserbringung eine Zulassung nach dem SGB XI sowie dem SGB V beantragt und erwirkt haben. Die geringeren Zulassungsanforderungen eröffnen vorübergehend die Leistungsaufnahme und die Vorbereitung des uneingeschränkten Marktzutritts durch Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen nach dem SGB XI und SGB V.

Die Einführung von zusätzlichen Leistungserbringern führt dazu, dass es bei der Versorgung Pflegebedürftiger eine weitere Schnittstelle, mehr Ansprechpartner und mehr Verantwortlichkeiten gibt. Ein Pflegedienst bietet die Versorgung aus einer Hand an – das umfasst die pflegerische Versorgung, die Hilfe bei der Haushaltsführung und die Betreuung.

Der Referentenentwurf sieht in den Ergebnissen des „Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreu-

ungsdienste“ des GKV-Spitzenverbandes einen wesentlichen Beleg für den Erfolg von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im SGB XI und leitet hieraus die Notwendigkeit der Aufnahme ins SGB XI ab. Der bpa weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ergebnisse dieser Studie insbesondere auf die unzulänglichen Finanzierungsgrundlagen aufmerksam gemacht haben. Beleg dafür ist die geringe Grundgesamtheit der beteiligten Dienste und deren kontinuierliche Abnahme im Laufe der Studie.

Soweit die Begründung unterstellt, dass ambulante Pflegedienste bisher nicht in der Lage gewesen wären, die Betreuungsleistungen professionell und mit ausreichend qualifiziertem Personal zu erbringen, widerspricht der bpa entschieden. Gerade weil die Betreuungsleistungen Bestandteil der ambulanten Sachleistungen – der Kernleistung der meisten Pflegedienste – sind, werden die Betreuungsleistungen von den Pflegediensten mit der gleichen Professionalität und mit qualifiziertem Personal erbracht. An dieser Stelle ist erneut zu betonen, dass eine Leistung nicht besser erbracht wird, wenn ein neuer Leistungserbringer zugelassen wird, sondern dass es auf professionelle Strukturen, das Personal und ein umfassendes Qualitätsmanagement ankommt.

Daneben fehlt es an einer praktikablen an der Versorgungsrealität orientierten Abgrenzung von Betreuungsleistung zu den Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen ebenso wie zu der anspruchsvollen Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen. Daher bleibt unklar welche Leistungen letztendlich ein Betreuungsdienst genau erbringen darf und wie er damit umzugehen hat wenn körperbezogene Pflegemaßnahmen verlangt oder akut im Einsatz erforderlich sind.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 71a SGB XI muss eine differenzierte Abgrenzung vorgenommen werden zwischen den zulässigen und unzulässigen Leistungen.

## Verantwortliche Fachkräfte bei Betreuungsdiensten – § 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Betreuungsdiensten können an Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf als verantwortliche Fachkräfte anerkannt werden.

### B) Stellungnahme

In der Begründung wird sehr weit reichende Aufzählung von Berufsgruppen angeführt, die alle als verantwortliche Fachkraft bei Betreuungsdiensten in Frage kommen sollen. Dieses wird den notwendigen Anforderungen an eine qualifizierte Leistungserbringung und Zuverlässigkeit nicht gerecht. Es muss klare formale Qualifikationsanforderungen geben und nicht nur eine nicht abschließende Aufzählung von Berufen, von denen einige noch nicht einmal geschützt sind. Der bpa schlägt deshalb vor, für die verantwortliche Fachkraft bei Betreuungsdiensten eine dreijährige soziale oder pflegerische Ausbildung vorgeschrieben wird. Bei den Pflegeeinrichtungen begründet der Gesetzgeber die detaillierten Vorschriften zu den Pflegefachkräften mit der notwendigen Qualitätssicherung. Das muss in gleicher Weise auch für die verantwortlichen Fachkräfte in Betreuungsdiensten gelten. Dem trägt der Gesetzgeber insoweit auch bereits Rechnung, als für die verantwortlichen Fachkräfte in Betreuungsdiensten eine Weiterbildung im Umfang von 460 Stunden nachzuweisen ist – wie bei verantwortlichen Pflegefachkräften; diese begrüßt der bpa.

### C) Änderungsvorschlag

§ 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Bei ambulanten Betreuungseinrichtungen im Sinne von Absatz 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft **mit einer mindestens dreijährigen sozialen oder pflegerischen Ausbildung und** praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden.

## Versorgungsverträge und Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten – § 72 SGB XI

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bei den Betreuungsdiensten ist ausdrücklich ein Verweis auf § 112a aufgenommen.

### B) Stellungnahme

Durch die Regelung in § 72 SGB XI und die Neuregelung in § 112a SGB XI sollen neue Qualitätsprüfungsrichtlinien für Betreuungsdienste geschaffen werden. Bereits jetzt sind in den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulanten Pflegedienste Fragen zu den Betreuungsleistungen enthalten. Insofern reicht es zunächst aus, aus den bestehenden Qualitätsprüfungsinstrumenten die für die Betreuungsleistungen relevanten anzuwenden. Wie oben bereits ausgeführt, werden die Betreuungsleistungen auch bisher schon von den ambulanten Pflegediensten erbracht – und sie werden selbstverständlich schon von im Rahmen der Qualitätsprüfungen von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) geprüft:

„Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der **Be-treuung** einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und der Zusatzleistungen (§ 88).“ (§ 112 Abs. 2 Satz 5 SGB XI; Hervorhebung: bpa)

Der bpa schlägt deshalb vor, dass bis zum Inkrafttreten der Qualitätsprüfungsrichtlinien für die Betreuungsdienste die Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulanten Pflegedienste gelten, insoweit sich diese auf Betreuungsleistungen beziehen. In den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die Betreuungsleistungen sind dann insbesondere die o.g. Schnittstellenprobleme zu lösen.

