

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0271(22) gel. VB zur öAnh. am 21.5. 12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz 15.05.2012</p>
--

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012

zum Entwurf eines Gesetzes
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)
(17/9369)

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (17/9393)

zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
(Drucksache 17/9566)

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP
(A.-Drs. 17(14)0269) liegt eine separate
Stellungnahme vor

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
II. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf	7
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
Inhaltsübersicht.....	7
§ 7 Aufklärung, Beratung	8
§ 7b Beratungsgutscheine	9
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	11
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	15
§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren	17
§ 19 Begriff der Pflegepersonen	19
§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen.....	20
§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages.....	21
§ 28 Leistungsarten, Grundsätze.....	22
§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche.....	23
§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.....	24
§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung).....	25
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	26
§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	28
§ 41 Tagespflege und Nachtpflege	29
§ 42 Kurzzeitpflege.....	30
§ 45a Berechtigter Personenkreis	32
§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	33
§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen.....	34
§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen	34
§ 46 Pflegekassen	36



§ 52 Aufgaben auf Landesebene	37
§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste	38
§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	39
§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	40
§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen	41
§ 71 Pflegeeinrichtungen.....	42
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	43
§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen.....	44
§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel	45
§ 81 Verfahrensregelungen	46
§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung	47
§ 84 Bemessungsgrundsätze.....	48
§ 87 Unterkunft und Verpflegung.....	49
§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts	50
§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	51
§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung.....	52
§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen.....	54
§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter	55
§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen.....	56
§ 109 Pflegestatistiken	57
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.....	58
§ 114 Qualitätsprüfungen	59
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen.....	63
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	65
§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden.....	66



§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen.....	67
§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	68
§ 123 Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung	69
§ 124 Übergangsregelung: häusliche Betreuung.....	70
§ 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste	72
§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V	73
§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V	73
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	74
§ 87a Absatz 2 Satz 3 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	77
§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	79
§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	80
§ 3 Satz 1 Nr. 1a Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen.....	82
§ 3 Satz 2 Versicherungskonkurrenz bei Ausübung von Pflege Tätigkeiten	84
§ 166 Beitragsbemessung bei Ausübung mehrerer Pflege Tätigkeiten	85
III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes	88
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	88
§ 47a SGB XI - Befugnisnorm für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger	88
IV. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/9393)	90
V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 17/9566)	92



I. Vorbemerkung

Das Ziel die Situation von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) und ihrer pflegenden Angehörigen zu verbessern wird befürwortet. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger und die Ausweitung der Pflegesachleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unterstützen die Pflegebedürftigen in ihrer Versorgungssituation.

Dennoch wird der vorgelegte Gesetzentwurf zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung den vom Gesetzgeber selbst genannten Zielen nicht gerecht. Für eine wirkliche Neuausrichtung der Pflegeversicherung fehlt es an einer politischen Richtungsentscheidung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die Leistungsverbesserungen lassen ein fachliches Gesamtkonzept vermissen.

1. Bundesweit einheitliche Qualitätsprüfungen erhalten

Zur Entlastung der Prüfverfahren soll der Umfang der Qualitätsprüfungen reduziert werden, wenn vorher die Heimaufsicht die Einrichtung geprüft hat. Außerdem sollen die Anforderungen an die Einwilligungserklärung der Pflegebedürftigen oder ihrer Vertreter konkretisiert werden.

Da die Prüfungspraxis der Heimaufsichten heterogen ist, führt die Berücksichtigung der unterschiedlichen Prüfungsergebnisse der Heimaufsichten dazu, dass die bundesweite Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse nicht mehr gewährleistet ist. Darüber hinaus müssen die Pflegebedürftigen zum Schutz ihres informellen Selbstbestimmungsrechts selbst und unbürokratisch darüber entscheiden können, ob sie für eine Qualitätsprüfung zur Verfügung stehen. Entgegen der vorgesehenen Neuregelungen ist deshalb im Gesetz klarzustellen, dass eine mündliche Einwilligungserklärung der Bewohner gegenüber dem Gutachter des MDK ausreicht.

2. Mindestanforderungen für Wohngruppen sind neu zu definieren

Der grundsätzliche Ansatz Wohngruppen einzurichten kann unter Berücksichtigung aktueller fachwissenschaftlicher Erkenntnisse nachvollzogen werden. Allerdings sind die Regelungen nicht geeignet, das angestrebte Ziel des Gesetzentwurfs zu erreichen. Die vorgeschlagene Ausgestaltung ist praktisch nicht umsetzbar, um ein attraktives Wohnangebot zu fördern. Vielmehr müssen Mindestanforderungen an die räumliche und pflegerische Versorgung gestellt werden. Sonst ist zu befürchten, dass Qualitätsstandards abgebaut werden und Wohngruppen für Menschen mit Behinderung zukünftig von der Pflegeversicherung anstelle der Eingliederungshilfe finanziert werden, ohne dass sich der Leistungsumfang verbessert. Wegen der aufgezeigten Probleme ist im Übrigen eine Evaluation der neuen Leistung zwingend vorzusehen.



3. Interessenausgleich zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen muss gewahrt werden

Die bisherigen Regelungen zur Vergütungssystematik haben sich als sinnvoll erwiesen und grundsätzlich bewährt. Es ermöglicht, dass die Qualität der Leistungen gewährleistet wird und vor dem Hintergrund des Teilfinanzierungssystems angemessene Pflegeentgelte vereinbart werden. Dadurch konnten die Pflegeentgelte sich angemessen mit der Qualität der Leistungen entwickeln. Die vorgesehene Änderung wird bei Anerkennung aller durch den Einrichtungsträger geforderten Personalkosten zu höheren Pflegesätzen und damit zu einer höheren Belastung der Pflegebedürftigen führen. Das Risiko der Altersarmut und die Abhängigkeit von der Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit wird damit wieder ansteigen, da die Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten deckt (Teilfinanzierung).

4. Transparenz statt Zusatzzahlungen

Es ist wichtig, dass die Begutachtungsverfahren nach der Antragstellung so zügig wie möglich erfolgen müssen. Ausweislich des 5. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache 17/8332, S. 36) haben sich die Begutachtungszeiten im ambulanten wie im stationären Bereich bundesweit nahezu halbiert. Zusatzzahlungen, die als Strafzahlungen verstanden werden könnten, tragen nicht zu einer weiteren Beschleunigung bei. Vielmehr erhöht das Bewilligungsverfahren den Verwaltungsaufwand unnötig (Siehe hierzu auch die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz: NKR-Nr. 2033: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung – Drucksache 170/12). Stattdessen sollte die Transparenz der Begutachtungszeiten erhöht werden. Dazu liegt eine Statistik-Richtlinie beim BMG zur Zustimmung vor. Diese sieht u.a. eine differenziertere Veröffentlichung der Begutachtungszeiten vor. Im Übrigen sollten Veränderungen am Begutachtungsverfahren bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückgestellt werden.

5. Nachhaltigkeit der Finanzierung ist sicherzustellen

Die Zweifel an der Nachhaltigkeit der Finanzierung räumt der Gesetzentwurf nicht aus. In der Gesetzesbegründung selbst wird ausgeführt, dass trotz der Erhöhung des Beitragsatzes um 0,1 Beitragsatzpunkte, die Finanzierung der zusätzlichen Leistungen nur bis Ende 2015 gesichert ist. Die nunmehr neu im Gesetzentwurf ausgewiesenen Minderausgaben werden der Höhe nach nicht begründet. Daneben sind jedoch Aufwendungen für eine Reihe von Leistungsverbesserungen nicht kalkuliert worden. Eine Begründung hierfür wird nicht gegeben.



II. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

Inhaltsübersicht

- A) **Beabsichtigte Neuregelung**
Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die neuen und geänderten Regelungen angepasst wird.
- B) **Stellungnahme**
Die Neuregelungen zum Inhaltsverzeichnis stehen in Abhängigkeit zu den nachfolgenden Änderungen.
- C) **Änderungsvorschlag**
Das Inhaltsverzeichnis ist entsprechend unserer nachfolgenden Änderungsvorschläge anzupassen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7 Aufklärung, Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen die Versicherten im Rahmen der Beratung zukünftig darüber aufklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters und der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach § 18a haben.

B) Stellungnahme

Eine umfassende Beratung durch die Pflegekassen ist sinnvoll, um die Versicherten vollumfänglich über das Leistungsangebot der Pflegekassen und anderer im Falle der Pflegebedürftigkeit zu informieren. In diesem Kontext kann auch auf die Möglichkeit der Übermittlung des Pflegegutachtens hingewiesen werden. Ein ausdrücklicher Hinweis auf die Rehabilitationsempfehlung ist dagegen nicht erforderlich, da sie Bestandteil des Pflegegutachtens ist und auch bleiben sollte (s. dazu ausführlich auch die Stellungnahme zu § 18). Ebenso kann der Hinweis darauf entfallen, wer das Gutachten erstellt hat. Unabhängig davon, dass die Möglichkeit der Beauftragung eines anderen Gutachters als dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wegen der Unpraktikabilität und dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand abgelehnt wird (s. dazu ausführlich auch die Stellungnahme zu § 18), ist der Hinweis auf den Ersteller des Gutachtens nicht erforderlich, da es sich in beiden Fällen um das Pflegegutachten im Auftrag der Pflegekasse handelt.

C) Änderungsvorschlag

Es wird daher vorgeschlagen, § 7 Abs. 2 Satz 1 wie folgt zu fassen:

Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger zu unterrichten, zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung besteht.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7b Beratungsgutscheine

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekasse hat bei Erstanträgen auf Pflegeleistungen unmittelbar nach Antragseingang spätestens innerhalb von zwei Wochen einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson für eine Beratung nach den §§ 7 und 7a anzubieten und durchzuführen oder einen Beratungsgutschein auszustellen, der zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen einzulösen ist. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt werden.

Zur Sicherstellung der Beratungsleistung schließt die Pflegekasse allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen.

B) Stellungnahme

Die Pflegekassen legen viel Wert auf eine umfassende und qualitativ hochwertige Information der Versicherten. Die Versicherten werden durch unterschiedliche Medien (Flyer, Internet, Telefoncenter, usw.) von den Pflegekassen offensiv über die bestehenden Angebote informiert. Das Beratungsangebot der Pflegekassen wird auch gut und mit steigender Tendenz angenommen. Die Evaluation nach § 7a Abs. 7 SGB XI hat gezeigt, dass alle Pflegekassen ihrem Beratungsauftrag nachkommen.

Die Einführung eines konkreten Beratungstermins innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung und die Ausstellung eines Beratungsgutscheins ist aber nicht geeignet, die Information der Versicherten zu verbessern.

In dem Gesetzentwurf wird auch nicht zwischen einer Beratung nach § 7 und der Pflegeberatung nach § 7a differenziert. Eine Pflegeberatung nach § 7a innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung ist nicht sinnvoll. Bei der Pflegeberatung handelt es sich um ein Fallmanagement, in dem der Versicherte eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen erhält. Das Fallmanagement ist für den Versicherten nur zielführend, wenn das Gutachten des MDK vorliegt und auf dieser Basis eine individuelle Beratung bei der Auswahl und der Inanspruchnahme von Leistungen möglich ist. Ansonsten wird der Beratungsprozess unnötig in die Länge gezogen.

Nicht nachvollzogen werden kann auch die Verpflichtung der Pflegekassen zum Angebot eines Beratungsgutscheins und der Generierung weiterer Beratungsstrukturen neben den Pflegestützpunkten, Servicestellen und kommunalen Beratungsangeboten. Bereits heute besteht ein unübersichtliches Beratungsangebot



der verschiedensten Leistungsträger und Anbieter. Die Pflegeberatung der Pflegekassen auf freiwilliger Basis hat für die Versicherten Transparenz geschaffen und wird sehr gut angenommen. Eine Verbesserung der Situation durch zusätzliche und neue Beratungsstrukturen ist nicht zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

§ 7b sollte gestrichen werden.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll verändert werden.
Hierzu wird

- den Pflegekassen die Möglichkeit zur Beauftragung unabhängiger Gutachter eingeräumt, über deren Beauftragung die Versicherten im Rahmen eines Auswahlverfahrens mitentscheiden können,
- den Pflegekassen die Pflicht zur Leistung einer Zusatzzahlung pro Tag bei Überschreitung der gesetzlichen Frist zur Erteilung eines Bescheides auferlegt,
- das Recht des Antragsteller auf Übersendung des Pflegegutachtens mit dem Bescheid der Pflegekasse verankert und
- die Dokumentation der Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen zum Begutachtungsverfahren führen zu keiner Verbesserung. Stattdessen wird durch die Möglichkeit der Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen die Einheitlichkeit der Begutachtung gefährdet und die Einhaltung der Begutachtungsfristen wegen der vorgesehenen Wochenfrist für die Beteiligung des Versicherten am Auswahlverfahren des Gutachters konterkariert.

Zusätzlich bevorzugen die vorgesehenen Zusatzzahlungen, die auch als Strafzahlungen verstanden werden könnten, bei Verzögerungen im Begutachtungsverfahren Einzelne zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten. Die Dokumentation der Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung ist nicht nur bürokratisch, sondern löst die Verbindung mit dem Pflegegutachtern und der Pflegebegutachtung auf. Wegen der besonderen Bedeutung des Begutachtungsverfahrens für die Akzeptanz der Pflegeversicherung bei den Versicherten wird empfohlen, Veränderungen am Begutachtungsverfahren bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzustellen. Um darüber hinaus zum Abschluss der Arbeiten am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungsassessment die Datentransparenz zur Begutachtungsdauer zu erhöhen, sollte das Verfahren zur Genehmigung der dazu geänderten Statistik-Richtlinien kurzfristig abgeschlossen werden.



Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen

Es erscheint zweifelhaft, dass die beabsichtigte Neuregelung, wonach die Pflegekassen künftig neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter beauftragen können, geeignet ist, zur Verfahrensbeschleunigung beizutragen. Für den MDK besteht bereits heute die Möglichkeit, externe Gutachter zu beauftragen. Die Neuregelung bewirkt unnötige Doppelstrukturen, die vermeidbaren Verwaltungsaufwand verursachen.

Darüber hinaus wird die Einheitlichkeit der Begutachtung bei einer Vielzahl unabhängiger Gutachter gefährdet. Daran ändert auch die Verpflichtung zum Erlass von Richtlinien zur Zusammenarbeit von den Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bis zum 31. März 2013 nichts. Instrumente für eine flächendeckende Qualitätssicherung von Einzelgutachtern gibt es bisher nicht. Die Qualitätssicherung innerhalb der Organisationseinheiten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung kann dagegen durch interne und übergreifende Qualitätssicherungsinstrumente sichergestellt werden.

Allein die Verpflichtung zur Benennung von drei Gutachten und die Wochenfrist für die Versicherten zur Auswahl von einem der vorgeschlagenen Gutachter führen dazu, dass die verkürzten Begutachtungsfristen von ein oder zwei Wochen nicht eingehalten werden können. Unter Berücksichtigung von Postlaufzeiten ist davon auszugehen, dass eine Beauftragung des unabhängigen Gutachters nicht vor zwei Wochen nach Antragstellung möglich ist. Danach muss der Gutachter einen Termin mit dem Versicherten abstimmen und das Pflegegutachten verfassen und bei Mängeln ggf. nachbessern. Selbst die Einhaltung der Bearbeitungsdauer von 5 Wochen kann dann nicht mehr sichergestellt werden. Durch die Möglichkeit der Auswahl von externen Gutachtern wird das Verfahren entgegen dem erklärten Ziel der Verfahrensbeschleunigung weiter verzögert.

Ein unabhängiger Gutachter ist ebenfalls nicht in der Lage, das in den Begutachtungs-Richtlinien vorgesehene Verfahren zur Feststellung der Rehabilitationsindikation zu erfüllen. Das zweistufige Verfahren sieht in einem zweiten Schritt die Einbeziehung eines Arztes vor. Ein solches Verfahren kann eine Einzelperson nicht durchführen.

Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Bearbeitungsdauer

Schon heute wird der Einhaltung der Fristen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Begutachtungszeiten haben sich dadurch auch schon erheblich verkürzt und im ambulanten auf durchschnittlich 23,8 Tage im Jahr 2010 sowie im stationären Bereich auf durchschnittlich 16,4 Tage im Jahr 2010 nahezu halbiert (vgl. 5. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,



Drucksache 17/8332, S. 36). Die Auswertungen bei einzelnen Medizinischen Diensten haben zudem ergeben, dass diese in gut 90% der Fälle die Gutachten ohne Verzögerung erstellt haben. Die Verzögerung in den verbleibenden knapp 10% der Fälle lag in der überwiegenden Anzahl der untersuchten Fälle im ersten Quartal 2012 daran, dass der Antragsteller im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung war, einen wichtigen Behandlungstermin wahrnahm oder den Termin aus privaten Gründen abgesagt hat.

Die Einführung einer Zusatzzahlung ist weder geeignet noch angemessen, um das Verfahren weiter zu beschleunigen. Selbst bei einer Verfahrensverzögerung entsteht dem Versicherten kein Nachteil, weil die Leistungen ab Antragstellung gewährt werden. Stattdessen gehen sie zu lasten der gesetzlichen Krankenkassen, da bei ihnen die Pflegekassen als Träger der Pflegeversicherung errichtet sind (siehe § 46).

Weiterhin werden die Anforderungen an den Nachweis, wer die Verzögerung zu vertreten hat, das Begutachtungsverfahren zusätzlich in die Länge ziehen. Unabhängig von dem Begutachtungsverfahren wird zukünftig auch ein weiteres Verwaltungsverfahren zur Feststellung einer Verfahrensverzögerung und der Höhe des Zusatzzahlungsanspruchs durchgeführt werden müssen. Die Versicherten können gegen die Bescheide Widerspruch einlegen und ggf. klagen, wenn Sie damit nicht einverstanden sind. Das Verfahren zur Zusatzzahlung wird damit auch die Justiz ggf. durch mehrere Instanzen beschäftigen.

Hinzu kommt, dass der Bearbeitungsaufwand durch die angedachte Neuregelungen für die Pflegekassen sogar noch erhöht und damit die Einhaltung der Bearbeitungsfristen erschwert wird. Zukünftig sind innerhalb der Bearbeitungsfristen auch die Stellungnahmen zu den gesonderten Rehabilitationsempfehlungen abzugeben. § 18a Abs. 1 Satz 1 sieht insoweit ausdrücklich vor, dass die gesonderte Rehabilitationsempfehlung zusammen mit der Stellungnahme spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit weitergeleitet werden müssen. Die Stellungnahmen können aber erst erstellt werden, wenn die Pflegegutachten vorliegen. Dadurch wird das Verfahren bis zu Bescheiderteilung weiter verzögert und gleichzeitig sanktioniert.

Dieser bürokratische Verwaltungs- und Kostenaufwand steht in keinem Verhältnis zum angestrebten Ziel. Siehe hierzu auch die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz: NKR-Nr. 2033: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung – Bundesratsdrucksache 170/12. Sinnvoll wäre dagegen die Herstellung von Transparenz, wie viele Begutachtungsverfahren überhaupt betroffen sind. Das ist auf der Grundlage der dem BMG zur Genehmigung vorliegenden Statistik-Richtlinien möglich.



Dokumentation der Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung

Bereits heute werden die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation im Pflegegutachten festgehalten. Damit sollte sichergestellt werden, dass Pflegebedürftige, deren Rehabilitationsbedarf von den für die medizinische Versorgung zuständigen Ärzten übersehen wurde, einen Zugang zu Leistungen der Rehabilitationsleistungen erhalten. Deshalb wurde abweichend von den geltenden Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation die Feststellung der Rehabilitation in die Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit integriert.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 18 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 4 bis Abs. 6 sind zu streichen.

Die Änderungen in § 18 Abs. 3 sind bis auf die ergänzenden Sätze 8 bis 10 zu streichen.

§ 18 Abs. 3a ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Pflegekassen dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung mit einer umfassenden und begründeten Stellungnahme dazu übersenden, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist und das eine Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger mit der Einwilligung des Versicherten das Antragsverfahren auf Rehabilitationsleistungen eingeleitet wird.

Des Weiteren sollen die Pflegekassen zukünftig für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich differenziert über die Erfahrungen mit der Umsetzung der gesonderten Rehabilitationsempfehlungen berichten. Die Ergebnisse der Berichterstattung sollen vom GKV-Spitzenverband zusammengefasst und an das BMG weitergeleitet werden.

B) Stellungnahme

Verbesserungen für die Versicherten sind mit dieser Neuregelung nicht verbunden. Stattdessen werden der Bürokratieaufwand und die damit verbundenen Kosten erhöht. Von einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung und gesonderten Berichtspflichten sollte daher Abstand genommen werden.

Übersendung einer umfassenden und begründeten Stellungnahme zu den gesonderten Rehabilitationsempfehlungen

Vorteile für die Versicherten sind durch die Übersendung der gesonderten Rehabilitationsempfehlungen mit einer umfassenden und begründeten Stellungnahme der Pflegekassen nicht erkennbar. Im Übrigen ist der Vorschlag wegen der damit verbundenen Verwaltungskosten teuer und lebensfremd. Bereits heute nehmen die Pflegekassen gem. § 31 Abs. 3 SGB XI unverzüglich Kontakt mit den Versicherten auf, wenn eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt und holen die Einwilligungserklärung der Versicherten ein. In geeigneten Fällen erfolgt das unbürokratisch durch die Pflegeberatung.

Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass alle gesonderten Rehabilitationsempfehlungen ausgewertet und im Einzelnen in einer Stellungnahme umfassend begründet werden müssen. Das gilt nicht nur für die im Ergebnis positiven Rehabilitationsempfehlungen sondern auch für die im Ergebnis ablehnenden Rehabilitationsempfehlungen. Da die Stellungnahmen ebenfalls innerhalb der jeweiligen Fristen abzugeben sind, wird es dadurch zu weiteren Verzögerungen kommen (s. dazu auch die Stellungnahme zu § 18).



Bei der beabsichtigten Aufwertung der Rehabilitationsempfehlung ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass andere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung oftmals eher geeignet sind, als komplexe medizinische Rehabilitationsleistungen. Für eine Rehabilitation muss neben der Rehabilitationsbedürftigkeit und deiner realistischen Rehabilitationszielsetzung insbesondere auch die Rehabilitationsfähigkeit vorhanden sein. Aus den Dokumentationen in den Pflegegutachten zur Vorgeschichte wird zudem deutlich, dass Pflegeantragsteller oftmals vor der Antragstellung bereits Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten haben oder sich aktuell in einer Heilmitteltherapie befinden. In solchen Fallgestaltungen besteht in der Regel aktuell keine Rehabilitationsindikation.

Berichtspflichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015

Die Neuregelung zur Berichterstattung nach § 18 Abs. 9 SGB XI ist nicht zielführend. Für einen Bericht zur Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen des MDK verfügen die Pflegekassen nicht unmittelbar über die erforderlichen Informationen. Damit die gewünschte Berichterstattung erfolgen kann, ist es erforderlich, dass die zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Krankenversicherung) die Pflegekassen über ihre Entscheidungen der Rehabilitationsanträge bzw. über die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen informieren.

Die Berichtspflichten werden darüber hinaus nicht nur den Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen erhöhen, sondern auch bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern, weil alle aus den Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf empfohlenen Maßnahmen (Rehabilitationsmaßnahmen, Heil- und Hilfsmittlempfehlungen usw.) bzw. deren Umsetzung im Verwaltungsverfahren gemeldet werden müssten.