### C) Änderungsvorschlag

§ 72 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Bei ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a ist bei der Qualitätssicherung und beim Qualitätsmanagement § 112a zu beachten **und die Richtlinien nach § 114a Abs. 7 für den ambulanten Bereich sind in-**

**soweit einzuhalten, wie sie sich auf die Leistungen des Betreuungsdienstes beziehen.**

## Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten – § 112a SGB XI

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die ambulanten Betreuungsdienste wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu beschließen.

### B) Stellungnahme

Der bpa verweist auf seine Ausführungen oben zu § 72 Abs. 3 SGB XI (s. Seite 26): Bis die eigenständigen Qualitätsprüfungsrichtlinien für die Betreuungsdienste in Kraft treten, reicht es aus, zunächst aus den bestehenden Qualitätsprüfungsinstrumenten die relevanten Bereiche für die Betreuungsdienste zu prüfen; hierzu gehören auch die Hauswirtschaft und der Umgang mit den Schnittstellen zu den körperbezogenen Pflegemaßnahmen., Darüber hinaus regt der bpa an, die Vorschriften aus § 112 SGB XI zur Qualitätsverantwortung auch auf die Betreuungsdienste zu übertragen.

Bei der Erstellung der Qualitätsrichtlinien für die Betreuungsdienste sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nicht nur zu beteiligen, sondern sie sind als gleichberechtigte Vereinbarungspartner zu benennen. Gerade weil die ambulanten Pflegedienste bisher schon die Betreuungsleistungen erbringen, ist es erforderlich deren Expertise bei der Erstellung der Richtlinien zu berücksichtigen. In besonderer Weise gilt dieses für die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) für die Pflegeheime und Pflegedienste. Deshalb fordert der bpa, die maßgeblichen Verbände der Pflegedienste und Pflegeheime bei der QPR ambulant und der QPR stationär künftig als Vereinbarungspartner zu verankern.

### C) Änderungsvorschläge

#### 1.) § 112 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen **und der Betreuungsdienste nach § 71a** bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität **und Betreuungsqualität** verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungs-

fähigkeit einer Pflegeeinrichtung **und eines Betreuungsdienstes nach § 71a und sowie** die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen **und die Betreuungsdienste nach § 71a** sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten die Pflegeeinrichtungen **und die Betreuungsdienste nach § 71a** in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen **und der Betreuungsdienste nach § 71a und sowie** ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität **und Betreuungsqualität** zu stärken.

## 2.) § 112a SGB XI wird wie folgt geändert:

Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems gelten die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste mit folgenden Maßgaben: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen beschließt** bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beachtung der in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die~~ Die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, ~~der den~~ Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene **sind** zu beteiligen. Ihnen ist

unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund **und der maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Satz 2 entsprechend anzupassen. Die Regelungen zur Qualitätsdarstellung finden keine Anwendung. Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nicht statt.

### 3.) § 114a Abs. 7 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen beschließt** unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene,~~ **die** Die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, ~~den~~ **der** Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene **sind** zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Fami-

lie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

## Pflegevertrag – § 120 SGB XI

### A) Beabsichtigte Regelung

In dem Pflegevertrag ist die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

### B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung entschieden ab!

Der Gesetzgeber will damit die Pflegedienste ebenso wie die Betreuungsdienste zwingen, im Pflegevertrag auch die mögliche Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern zu berücksichtigen. Das ist weder zulässig noch leistbar. Schon zivilrechtlich besteht keinerlei Befugnis, Verpflichtung oder Anspruch des Pflegedienstes, sich in die privaten Entscheidungen der Pflegebedürftigen hinsichtlich der in Anspruch genommenen pflegerischen, betreuenden oder hauswirtschaftlichen Hilfen einzumischen. Der bpa sieht die Regelung als eine eklatante Verletzung der Privatautonomie nach Art. 2 Abs. 1 GG. Der Pflegevertrag wird allein zwischen dem Pflegebedürftigen als Kunden und dem Pflegedienst geschlossen. Inwieweit weitere Leistungserbringer durch den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, kann der Pflegedienst nicht ausforschen (so wie es in der Begründung angenommen wird). Zudem steht es dem Pflegebedürftigen frei, jederzeit von seinem Recht einen weiteren Leistungserbringer hinzuzuziehen, Gebrauch zu machen. Der Pflegebedürftige entscheidet selbst, welche Leistungen er bei welchem Leistungserbringer wählt. Es ist geradezu vermessen, wenn der Pflegedienst damit beauftragt werden soll, den Pflegebedürftigen auszufragen. Das wäre so, als wenn ein Maler bei einem Kunden abfragen muss, ob dieser auch noch einen Installateur beauftragt hat. Auch wenn die Koordination von Leistungen sinnvoll ist, kann nicht ein Leistungserbringer gezwungen werden, eine Befragung durchzuführen und in seinem ausschließlich zweiseitigen Vertrag zu berücksichtigen.

### C) Änderungsvorschlag

§ 120 Abs. 2 Sätze 3 und 4 SGB XI werden gestrichen:

~~In dem Pflegevertrag ist die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen~~

~~für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.~~