- C) Änderungsvorschlag
§ 18a ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV wird verpflichtet, bis zum 31. März 2013 Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu erlassen. Die Richtlinien sollen insbesondere allgemeine Verwaltungsgrundsätze, die Pflicht zur umfassenden und individuellen Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden enthalten.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der Pflegebegutachtung haben sich die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Laufe der Jahre eine hohe Akzeptanz bei den Versicherten erworben. Auf der Grundlage der für alle Medizinischen Dienste bundesweit verbindlichen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Begutachtungs-Richtlinien wurden allein im Jahr 2010 ca. 1,5 Mio. neue Pflegegutachten erstellt. Die Qualität der Pflegegutachten wird auf der Grundlage der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung regelmäßig überprüft und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen veröffentlicht. Die Widerspruchsquote ist auch im Vergleich zu anderen Sozialleistungsträgern überschaubar. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, welche Verbesserungen mit der Richtlinie erreicht werden sollen.

Soweit es lediglich um die bundesweite Einführung der Versichertenbefragung als ein weiteres Element der Qualitätssicherung gehen sollte, ist darauf hinzuweisen, dass eine Versichertenbefragung im Wesentlichen die Zufriedenheit der Versicherten mit den Ergebnissen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Entscheidungen der Pflegekasse widerspiegeln. Die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung setzen insofern aber nur die gesetzlichen Vorgaben um und sind bei ihren Entscheidungen und der Begutachtung daran gebunden.

Im Übrigen stellt sich die Frage, ob der Regelungsinhalt nicht besser in den Begutachtungs-Richtlinien verankert werden sollte, um einen unmittelbaren Bezug zur Begutachtung herzustellen.

Außerdem fehlt eine Regelung zur Sicherstellung derselben Qualitätsanforderungen an die Begutachtungsverfahren des Prüfdienstes des PKV-Verbandes.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012 zum
Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)
Seite 18 von 93

- C) Änderungsvorschlag
§ 18b ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 19 Begriff der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen, insbesondere die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson, setzt bisher voraus, dass der Umfang der Pflegetätigkeit für einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt. Mit der vorgesehenen Änderung soll ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten für zwei oder mehrere Pflegebedürftige möglich werden, sodass die soziale Sicherung der Pflegepersonen in diesen Fällen auch dann besteht, wenn die einzelne Pflegezeit weniger als 14 Stunden wöchentlich beträgt.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung des Kreises der leistungsberechtigten nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen wird als weiterer Ausbau der sozialen Sicherung dieser Personen angesehen, mit der die mit der ehrenamtlichen Pflege einhergehenden Belastungen umfassender als bisher anerkannt werden sollen. Unter dieser Maßgabe wird die Regelung als sachgerecht erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsbefehl in § 19 Satz 2 wird der Gesetzgebungsabsicht allerdings nicht gerecht; er ist daher wie folgt anzupassen:

„In § 19 Satz 2 werden nach den Wörtern „eine pflegebedürftige Person“ die Wörter „oder mehrere pflegebedürftige Personen“ eingefügt.“



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunter-
nehmen

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Nachdem die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326) an
die Stelle der früheren Beihilfevorschriften des Bundes getreten ist, muss die Be-
zugnahme redaktionell angepasst werden.
- B) Stellungnahme
Redaktionelle Anpassung.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Absatz 10 des § 5 des Fünften Buches, auf den in § 27 Satz 3 verwiesen wird, wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2008 durch Artikel 9 Absatz 21 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631) zu Absatz 9.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung wurde vor dem Hintergrund der Änderung der Überschrift zu § 40 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) redaktionell angepasst. Außerdem handelt es sich um Folgeänderungen zur Einführung der neuen Leistungen gemäß den §§ 45e und 123.

B) Stellungnahme

Soweit es sich um redaktionelle Anpassungen handelt, bestehen keine Bedenken. Bei der Aufnahme der Leistungen des § 45e in § 28 Abs. 1b Satz 1 und der Leistungen des § 123 in § 28 Abs. 1b Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung. Zur Bewertung der zusätzlichen Leistungen nach den §§ 45e und 123 wird auf die jeweiligen Stellungnahmen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 1b Satz 1 ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Zukünftig sollen nicht nur die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44, sondern auch die Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit nach § 44a bei Unterbrechungstatbeständen, zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige für bis zu vier Wochen im Krankenhaus behandelt werden muss, weiter gewährt werden.
- B) Stellungnahme
Die Erweiterung der bestehenden Regelung gemäß Pflege- Weiterentwicklungsgesetz wird für sachgerecht erachtet.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zu den Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird zukünftig jeweils für 4 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe fortgewährt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege als zielgerichtete Leistungsverbesserung zur Entlastung pflegender Angehöriger weicht von der Regelung zur Fortzahlung des Pflegegeldes bei Krankenhausbehandlung ab. Es stellt sich die Frage, warum im Verhältnis zur Krankenhausbehandlung hier nur eine hälftige Leistungsgewährung vorgesehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 37 soll zukünftig zusätzlich zu den Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI jeweils für bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe fortgewährt werden. Die Änderung in § 38 sieht vor, dass diese Regelung auch bei Bezug anteiligen Pflegegeldes gilt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung zur Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in § 37 wird auf die Kombinationsleistungen nach § 38 übertragen (s. dazu auch die Stellungnahme zu § 37) und soll zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn mindestens 3 Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohngruppe mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36, Pflegegeld nach § 37 oder die Kombinationsleistung nach § 38 beziehen und dort eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.

B) Stellungnahme

Die Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen ist erklärtes Ziel der Bundesregierung. Die vorgesehene Änderung ist praktisch nicht umsetzbar. Außerdem ist zu befürchten, dass Qualität ohne weitere Regelungen in den neuen Wohnformen nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Außerdem erfolgt eine Verschiebung der Kosten von der Eingliederungshilfe auf die Pflegeversicherung. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, warum in diesem Kontext weder eine Evaluation der neuen Leistung noch eine Anpassung der Qualitätskriterien vorgesehen ist.

Sicherstellung der Qualität in den neuen Wohnformen

Rechtsgrundlagen zur Regelung der Qualitätsprüfung der neuen Wohnformen fehlen. Bei den betreuten Wohnformen handelt es sich in der Regel um eine Leistungsform, die Elemente der stationären Versorgung mit Elementen der ambulanten Leistungserbringung verbindet. Weder die Vorgaben zur Qualitätsprüfung der ambulanten noch der stationären oder teilstationären Einrichtungen wird dieser Leistungsform gerecht.

Außerdem sieht die gesetzliche Regelung überhaupt keine zwingende professionell pflegerische Betreuung vor. Es muss lediglich eine Pflegekraft – keine Pflegefachkraft – entweder organisatorisch, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichten. Auf Vorgaben zum Mindestumfang der Anwesenheit der Pflegekraft wurde genauso verzichtet, wie auf die Zuweisung einer Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen. Hinzu kommt, dass sich die Qualitätsanforderungen im ambulanten Bereich nur auf die von den Pflegebedürftigen ausgewählten Leistungen beziehen. Werden Leistungen eines Pflegedienstes aus Kostengründen trotz des Bedarfs nicht in Anspruch genommen, hat der Versorgungsmangel keine Konsequenzen. Da zudem die zusätzliche Pauschale als Geldleistung nicht zweckgebunden ist, kann das Geld z. B.



auch für Genussmittel anstatt für notwendige Pflegeleistungen eingesetzt werden.

Entlastung der Eingliederungshilfe (Verschiebebahnhof)

Entgegen der Gesetzesbegründung liegen erhebliche Überschneidungen zur Eingliederungshilfe vor. Bereits heute leben Menschen mit Behinderung in betreuten Wohngruppen der Eingliederungshilfe zusammen, die auch pflegebedürftig sind. Sie erhalten Eingliederungsleistungen und beziehen in der Regel zusätzlich Pflegegeld. Das Pflegegeld geht in die Gesamtversorgung der Wohngruppe ein. Die Pflegeleistungen werden über Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht, die nicht die Zulassungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung erfüllen. Da die Regelung keinerlei Qualitätsanforderung an die Leistungserbringung und die Wohnform stellt, hätten Pflegebedürftige in solchen Wohngruppen einen Anspruch auf den monatlichen Zuschlag in Höhe von 200 Euro. Über diesen Betrag könnten sie aber nicht frei verfügen. Vielmehr würde sich für Pflegebedürftige in solchen Wohngruppen lediglich der Eigenanteil an den Gesamtkosten der Wohngruppe um die Höhe der Pauschale erhöhen, ohne dass sich der Leistungsumfang verändert. Der Träger der Eingliederungshilfe würde in derselben Höhe entlastet.

Umsetzbarkeit

In der vorliegenden Form ist die Vorschrift nicht praktikabel. Zum Beispiel stellt sich die Frage, wie das Vorliegen der Voraussetzungen des § 38a nachgewiesen werden soll. Daneben fehlt eine Regelung zur Obergrenze der personellen Größe der Wohngruppe. Darüber hinaus bleibt offen, wie mit dem Ausscheiden oder einer vorübergehender Abwesenheit eines Versicherten aus der Wohngruppe z.B. durch Krankenhausaufenthalte umzugehen ist. Dieses Problem wird durch unterschiedliche Kassenzugehörigkeit der Versicherten verschärft.

C) Änderungsvorschlag

Im Gesetz ist eine exakte Definition der neuen Wohnformen und der darin zu erbringenden Leistungen erforderlich. Dazu ist § 38a dahingehend zu ändern, dass zur Sicherstellung der Versorgungsqualität Mindestanforderungen an die räumliche und pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen, die fachliche Qualifikation der Pflegekraft (Präsenzkraft) und eine Nachweispflicht zur Verwendung der monatlichen Pauschale eingeführt werden. Verschiebebahnhöfe zur Entlastung der Eingliederungshilfe sind auszuschließen. Gleichzeitig ist die Regelung zu befristen und eine Evaluation vorzusehen. Der GKV-SV hat diese Evaluation durchzuführen und dem BMG einen Bericht bis zum 1.1.2016 vorzulegen. Ohne diese Änderungen ist die Regelung nicht umsetzbar.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen werden künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt.

B) Stellungnahme

Durch den Wegfall der Eigenbeteiligung der Versicherten an Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes wird die Situation der Pflegebedürftigen verbessert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt klar, dass die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistung vorrangig vor den Vergütungen für Tages- und Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung und folgt der ganz überwiegenden Praxis der Pflegekassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 42 Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen der Kurzzeitpflege können zukünftig auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem Elften Buch besitzen, in Anspruch genommen werden, wenn während einer Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson eine Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Bereits heute können Pflegebedürftige ihre rehabilitationsbedürftigen Angehörigen in Rehabilitationseinrichtungen begleiten, wenn die pflegerische Versorgung, z. B. durch die Zulassung eines Einrichtungsteils als Pflegeeinrichtung, sichergestellt ist.

Es lassen sich mit der Neuregelung nur schwerlich Fälle vorstellen, in denen es „erforderlich“ ist, einen pflegebedürftigen Menschen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung unterzubringen und zu pflegen. Denkbar ist vielmehr auch, dass die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen den Vorsorge- bzw. Rehabilitationserfolg negativ beeinflussen kann.

Die Annahme in der Gesetzesbegründung, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Lage seien, die pflegebedürftigen Angehörigen zu betreuen und zu pflegen, ist gewagt und scheint zumindest für Vorsorgeeinrichtungen zweifelhaft. Aber auch Rehabilitationseinrichtungen sind derzeit organisatorisch und personell nicht darauf eingerichtet, pflegebedürftige Menschen zu betreuen und zu versorgen.

Die Ausführung in der Gesetzesbegründung, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen könnten die Rehabilitationsmaßnahme mit einer gleichzeitigen Schulung des pflegenden Angehörigen verbinden, wird kritisch gesehen. Es sollte den Rehabilitanden neben einem intensiven Rehabilitationsprogramm nicht zwangsweise zugemutet werden, zusätzlich noch Schulungskurse in der Pflege zu belegen. Dies könnte den Rehabilitationsprozess konterkarieren. Ferner stellt sich die Frage, wer die von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wahrscheinlich geltend gemachten zusätzlichen Kosten begleichen soll.

Die Aussage in der Gesetzesbegründung, es sollte in Erwägung gezogen werden, ob nicht gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen für den Pflegebedürftigen erbracht werden können, wirft die Frage auf, wer hier den entsprechenden Bedarf prüft und wer ggf. für die zu erwartenden finanziellen Forderungen aufkommt.



Schlussendlich muss die Rehabilitationseinrichtung Leistungen der Kurzzeitpflege auch anbieten und die Versorgung sicherstellen wollen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist dahingehend klarzustellen, dass eine Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen nur dann in Anspruch genommen werden kann, wenn folgende Tatbestände erfüllt sind:

- der Rehabilitationsprozess der Pflegeperson darf nicht negativ beeinflusst werden,
- die Durchführung der Kurzzeitpflege erfolgt auf Absprache und mit Zustimmung des Rehabilitanden, des Pflegebedürftigen, der Pflegekasse und der Rehabilitationseinrichtung,
- die Qualität der Leistungserbringung muss in beiden Leistungsbereichen gewährleistet werden, und
- die Leistungen und Aufwendungen für die Kurzzeitpflege sind gesondert auszuweisen und wirtschaftlich zu trennen, differenziert auszuweisen und abzurechnen.

Es muss im § 42 Abs. 4 das Wort „erforderlich“ gestrichen werden und in der Formulierung darauf abgestellt werden, dass die Mitaufnahme des Pflegedürftigen „wünschenswert“ oder „zweckmäßig“ ist.

In § 42 Abs. 4 1. Halbsatz wird zwischen den Wörtern „auch in“ und „Einrichtungen“ das Wort „geeignet“ eingefügt.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 45a Berechtigter Personenkreis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Möglichkeit der Durchführung der Pflegebegutachtung durch von der Pflegekasse beauftragte Gutachter.

B) Stellungnahme

Siehe dazu die ausführliche Stellungnahme zu § 18.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 45a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 sind zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbsthilfe soll durch ein eigenes festgelegtes Budget i. H. v. 10 Cent/Versicherten besser gefördert werden.

B) Stellungnahme

Es ist sicherzustellen, dass eine Doppelförderung ausgeschlossen ist.

C) Änderungsvorschlag

Eine Förderung nach § 45d ist ausgeschlossen, wenn eine Förderung nach § 20c SGB V erfolgt.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

Sechster Abschnitt - Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung nach § 45e SGB XI sieht eine Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohnformen vor. Damit soll ermöglicht werden, ein selbstbestimmtes Leben auch dann führen zu können, wenn ein angemessenes Wohnen in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich scheint, eine stationäre Unterbringung aber nicht erforderlich ist bzw. von den Betroffenen abgelehnt wird.

Dies soll durch die Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI als Ergänzung zur stationären Pflege erreicht werden.

B) Stellungnahme

Die Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Wohnformen und zu ihrer Weiterentwicklung ist nicht zielführend.

Wegen der Gefährdung der Versorgungssituation für Pflegebedürftige durch Wohngruppen in der nach § 38a vorgesehen Form wird im Einzelnen auf die Stellungnahme zu § 38a verwiesen.

Darüber hinaus führt die zweckgebundene Anschubfinanzierung zu einer Subventionierung des altengerechten Umbaus bestehenden Wohnraums zu Lasten der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten. Grundsätzlich richtet sich das Angebot von Wohnraum nach Angebot und Nachfrage. Die Nachfrage nach altersgerechtem und barrierefreiem Wohnraum wird in Zukunft steigen, so dass die Vermieter höhere Mietpreise für altengerechten Wohnraum verlangen können und die notwendigen Angebote ausbauen werden. Bund, Länder und Kommunen können den Ausbau des Angebots insbesondere durch bauordnungsrechtliche Vorgaben beschleunigen oder subventionieren. Die Anschubfinanzierung führt dazu, dass der altengerechte Umbau von der Solidargemeinschaft der Sozialen Pflegeversicherung bezahlt wird, die Vorteile des altersgerechten und barrierefreien Umbaus und höherer Mieteinnahmen letztendlich aber bei dem Vermieter verbleibt. Gleichzeitig werden Pflegebedürftige benachteiligt, die nicht in Wohngruppen nach § 38a SGB XI sondern in der eigenen Häuslichkeit leben, da diese lediglich den Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhalten und nicht die hier vorgesehene zusätzliche Förderung von 2.500 Euro.

Im Übrigen überzeugen auch die Ausführungen zur Begründung der Finanzierung nicht. Die im allgemeinen Begründungsteil benannte Prognose von 50.000



Wohngemeinschaften bis zum Jahr 2015 erscheint unrealistisch. Nach § 45e Abs. 2 stehen maximal 30 Mio. EUR als Fördersumme zur Verfügung. Bei einem Höchstbetrag i. H. v. 10.000 € je Wohngruppe können somit max. 3.000 Wohngruppen gefördert.

- C) Änderungsvorschlag
§ 45e ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 46 Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung werden die Aufwendungen für die Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Begutachtungsfrist in das Verfahren zur Verwaltungskostenerstattung zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung wie bei der Pflegeberatung einbezogen.

B) Stellungnahme

Die Einbeziehung der Aufwendungen für die Zusatzzahlungen bei Überschreitung der Begutachtungsfrist in das Verfahren zur Verwaltungskostenerstattung zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung wie bei der Pflegeberatung führt zu einer systemwidrigen Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der Pflegeversicherung und ist daher zu streichen. Die Einbeziehung dieser Aufwendungen in die Verwaltungskostenerstattung ist schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil es sich bei diesen Aufwendungen um zusätzliche Leistungen handelt, die als Leistungsausgaben bei der Abrechnung mit dem Ausgleichsfonds zu berücksichtigen wären. Warum einige Versicherte zusätzliche Leistungen bei Überschreitung der Begutachtungsfrist erhalten sollen, ist nicht nachvollziehbar (s. dazu auch die Stellungnahme zu § 18).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der Pflegeberatung als Leistung der Pflegeversicherung wird im Übrigen vorgeschlagen, dass die Kosten der Pflegeberatung allein von der Pflegeversicherung zu tragen sind. Die bisherige Regelung sieht eine hälftige Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der Pflegeberatung im Rahmen der Verwaltungskostenerstattung vor, obwohl es sich um eine ausschließliche Leistung der Pflegeversicherung handelt.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 46 Abs. 3 Satz 1 wird gestrichen.

§ 46 Abs. 3 S.1 2. HS SGB XI wird gestrichen.

§ 7a Abs. 4 Satz 5 ist wie folgt zu fassen:

Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 52 Aufgaben auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung stellt klar, dass die Landesverbände der Pflegekassen insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Bewältigung seiner Aufgaben zu unterstützen haben.

B) Stellungnahme

Die Regelung unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem GKV-SV.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI Richtlinien erlassen kann.

B) Stellungnahme

Die Richtlinienkompetenz besteht schon heute. Die Gesetzesänderung dient der Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung erlassen. Als Regelungsinhalte werden insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation, das Verfahren zur Sicherung der Einheitlichkeit der Begutachtung, die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung und die Einbeziehung der Gutachten in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen ist nicht zielführend, gefährdet die Einheitlichkeit der Begutachtung und ist insgesamt insbesondere vor dem Hintergrund der Feststellung der Rehabilitationsindikation unpraktikabel (s. dazu auch die Stellungnahmen zu § 18 und § 18a).

C) Änderungsvorschlag

Der § 53b SGB XI ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24a

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz wird um 0,1 Prozent erhöht.

Für landwirtschaftliche Unternehmer sowie für mitarbeitende Familienangehörige wird eine gesetzliche Regelung zur Höhe des Pflegeversicherungsbeitrages eingefügt.

B) Stellungnahme

Die Kostenkalkulation ist nicht plausibel. Zwar weist die Kostenkalkulation eine Vielzahl von Kostenfaktoren aus. Gleichzeitig blieben aber Kosten für zusätzliche Leistungen unberücksichtigt oder wurden im Vergleich zu vorangegangenen Überlegungen gekürzt, ohne dass dafür ein Grund erkennbar wäre. Zudem wurden die Bürokratiekosten nicht oder in nicht nachvollziehbarer Weise berücksichtigt. Stattdessen wurden Einnahmesteigerungen angenommen, die vor dem Hintergrund der vom Bundeswirtschaftsministerium angenommenen Abschwächung der Konjunktur fraglich erscheinen. Die notwendige Pflegereform darf nicht dazu führen, dass die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegeversicherung in Frage gestellt wird.

Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des KVLG 1989 aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag als Pflegeversicherungsbeitrag erhoben. Bisher musste der Zuschlag für Landwirte zur Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 3 entsprechend der Veränderung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 des Fünften Buches zum 1. Januar jedes Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben werden. Dies wird nun gesetzlich geregelt. Eine Bekanntgabe ist daher nicht mehr erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung entspricht dem bisherigen Satz 6 des § 57 Absatz 3. Durch die Einfügung des neuen Absatzes 5 in § 55 sind die Sätze 1 bis 5 in § 57 Absatz 3 für landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige nicht mehr erforderlich.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 71 Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung in § 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI wird es zukünftig Trägern von teilstationären Einrichtungen ermöglicht, Tages- und Nachtpflegeangebote zu verbinden. Die Zulassung der selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen erfolgt über einen Gesamtversorgungsvertrag.

Durch die Änderung in § 71 Abs. 3 SGB XI soll erreicht werden, dass auch bei Berufsunterbrechungen und aus anderen als den genannten Gründen eine erleichterte Rückkehr in den Beruf möglich ist. Damit soll ein Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf geleistet werden.

B) Stellungnahme

Bereits heute besteht eine ausreichende Anzahl vollstationärer Einrichtungen, die Tages- und Nachtpflege miteinander verbinden. Die Tagespflege- und Nachtpflegeangebote verfolgen ein davon abweichendes Betreuungs- und Versorgungskonzept und sind nicht mit den vollstationären Einrichtungen vergleichbar. Die eigenständigen Konzeptionen müssen beibehalten werden, um das Angebot attraktiver zu gestalten. Die Neuregelung hebt diese Trennung auf. Es wird daher aus Gründen der Versorgungsqualität und der Attraktivität der Angebote empfohlen, es bei der wirtschaftlichen Trennung des Tagespflegeangebots und des Nachtpflegeangebots zu belassen.

Die Anerkennung der praktischen Berufserfahrung innerhalb der letzten 8 anstelle der letzten 5 Jahre wird ebenfalls abgelehnt. Bereits heute ist es durch die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Ausnahmeregelungen eine erleichterte Rückkehr in den Beruf möglich, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gewährleisten. Die verantwortliche Pflegefachkraft hat eine spezielle berufliche Position in der Pflege, die mit einer hohen fachlichen Verantwortung verbunden ist. Diese Verantwortung setzt umfangreiches und vor allem auch aktuelles Wissen voraus. An den Qualitätsanforderungen bei dieser verantwortungsvollen Position dürfen im Interesse der Pflegebedürftigen und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels keine Abstriche gemacht werden. Dabei lässt die geltende Regelung genügend Spielraum für den Zugang zu dieser Tätigkeit, ohne dass auf die erforderliche Praxiserfahrung verzichtet und der zeitliche Abstand der praktischen Tätigkeit zu groß wird. Im Interesse der Sicherung eines hohen Qualitätsniveaus sollte es daher bei der jetzigen Regelung bleiben.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 71 SGB XI sind zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig soll der Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtung eines Trägers, die vor Ort und nicht mehr nur örtlich miteinander verbunden sind, möglich sein.

Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen soll die Zahlung der ortsüblichen Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten nur noch dann sein, soweit die Beschäftigten nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind.

B) Stellungnahme

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (1.7.2008) wurde in § 72 Absatz 2 Satz 1 ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) für örtlich und organisatorisch miteinander verbundene Pflegeeinrichtungen eingeführt. Ziel der Einführung von Gesamtversorgungsverträgen war die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Ob die vorgeschlagene Veränderung als Klarstellung zu einem Anstieg des Abschlusses von Gesamtversorgungsverträgen führen wird, ist fraglich.

Die Regelung zur Bezahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages dient dem Schutz der Beschäftigten. Der Schutz der Beschäftigten wird nunmehr für grenzüberschreitend entsandte und regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer durch das Arbeitnehmer-Entsendegesetz sichergestellt, wenn danach ein Mindestentgelt zu zahlen ist. Für diese wird zukünftig auf die Feststellung der Ortsüblichkeit der Vergütung als Voraussetzung für den Abschluss des Versorgungsvertrags verzichtet. Das damit verbundene Anliegen des Bürokratieabbaus wird grundsätzlich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Pflegekassen zukünftig vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen sollen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.

Im Übrigen werden die Qualitätsanforderungen an die Leistungen der Einzelpflegekräfte verstärkt.

B) Stellungnahme

Die Notwendigkeit der Änderungen ist nicht nachvollziehbar. Schon heute können Verträge mit Einzelpflegekräften abgeschlossen werden. Von dieser Möglichkeit wird aber nur vereinzelt Gebrauch gemacht. In der Praxis schließen die Pflegebedürftigen die Verträge mit den Einzelpflegekräften in der Regel selbst ab, um die Vertragsinhalte frei gestalten zu können.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 77 sind zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Regelung der Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Durch die Streichung der Berücksichtigung des Eigenanteils bei der Gewährung von Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in § 40 Abs. 4 Satz 2 ist auch eine Regelung des GKV-Spitzenverbandes zur Bemessung dieser Zuschüsse, wie sie § 78 Abs. 2 Satz 1 vorgesehen hat, nicht mehr erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 81 Verfahrensregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertretung der See-Krankenkasse durch die Vertreter der Ortskrankenkassen bei Beschlüssen der Landesverbände der Pflegekassen wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Durch die Einbeziehung der See-Kranken- und Pflegekasse in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist eine Vertretung durch die Vertreter der Ortskrankenkassen nicht mehr erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung können stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen bezahlen, die in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig sind.

B) Stellungnahme

Bereits heute kann der Aufwand für vorbereitende und begleitende Schulung, für die Planung und Organisation des Einsatzes oder für den Ersatz eines angemessenen Aufwands für ehrenamtliche Unterstützung in den Pflegesätzen berücksichtigt werden. Dafür ist weder eine Klarstellung noch eine Neuregelung erforderlich.

Die vorgesehene Regelung definiert aber den Inhalt der ehrenamtlichen Unterstützung neu, indem nunmehr von einer Aufwandsentschädigung für ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen gesprochen wird. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören auch grundpflegerische Leistungen, die professionellen Pflegekräften vorbehalten sein müssen. Durch die Neuregelung wird keine klare Aufgabenabgrenzung vorgenommen. Vielmehr verschwimmen zunehmend die Grenzen zwischen professioneller Pflege und ehrenamtlichen Engagement. Im Interesse der Qualitätssicherung von Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen wird daher empfohlen, von dieser Regelung Abstand zu nehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 82b Abs. 2 ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 84 Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bemessungsgrundsätze für die Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen sollen dahingehend geändert werden, dass die Pflegesätze es einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht nur wie bisher geregelt ermöglichen müssen, den Versorgungsauftrag sicherzustellen, sondern auch ihre Personalaufwendungen zu finanzieren.

B) Stellungnahme

Das bestehende Vergütungssystem hat sich als sinnvoll erwiesen und bewährt. Pflegeleistungen sowie Entgelte haben sich gerade unter dieser Prämisse angemessen weiterentwickelt. Es muss auch zukünftig ein wirtschaftlicher Personaleinsatz in den Pflegeeinrichtungen möglich sein und Anreize für unwirtschaftliches Verhalten vermieden werden.

Die vorgesehene Änderung wird bei Anerkennung aller durch den Einrichtungsträger geforderten Personalaufwendungen zu höheren Pflegeentgelten führen. Gerade bei Versicherten mit geringem Einkommen kann die Neuregelung erhebliche soziale Verwerfungen zur Folge haben und entgegen der Zielsetzung der Pflegeversicherung eine verstärkte Inanspruchnahme der Sozialhilfe bewirken.

Unabhängig davon ist im Interesse der Versicherten klarzustellen, dass Leistungs- und Preisvergleiche durchzuführen sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 84 Abs. 2 Satz 4 ist zu streichen.

In § 84 Abs. 2 Satz 7 ist in der geltenden Gesetzesfassung nach dem Wort „Pflegeeinrichtung“ das Wort „können“ durch das Wort „sind“ zu ersetzen und nach dem Wort „angemessen“ die Wörter „zu berücksichtigen“ einzufügen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Verpflegungskosten dürfen zukünftig nur für Tage berechnet werden, an denen die Verpflegung in Anspruch genommen wurde.
- B) Stellungnahme
Die Regelungen zur Abrechnung der Verpflegungskosten sind nachvollziehbar.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Halten sich Pflegebedürftige vorübergehend nicht in der Pflegeeinrichtung auf, beziehen sich die Abschläge auf die Pflegevergütung zukünftig nicht mehr auf die Verpflegung.

B) Stellungnahme

Die Änderung war wegen der Neuregelung in § 87 erforderlich, wonach Verpflegungskosten überhaupt nicht mehr abgerechnet werden dürfen, wenn die Verpflegung nicht in Anspruch genommen wurde.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem
Betreuungsbedarf

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf nicht nur an vollstationäre sondern auch an teilstationäre Pflegeeinrichtungen zu zahlen. An teilstationäre Pflegeeinrichtungen sollen die Vergütungszuschläge auch dann gezahlt werden, wenn das dafür eingesetzte Personal von der Pflegeeinrichtung nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt wird.

B) Stellungnahme

Das Ziel, Leistungsverbesserungen für Tagespflegegäste mit eingeschränkter Alltagskompetenz vorzusehen, kann nachvollzogen werden. Durch die Neuregelung erhalten Tagespflegegäste mit eingeschränkter Alltagskompetenz neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b weitere Leistungen bei der Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten. Die damit verbundene Anreizfunktion zur Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten wird ausdrücklich begrüßt.

Es kann aber nicht nachvollzogen werden, dass die Anforderungen an die Vergütung des Personals im Vergleich zu den vollstationären Einrichtungen eingeschränkt werden sollen. Die qualitativ hochwertige Arbeit von Betreuungskräften muss unabhängig von ihrem Einsatzort angemessen vergütet werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Grundsätze für die Vergütungsregelung ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen dahingehend geändert werden, dass die Pflegesätze es einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht nur wie bisher geregelt ermöglichen müssen, den Versorgungsauftrag sicherzustellen, sondern auch ihre Personalaufwendungen zu finanzieren.

Im Übrigen sollen ab dem Zeitpunkt der Einführung der Leistungen der häuslichen Betreuung die Vertragsparteien immer eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung treffen.

B) Stellungnahme

Auf die Änderung der Bemessungsgrundsätze und die Verpflichtung zur Vereinbarung von Zeitvergütungen sollte im Interesse der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung verzichtet werden.

Änderung der Grundsätze für die Vergütungsregelungen

Das bestehende Vergütungssystem hat sich als sinnvoll erwiesen und bewährt. Pflegeleistungen sowie Entgelte haben sich gerade unter dieser Prämisse angemessen weiterentwickelt. Es muss auch zukünftig ein wirtschaftlicher Personaleinsatz in den Pflegeeinrichtungen möglich sein und Anreize für unwirtschaftliches Verhalten vermieden werden.

Die vorgesehene Änderung wird bei Anerkennung aller durch den Einrichtungsträger geforderten Personalaufwendungen zu höheren Pflegeentgelten führen. Gerade bei Versicherten mit geringem Einkommen kann die Neuregelung erhebliche soziale Verwerfungen zur Folge haben und entgegen der Zielsetzung der Pflegeversicherung eine verstärkte Inanspruchnahme der Sozialhilfe bewirken.

Zeitvergütungen

Das Gesetz lässt bereits heute die Vereinbarung von unterschiedlichen Vergütungsformen zu. Davon wird in der Praxis auch Gebrauch gemacht. Überwiegend haben sich die Vertragspartner aber auf die Vereinbarung von Leistungskomplexen verständigt, die es einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Versicherten können aus diesen Leistungskomplexen für die individuell notwendigen Leistungen auswählen. Da sich die Vergütung auf die Leistung und nicht die dafür notwendige Zeit bezieht, ist die Leistung durch diese Regelung vom Pflegedienst unabhängig von der dafür notwendigen Zeit zu erbringen. Damit ist sichergestellt, dass der Versicherte auch dann versorgt wird, wenn die Leistungserbringung einmal länger



dauert. Aus Sicht des Versicherten wird damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglicht.

Dieser Vorteil der Komplexeleistungen fällt bei der Vereinbarung von Zeitvergütungen weg. Die Gegenüberstellung von Leistungskomplexen und Zeitvergütungen kann in der Praxis dazu führen, dass die Versicherten für die notwendigen Leistungen mehr aufwenden müssen, weil die Pflege von den vereinbarten Zeitkontingenten abhängig ist. Es ist nicht auszuschließen, dass sich dadurch die Versorgungssituation verschlechtern kann und das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienst verstärkt wird. Es ist ebenfalls zu befürchten, dass dadurch notwendige Pflegeleistungen nicht erbracht werden und insofern Qualitätsdefizite entstehen.

Die Regelung, als alternative Vergütungsregelung immer eine vom Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütung zu treffen, ist abzulehnen. Damit würde die Finanzierung der Leistung nach Zeit erfolgen. Die Debatte zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jedoch auch mit der Distanzierung von der zeitbezogenen Pflege geführt. Die Einführung von nunmehr zwingenden Zeitwerten für die Pflegevergütung wird diesem Ansatz zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht gerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen des § 89 sind zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Folgeänderung zur Einführung von Beratungsgutscheinen.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Beratungsgutscheins ist nicht geeignet, die Information der Versicherten zu verbessern (s. dazu im Einzelnen die Stellungnahme zu § 7b). Die datenschutzrechtliche Folgeänderung ist damit ebenfalls nicht notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 94 Abs. 1 Nr. 8 SGB XI ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38

§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die datenschutzrechtliche Befugnis für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten durch unabhängige Gutachter, die von den Pflegekassen mit der Begutachtung im Sinne des § 18 SGB XI beauftragt werden.

B) Stellungnahme

Die Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen bewirkt unnötige Doppelstrukturen, die vermeidbaren Verwaltungsaufwand verursachen, gefährdet die erreichte Einheitlichkeit der Begutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und ist im Kontext der übrigen Regelung nicht praktikabel (s. dazu im Einzelnen die Stellungnahme zu § 18). Die datenschutzrechtliche Folgeänderung ist damit ebenfalls nicht notwendig.

C) Änderungsvorschlag

§ 97d SGB XI ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Änderung, die aufgrund der Rechtsprechung erforderlich geworden ist.

B) Stellungnahme

Die durch die Änderung geschaffene Rechtssicherheit für die Beteiligten wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 109 Pflegestatistiken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der Neuregelung ist es, über eine ausreichend differenzierte Datengrundlage zu verfügen, um hiermit entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs zu flankieren.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist nicht zu beanstanden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beinhaltet die Klarstellung zum Inkrafttreten der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität im Zusammenhang mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

Es wird weiterhin eine Frist von sechs Monaten vor der Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle bestimmt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 a

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung normiert, den Landesverbänden der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme einer Informationspflicht der Pflegeeinrichtungen über die ärztliche und fachärztliche medizinischen Versorgung und die Arzneimittelversorgung sowie den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen wird grundsätzlich begrüßt. Es ist im Interesse der Versicherten sinnvoll, diese Informationen gemeinsam mit den Pflege-transparenzberichten zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 b

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Umfang der Regelprüfungen in angemessener Weise zu verringern, wenn Prüfungen der Heimaufsicht nicht länger als neun Monate zurückliegen und die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität gewährleistet ist.

B) Stellungnahme

Die Reduzierung des Prüfaufwandes für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung e. V. (Im weiteren MDK) und die Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich nachvollziehbar. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Qualitätssicherung der Pflegekassen eine wesentliche Errungenschaft der Einführung der Pflegeversicherung war. Nur so konnten damals bundesweit einheitliche Qualitätsstandards und der Schutz von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden.

Eine Verpflichtung zur Reduzierung des Umfangs der Regelprüfung bei vorangegangener Prüfung durch die Heimaufsicht in der nunmehr vorgesehenen Ausgestaltung verhindert eine bundesweit einheitliche und vergleichbare Qualitätsprüfung. Die Prüfungspraxis der Heimaufsichten in den Bundesländern ist heterogen und verfolgt insbesondere ordnungspolitische Ziele. Die Qualitätsprüfungen der Pflegekassen sind dagegen bundesweit einheitlich geregelt und dienen der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Selbst wenn Prüfungen der Heimaufsichten Erkenntnisse zu den erbrachten Leistungen und deren Qualität liefern können, werden diese nicht nach denselben Qualitätskriterien erhoben und sind insoweit nicht vergleichbar. Die im Gesetz formulierten Anforderungen können daher grundsätzlich nicht erfüllt werden. Die Regelung führt aber dazu, dass gerade Einrichtungen mit Qualitätsmängeln die gesetzlichen Vorgaben nutzen können, um durch Beschreiten des Rechtswegs die Durchführung von Qualitätsprüfungen oder die Veröffentlichung der Ergebnisse zu verhindern. Für die Zeit der Anhängigkeit des Klageverfahrens können die Pflegebedürftigen selbst dann nicht informiert werden, wenn nach der Durchführung einer Qualitätsprüfung erhebliche Mängel festgestellt wurden. Hinzu kommt, dass der Umfang der Qualitätsprüfung der Pflegekassen auch dann reduziert werden muss, wenn die Prüfung der Heimaufsicht bis zu neun Monate zurückliegt. In einem so langen Zeitraum kann sich die Qualität der Leistungen erheblich verändern. Darüber hinaus fällt auf, dass insbesondere die Prüfung der



Ergebnis- und Lebensqualität nicht mehr dem MDK vorbehalten wird, was aber
im Interesse der Vergleichbarkeit der Prüfungen zu gewährleisten wäre.

- C) Änderungsvorschlag
Die Neufassung von § 114 Abs. 3 ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 c

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass im Fall von Wiederholungsprüfungen nur zusätzliche, tatsächlich angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- und Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären, abgerechnet werden dürfen. Pauschalen oder Durchschnittswerte dürfen ebenfalls nicht angesetzt werden.

B) Stellungnahme

Eine Wiederholungsprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen nur veranlasst werden, um die Beseitigung von Qualitätsmängeln zu überprüfen oder auf Wunsch der Pflegeeinrichtung, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen. In beiden Fällen hat die Pflegeeinrichtung die Wiederholungsprüfung verursacht. Nach dem Verursacherprinzip müssen sie sich daher auch an allen Kosten beteiligen, die durch die erforderlichen Wiederholungsprüfungen entstehen. Dazu gehören auch die Verwaltungs- und Vorhaltekosten. Den Beitragszahlern die Administrationskosten aus Nachprüfungen wegen Qualitätsmängeln aufzuerlegen, widerspricht dem Solidargedanken und der Verantwortung der Pflegeeinrichtungen aus den Versorgungsverträgen. Der Aufwand für Wiederholungsprüfungen und das Verfahren wird nicht durch ohnehin zu bezahlendes Verwaltungspersonal und bereitstehende Infrastruktur gedeckt, sondern muss von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung e. V. und Landesverbänden vorgehalten werden und ist damit kostenrelevant.

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sollte eine Kostenpauschale erhoben werden, um ein bürokratisches Nachweisverfahren für Zeit- und Sachaufwand in jedem Einzelfall zu vermeiden. Dafür kann wie auch in anderen Bereichen eine Richtlinie zur Festlegung der Berechnungsgrundsätze vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 114 Abs. 5 ist zu streichen.

Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

Der GKV-Spitzenverband erlässt bis zum 31. Dezember 2012 Richtlinien zur Berechnung der Kosten von Wiederholungsprüfungen nach § 114 Abs. 5. Die Richtlinien sind vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Qualitätsprüfung bei ambulanten Pflegeeinrichtungen ist zukünftig kurzfristig anzukündigen, wenn organisatorische Gründe es erfordern. Die Ankündigung ist gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich zu begründen.

Darüber hinaus muss zukünftig eine schriftliche Einwilligung der Bewohner bzw. des Betreuers vorliegen, bevor die Pflegedokumentation eingesehen werden kann bzw. eine Inaugenscheinnahme oder eine Befragung von Pflegebedürftigen und Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörigen sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen durchgeführt werden dürfen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Ankündigung der Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen eröffnet den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit, sich auf die Qualitätsprüfung vorzubereiten. An dem Grundsatz der unangemeldeten Prüfungen sollte festgehalten werden.

Sollte dennoch eine Neuregelung für erforderlich gehalten werden ist sicherzustellen, dass es nicht zu einer uneinheitlichen Auslegung des Begriffs „kurzfristig“ kommt, Zur Klarstellung sollte deutlich gemacht werden, dass die Qualitätsprüfung frühestens am Werktag vorher angekündigt werden darf.

Im Übrigen sind die Anforderungen an die Einwilligung der Bewohner und Beschäftigten für die Durchführung der Qualitätsprüfungen unpraktikabel. Es ist in der Praxis selbstverständlich, dass die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung e. V. (im Weiteren MDK) vor einer Befragung und Inaugenscheinnahme die Zustimmung des Pflegebedürftigen einholen und schriftlich dokumentieren. Alles andere würde unzulässig in das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen eingreifen. Deswegen ist im Gesetz auch klarzustellen, dass eine mündliche Einwilligungserklärung der Bewohner gegenüber dem Gutachter des MDK ausreicht.

Darüber hinausgehende Anforderungen an Einwilligungserklärungen der Bewohner stellen aber die Durchführung der Qualitätsprüfungen insgesamt in Frage und sind auch nicht erforderlich. Selbst bei einer kurzfristigen Ankündigung der Qualitätsprüfungen, wie sie nunmehr vorgesehen sind, kann nicht sichergestellt werden, dass für alle Pflegebedürftigen eine Einwilligungserklärung vorliegt, die die nunmehr vorgesehenen Anforderungen erfüllt. Vielmehr kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Abhängigkeitsverhältnis der Pflegebedürftigen von den Pflegeeinrichtungen gerade bei den Pflegeeinrichtungen mit Qualitätsmän-



geln dazu genutzt wird, auf die Einwilligung der Pflegebedürftigen Einfluss zu nehmen. Da die Bewohnerbefragung und die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation für jede Qualitätsprüfung – insbesondere der Ergebnis- und Lebensqualität sowie der Prozessqualität – zwingend notwendig sind, wird das Gesamtergebnis der Prüfung erheblich verzerrt, wenn nur für einen ausgewählten Personenkreis Einwilligungserklärungen vorliegen oder keine ausreichende Anzahl von Bewohnern in die Qualitätsprüfung einbezogen werden können.

C) Änderungsvorschlag

Falls es bei der Ankündigung der Qualitätsprüfung bei ambulanten Pflegediensten bleiben sollte, sollte in § 114a Abs. 1 Satz 3 nach dem Wort „kurzfristig“ die Wörter „am Tag vorher“ eingefügt werden.

Die Änderungen in Abs. 3 und Abs. 3a werden gestrichen.

In § 114a Abs. 3 SGB XI Satz 4 wird das Wort „mündlich“ vor dem Wort „Einwilligung“ ergänzt.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen haben zukünftig sicherzustellen, dass die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Die Veröffentlichungspflicht für die Landesverbände der Pflegekassen tritt bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird im Interesse der Nutzer begrüßt. Es muss den Landesverbänden der Pflegekassen aber ausreichend Zeit eingeräumt werden, die datentechnische Umsetzung vorzubereiten. Für die Übermittlung der Daten ist ein bundeseinheitliches Verfahren vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Unter Artikel 5 ist in Abs. 2 folgender Satz 2 zu ergänzen:

Artikel 1 tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine regelmäßige gegenseitige Information und Beratung und die Beteiligung an den Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Arbeitsgemeinschaften nach heimrechtlichen Vorschriften vor.

Durch die Erweiterung des Absatzes 2 wird zudem die Möglichkeit für die Landesverbände der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. geschaffen, Modellvorhaben zu vereinbaren, die mit dem Ziel durchgeführt werden, das Vorgehen bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und Prüfungen nach heimrechtlichen Vorschriften besser zu koordinieren beziehungsweise ein einheitliches Vorgehen zu erreichen. Ziel kann zum Beispiel die Entwicklung einheitlicher Prüfkriterien und einer einheitlichen Verfahrensanleitung, aber auch die Abstimmung einer arbeitsteiligen Prüfung unter Wahrung der jeweiligen gesetzlichen Befugnisse und Verantwortlichkeiten sein.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zur Verbesserung der Abstimmung zwischen den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Heimaufsichten können grundsätzlich nachvollzogen werden.

Modellvorhaben zur besseren Koordination der Qualitätsprüfungen der Pflegekassen und der Prüfungen der Heimaufsichten sind aber nicht notwendig. Die Prüfungspraxis der Heimaufsichten in den Bundesländern verfolgt insbesondere ordnungspolitische Ziele. Die Qualitätsprüfungen der Pflegekassen sind dagegen bundesweit einheitlich geregelt und dienen der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (s. dazu im Einzelnen die Stellungnahme zu § 114). Insofern weisen die nach Landesrecht durchgeführten Prüfungen einerseits und die MDK-Prüfungen andererseits kein hohes Überschneidungspotenzial aus.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 117 Abs. 2 SGB XI ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung führt die Beteiligung und Mitberatung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bei der Erstellung aller Richtlinien zur Pflegebegutachtung und Qualitätsprüfung ein. Schriftlich vorgetragene Anliegen sollen auf Verlangen schriftlich begründet zurückgewiesen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit soll eine Verordnung für die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und des Beteiligungsverfahrens erlassen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird den bürokratischen Aufwand zur Verabschiedung aller maßgeblichen Richtlinien zur Pflegebegutachtung und zur Qualitätsprüfung erhöhen. Zur Vermeidung eines den Gesetzesvollzug hemmenden und ausufernden Beteiligungsverfahrens und einer Begrenzung der Anzahl zusätzlich zu Beteiligten der müsste in § 118 Abs. 2 zumindest konkret beschrieben werden, unter welchen Voraussetzungen die Organisationen zu beteiligen sind. Dies gilt gleichermaßen im Hinblick auf die Vertragspartner nach § 113 SGB XI. Dazu reicht die vorgeschlagene Regelung in § 118 Abs. 2 nicht aus. Denn die Regelung in § 118 Abs. 1 ist auch dann umzusetzen, wenn keine Rechtsverordnung erlassen wird. Damit bleibt das schon lange bekannte Problem des Fehlens einer klaren Regelung zu den einzubeziehenden Organisationen und dem Beteiligungsverfahren weiter zu Lasten der Selbstverwaltung bestehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 118 ist zu streichen.

Hilfsweise ist § 118 wie folgt zu fassen:

Dem Bundesministerium für Gesundheit wird aufgegeben, bis zum 31. März 2013 eine Rechtsverordnung zu den an der Selbstverwaltung zu beteiligenden Organisationen und Verfahren zur Beteiligung in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband zu erlassen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Pflegeverträge von den Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden können.

Im Übrigen sollen die Zeitvergütungen den Komplexeleistungsangeboten gegenübergestellt werden.

B) Stellungnahme

Gegen die Neuregelung zur Kündigung von Pflegeverträgen von den Pflegebedürftigen bestehen keine Bedenken.

Auf die Gegenüberstellung der Zeitvergütungen zu den Komplexeleistungen sollte dagegen aus den zu § 89 genannten Gründen verzichtet werden (s. dazu im Einzelnen die Stellungnahme zu § 89). Insofern ist auch die Aufnahme der Gegenüberstellung von Zeitvergütungen zu den Komplexeleistungsangeboten in den Pflegeverträgen bei häuslicher Pflege entbehrlich. Andernfalls bedürfte es einer qualitativ hochwertigen Beratung des Versicherten durch den Pflegedienst um die Inhalte des Pflegevertrages verständlich zu erläutern.

C) Änderungsvorschlag

Die Neufassung des § 120 Abs. 3 SGB XI ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 123 Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung sieht vor, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Abhängigkeit von der jeweils vorliegenden Pflegestufe zu gewähren. Ein Zuschlag für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Voraussetzungen der Pflegestufe 3 erfüllen, ist nicht vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Zielstellung, Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorzusehen sowie zusätzliche Sach- und Geldleistungen zu gewähren, wird begrüßt.

Allerdings ist zu hinterfragen, warum sich die Leistungen an den Pflegestufen orientieren sollen und pflegebedürftige Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die der Pflegestufe 3 zugeordnet sind, von den Leistungsverbesserungen der Übergangsregelung ausgeschlossen sein sollen.

Darüber hinaus ist es als kritisch zu betrachten, dass zwar eine Übergangsregelung bis zur Leistungsgewährung auf Basis eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen werden soll, eine gesetzliche Verpflichtung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unter Zugrundelegung von Zeitplänen, Finanzrahmen, Bestandsschutzregelungen selbst jedoch nicht mit aufgenommen wurde. Lediglich in den Begründungen lassen sich Hinweise auf die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs finden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 124 Übergangsregelung: häusliche Betreuung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung sieht vor, dass Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach den §§ 36 und 123 Anspruch auf häusliche Betreuung haben.

Als Leistungen der häuslichen Betreuung wird die Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld zum Zweck der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei der Gestaltung des häuslichen Alltags insbesondere zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur bedürfnisgerechten Beschäftigung und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tages- und Nachrhythmus genannt.

Die Leistungen der häuslichen Betreuung setzen voraus, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.

Die Regelungen zu den Beziehungen zu den Leistungserbringern und der Pflegevergütung sind entsprechend anzuwenden.

B) Stellungnahme

Das Ziel der Regelung, Pflegebedürftigen die Möglichkeit zu geben, nicht verwendete Pflegesachleistungen nach Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch für die häusliche Betreuung verwenden zu dürfen, kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Schon heute können die Pflegebedürftigen Pflegesach- und Pflegegeldleistungen kombinieren und den Geldleistungsanteil für die häusliche Betreuung verwenden.

Die missverständliche Formulierung, wonach die Leistungen der häuslichen Betreuung Bestandteil der Pflegesachleistung nach § 36 bzw. § 123 sein soll, muss klargestellt werden.

Grundsätzliche Bedenken bestehen gegen die Definition der häuslichen Betreuung. Die Leistungen der häuslichen Betreuung müssen grundsätzlich den Pflegebedürftigen zugute kommen und dürfen nicht auf seine Familie ausgeweitet werden. Vor allem muss eine Abgrenzung zu den Leistungen der Eingliederungshilfe möglich sein.

Eine eindeutige Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht die Regelung nicht, weil die Trennung zwischen außerhäuslichen und häuslichen Leistungen nicht klar



definiert wird. In der Eingliederungshilfe werden z.B. tagesstrukturierende Maßnahmen aus fachlichen Gründen in der Regel durch außerhäusliche Hilfen erbracht, durch den Gesetzesvorschlag aber als häusliche Leistung definiert. Gleiches kann für die bedürfnisgerechte Beschäftigung gelten. Um eine eindeutige Abgrenzung zu den Leistungen der Eingliederungshilfe zu erreichen, wird daher empfohlen, dass die nicht verwendeten Sachleistungsbeträge ausschließlich für Leistungen der häuslichen Betreuung verwendet werden können. Die Pflegekassen und Leistungserbringer können auf der Grundlage ihrer bisherigen Erfahrungen und unter Berücksichtigung fachwissenschaftlicher Erkenntnisse die Leistungen gemeinsam definieren und entsprechende Vergütungsvereinbarungen schließen.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

Pflegebedürftige i. S. d. §§ 14 und 15 und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz i. S. d. § 45a können bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, die Leistungen für häusliche Pflegehilfe nach § 36 unter den Voraussetzungen der nachfolgenden Absätze auch für häusliche Betreuung verwenden.

§ 124 Abs. 2 Satz 2 wird nach dem Wort: „Pflegebedürftigen“ ein Punkt gesetzt und der folgende Text gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch
Betreuungsdienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll zukünftig Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 durch Betreuungsdienste mit bis zu 5 Millionen Euro durchführen.

Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen zu untersuchen.

Die am Modell teilnehmenden Dienste müssen mit Ausnahme der verantwortlichen Pflegefachkraft alle Voraussetzungen für die Zulassung von Pflegediensten erfüllen.

B) Stellungnahme

Die Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste kann Erkenntnisse zur Wirkung gegenüber der Leistungserbringung durch bereits bestehende Pflegedienste hervorbringen. Sofern grundsätzlich Bedarf an der Implementierung von Betreuungsdiensten gesehen wird, muss insbesondere die Auswirkung auf die Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen geklärt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass damit gegebenenfalls eine weitere Versorgungsstruktur neben den ambulanten Pflegediensten aufgebaut wird.

Die Gültigkeit der Zulassung des Betreuungsdienstes zur Versorgung, und damit gleichsam der Anspruch auf Finanzierung, auf zwei Jahre nach Ende des Modellprojektes bestehen zu lassen ist, müsste geprüft werden, da ansonsten den Ergebnissen des Modellprojektes vorgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

§ 125 Abs. 1 Satz 2 wird nach dem Wort „erbringen“ um den Klammerzusatz „(Dienste zur häuslichen Betreuung)“ ergänzt.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 2

§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V

§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkasse hat zukünftig bei ihren Entscheidungen über Anträge auf medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Gegen die Neuregelungen bestehen Bedenken, weil durch die explizite Nennung der Belange pflegender Angehöriger die berechtigten und maßgeblichen Belange anderer Antragsteller (z. B. von Menschen mit Behinderungen) diskriminiert würden. Im Übrigen wird bereits im Vordruck für die Verordnung für Rehabilitationsmaßnahmen die Pflege eines Angehörigen als rehabilitationsrelevanter Kontextfaktor erfragt. Insofern ist eine gesetzliche Hervorhebung auch nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3, Buchstabe a)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Abs. 2 i

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Personengruppe, die Anspruch auf die neu in den Bema aufzunehmende Leistung für das Aufsuchen von Versicherten hat, wird um Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a) des Elften Buches erweitert.

B) Stellungnahme

Im Zusammenhang mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der GKV-Spitzenverband sich gegen die Aufnahme einer neuen Leistung in den Bema für das Aufsuchen von Personen ausgesprochen, weil die Durchführung von Besuchen in den einleitenden Bestimmungen des Bema schon geregelt ist. Dem Zahnarzt stehen hierfür Leistungen aus der GOÄ zur Verfügung.

Abgesehen davon, dass unklar ist, ob sich die zahnärztliche Versorgung der betroffenen Personen durch die Aufnahme einer Besuchsposition verbessert, ist die vorgesehene Ausdehnung auf Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3, Buchstabe b)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Abs. 2 j

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Bema soll eine zusätzliche Leistung aufgenommen werden, um die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags zu fördern. Die Bewertung dieser Leistung soll über die Bewertung der Leistung nach § 87 Abs. 2i SGB V für das Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, hinausgehen.

B) Stellungnahme

Der Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung bleibt vielen Pflegebedürftigen verwehrt, weil die Behandlung in der Regel in den zahnärztlichen Praxen stattfindet.

Um die aufsuchende Versorgung zu verbessern, hat der Gesetzgeber durch die Einführung des § 87 Abs. 2i SGB V im Zuge des GKV-VStG eine entsprechende Leistungsposition für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Behinderten im Bema vorgesehen.

Mit der jetzt vorgesehenen Regelung, soll die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden. Hierfür ist eine neue Leistung im Bema vorgesehen. Diese Absicht unterstützt der GKV-Spitzenverband, denn damit kann die heute nur im Rahmen von Projekten geleistete Betreuung dieses Personenkreises auf eine breitere Basis gestellt werden. Allerdings geht aus der Formulierung nicht hervor, wie der genaue Leistungsinhalt dieser neuen Leistung aussehen soll, so dass Präzisierungen notwendig sind. Im Gesetz muss daher klargestellt werden, dass es sich bei dieser Leistung um eine koordinierende Tätigkeit handelt. Mit der neu zu schaffenden Leistung soll ausschließlich der bisher nicht berücksichtigte Aufwand des Zahnarztes, der durch die Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung entsteht, honoriert werden. Dieser zusätzliche Aufwand kann z. B. durch Schulungsmaßnahmen, Terminkoordinierungen oder zusätzlichen apparativen Aufwand begründet sein. Die zahnärztlich-therapeutische Versorgung der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Personen ist dagegen schon heute durch den bestehenden Leistungskatalog abgedeckt. Hierfür sind keine weiteren Leistungen erforderlich. Hinzu kommt, dass nicht alle pflegebedürftigen Versicherten, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, gleichermaßen von dieser Leistung profitieren. Diese Leistung kann nämlich nur erbracht werden, wenn ein entsprechender Kooperationsvertrag mit einer Pflegeeinrich-



tung vorliegt. Insofern ist eine flächendeckende Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen dadurch nicht sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2j sollte folgendermaßen formuliert werden:

„(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i hinausgehende, Leistung für die Koordination einer kooperativen zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vorzusehen.“



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 87a Absatz 2 Satz 3 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung können Zuschläge auf den Orientierungswert gem. § 87 Absatz 2e SGB V zur Förderung der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Die mit der Neuregelung angestrebte Förderung der koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen wird grundsätzlich begrüßt. Die ambulante medizinische Versorgung gerade auch von pflegebedürftigen Personen in Pflegeeinrichtungen ist Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags und der ihnen übertragenen alleinigen Zuständigkeit für die Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung eine entsprechende Förderung der ärztlichen Betreuung von pflegebedürftigen Personen selbst regeln. Die Einführung von Preisaufschlägen, die von den Krankenkassen zusätzlich zu finanzieren sind, bietet den Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig den Anreiz, auf eigene Lösungswege zur Verbesserung der Versorgung der Patienten zu verzichten und für die Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags zusätzliche Honorare einzufordern.

Der besonderen Bedeutung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen kann durch die im EBM ausgewiesenen Gebührenpositionen Rechnung getragen werden. Ein Preiszuschlag ist insofern überflüssig bzw. führt zu Preisverzerrungen im EBM. Darüber hinaus existieren regionale Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit der geplanten Neuregelung ggf. gefährdet sind. Im Rahmen des EBM gibt es ausreichend Möglichkeiten, eine Neubewertung bei Vorliegen wichtiger Gründe entsprechend zu regeln.

Die höhere vertragsärztliche Vergütung für Heimbewohner widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz. Dies insbesondere im Verhältnis zu Hause zu versorgender Pflegebedürftiger. Vor diesem Hintergrund ist keine gesetzliche Regelung erforderlich, die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Honorarverteilung selbstständig – im Benehmen – mit den Kassen regeln.

Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Evaluation durch das Institut des Bewertungsausschusses und die Befristung der Neuregelung bis zum 31. Dezember



2015 stellt eine Verbesserung dar; die inhaltliche Kritik an der Neuregelung wird davon allerdings nicht tangiert.

- C) Änderungsvorschlag
Streichung der Neuregelung in § 87a Absatz 2 SGB V

Alternativvorschlag:

§ 87b SGB V wird folgendermaßen ergänzt:

Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Teilsatz angefügt „; der Verteilungsmaßstab hat der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 angemessen Rechnung zu tragen.“



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im § 92 Abs. 7 Satz 1 SGB V soll die Nummer 4 in den Gesetzestext neu eingefügt werden: *„Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)“*. Die beabsichtigte Änderung hat zur Folge, dass in die HKP-Richtlinie nach den Beratungen im G-BA ein entsprechender Regelungsgehalt zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit MRSA aufgenommen werden wird.

B) Stellungnahme

Leistungen, die im Rahmen der HKP erforderlich sind, werden nach den in den Richtlinien festgelegten Verfahren verordnet. Damit ist auch die Verordnung von diesen Leistungen umfasst, so dass die beabsichtigte Änderung lediglich deklaratorische Bedeutung hat.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a)

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 119b Abs. 1 wird in Satz 2 das Wort „anzustreben“ durch „vermitteln“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Mit dieser Formulierungsänderung soll der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen geeigneten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungserbringern und stationären Pflegeeinrichtungen verbindlicher ausgestaltet und damit stärker gefördert werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6b)

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 119b wird um Absatz 2 ergänzt. Danach vereinbaren die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 SGB V bis 30. September 2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

B) Stellungnahme

Einheitliche Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich zu begrüßen.

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung zu § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V, zu der ein Alternativvorschlag unterbreitet wird.

Der im Kabinettsentwurf aufgenommene Auftrag zur Evaluation der Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschl. der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen durch das Institut des Bewertungsausschusses bis 2015, ist grundsätzlich zu begrüßen; die inhaltliche Kritik an der Neuregelung wird davon allerdings nicht tangiert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchst. a

§ 3 Satz 1 Nr. 1a Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Ausweitung des Kreises der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in § 19 Satz 2 SGB XI für den Bereich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nachvollzogen. Eine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung besteht danach auch dann, wenn die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlich nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen für die Versicherungspflicht der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in der Rentenversicherung steht in Abhängigkeit mit der Ausweitung des Kreises der leistungsberechtigten Pflegepersonen, die unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Intention als sachgerecht erachtet wird (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 6 – § 19 SGB XI).

Für den Eintritt und das Bestehen der Versicherungspflicht ist künftig nicht mehr erforderlich, dass eine einzige Person mindestens 14 Stunden wöchentlich gepflegt wird, sondern dass die erforderliche Mindeststundenzahl von 14 Wochenstunden auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden kann. Die konkrete gesetzliche Änderung sieht dazu vor, dass Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson auch dann eintritt, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird. Das bedeutet, dass zwar die Ausübung mehrerer Pfllegetätigkeiten im Umfang von jeweils weniger als 14 Stunden wöchentlich zusammengerechnet werden und zur Versicherungspflicht für die Pflegepersonen führen, wenn in der Summe der Mindestumfang von 14 Wochenstunden erreicht wird. Eine Zusammenrechnung scheidet allerdings aus, wenn eine Pfllegetätigkeit im Umfang von mindestens 14 Wochenstunden und eine Pfllegetätigkeit im Umfang von weniger als 14 Wochenstunden ausgeübt werden. Die Gesetzesbegründung weist ausdrücklich auf dieses Zusammenrechnungsverbot hin.

Damit erfahren Pfllegetätigkeiten, die für einen Pflegebedürftigen im Umfang von weniger als 14 Stunden wöchentlich erbracht werden, eine unterschiedliche Bewertung bzw. Anerkennung, und zwar je nachdem, in welchem Umfang weitere Pfllegetätigkeiten ausgeübt werden. Diese unterschiedliche Bewertung mag hinsichtlich der Versicherungspflicht auf den ersten Blick hinnehmbar sein, weil die mehrfach tätigen Pflegepersonen, die schon einen Pflegebedürftigen im Umfang von mindestens 14 Wochenstunden pflegen, bereits rentenversicherungspflichtig sind. Die unterschiedliche Bewertung schlägt allerdings auch beitragsrechtlich durch; sie führt dazu, dass die neben einer Pfllegetätigkeit im Umfang von min-



destens 14 Wochenstunden ausgeübte Pflegetätigkeit im Umfang von weniger als 14 Wochenstunden keine beitragsrechtliche Anerkennung erfährt.

Die nur durch Zusammenrechnung mehrerer Pflegetätigkeiten eintretende Versicherungspflicht und die daran geknüpften Beitragspflichten der Pflegekassen erfordern auch ein Zusammenwirken der für die Beitragszahlung zuständigen Stellen. Von daher sollte die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, z. B. in § 44 SGB XI, in Erwägung gezogen werden, die zusätzlich zur Mitteilungspflicht der Pflegeperson eine Übermittlung der insoweit erforderlichen Daten zwischen den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen und ggf. den Festsetzungsstellen für die Beihilfe zulässt.

C) Änderungsvorschlag

Einführung einer Regelung für die Übermittlung von Daten zwischen den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Beitragszahlung in den Fällen, in denen nur durch Zusammenrechnung mehrerer Pflegetätigkeiten Versicherungspflicht eintritt.

Redaktionelle Anmerkung:

In dem eingefügten Gesetzestext muss es richtig heißen: „... mehrerer Pflegebedürftiger ...“.



Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchst. b

§ 3 Satz 2 Versicherungskonkurrenz bei Ausübung von Pflegetätigkeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung stellt zum einen als Folgeänderung zu Artikel 4 Nr. 1 Buchstabe a sicher, dass für den Vorrang der Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson vor der Versicherungspflicht als (erwerbstätiger) Arbeitnehmer die Höhe des von dem Pflegebedürftigen gewährten Arbeitsentgelts auch in den neuen Fällen der Zusammenrechnung von Pflegetätigkeiten auf die jeweilige einzelne Pflegetätigkeit und das hierfür gezahlte Pflegegeld abzustellen ist.

Zum anderen wird zusätzlich zu dem bestehenden Verweis auf § 37 SGB XI als Folgeänderung ein Verweis auf den neuen § 123 SGB XI, der als Übergangsregelung Pflegeleistungen (u. a. ein erhöhtes Pflegegeld) für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vorsieht, in den Satz 2 aufgenommen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung, die vom Grundsatz befürwortet wird. Da Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen auch künftig erst dann gewährt werden, wenn für die pflegebedürftige Person mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist, sollte mit Blick auf die hier ohne nähere Differenzierung erwähnte Neuregelung des § 123 SGB XI klargestellt werden, dass der Anwendungsbereich der in Rede stehenden Konkurrenzregelung in den Fällen des § 123 Abs. 2 SGB XI (Pflegeleistungen für Versicherte ohne Pflegestufe) nicht eröffnet ist.

C) Änderungsvorschlag

In den Änderungsbefehl wird hinter der Paragraphenangabe „123“ der Text „Absatz 3 und 4“ aufgenommen.



Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 166 Beitragsbemessung bei Ausübung mehrerer Pflegetätigkeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen stehen im Zusammenhang mit der Ausweitung dieses Personenkreises nach § 19 SGB XI (vgl. Artikel 1 Nr. 6) und den entsprechenden Änderungen in § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI (vgl. Artikel 4 Nr. 1).

Das Konzept der Änderung des § 166 sieht vor, dass für die Pflegepersonen, die nur deshalb in die Versicherungspflicht zur Rentenversicherung einbezogen werden, weil sie mehrere Pflegebedürftige jeweils weniger als 14 Wochenstunden pflegen, eine gesonderte und von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen sowie dem zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit unabhängige beitragspflichtige Einnahme in Höhe von 26,6667 Prozent der Bezugsgröße (als Gesamtbetrag für die verrichteten Pflegetätigkeiten) geschaffen wird. Für den Fall, dass die Pflegebedürftigen bei unterschiedlichen Pflegekassen versichert sind, wird zudem eine dem Umfang der einzelnen Pflegetätigkeiten entsprechende verhältnismäßige Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen und damit der Beitragslasten bestimmt.

Dementsprechend wird der vorgenannte Personenkreis der Pflegepersonen in die bereits geltenden Regelungen zu den beitragspflichtigen Einnahmen, einschließlich der verhältnismäßigen Aufteilung bei der Pflege durch mehrere Pflegepersonen, ausdrücklich nicht einbezogen. Stattdessen werden hierfür besondere Regelungen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Schaffung besonderer Regelungen zu den beitragspflichtigen Einnahmen des in Rede stehenden Personenkreises ist in verfahrenspraktischer Hinsicht zwar durchaus hilfreich. Sie führt in bestimmten Fällen im Ergebnis aber dazu, dass die im gleichen zeitlichen Gesamtumfang ausgeübten Pflegetätigkeiten eine unterschiedliche beitragsrechtliche Bewertung erfahren, je nachdem, ob die Pflegetätigkeit für einen Pflegebedürftigen oder (durch Zusammenrechnung) für mehrere Pflegebedürftige erbracht wird. Diese unterschiedliche Bewertung wird für problematisch erachtet.

Stattdessen sollte erwogen werden, die Pflegepersonen, die nur deshalb in die Rentenversicherungsversicherungspflicht einbezogen werden, weil sie mehrere Pflegebedürftige jeweils weniger als 14 Wochenstunden pflegen, gleichfalls in die heutige Regelung des § 166 Abs. 2 einzubeziehen. Damit würde eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend dem Verhältnis, in dem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit zum Gesamtpflegeaufwand steht, ermöglicht.



Ergänzend bedürfte es allerdings für den Fall, dass die Pflege nicht ausschließlich durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, sondern z. B. auch durch erwerbsmäßige Pflegefachkräfte bzw. Pflegedienste sichergestellt wird, einer flankierenden Regelung, nach der dieser weitere Pflegeaufwand (bis zur Höhe des Gesamtpflegeaufwands) ebenfalls in die Quotierungsregelung einbezogen wird. Damit wäre eine einheitliche Verfahrensweise für alle nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

In § 166 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Anwendung des Satzes 2 wird der Anteil des vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellten zeitlichen Umfangs der erforderlichen häuslichen Pflege, der nicht durch eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson abgedeckt ist, wie die Tätigkeit einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson berücksichtigt.“



Artikel 5 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen über das Inkrafttreten, welches im Grundsatz mit dem Tage der Verkündung eintritt. Für wenige Ausnahmen ist in Absatz 2 das Inkrafttreten zum 1. Januar 2013 vorgesehen, ebenso für die angestrebte Beitragssatzerhöhung.

B) Stellungnahme

Die Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen, die nur durch Zusammenrechnung mehrerer Pflegezeiten erreicht wird, erfordert seitens der Pflegekassen erheblichen Abstimmungs- und Regelungsbedarf hinsichtlich des Datenaustauschs zur Feststellung der Versicherungs- und (anteiligen) Beitragspflicht zwischen den beteiligten Pflegekassen oder mit den privaten Pflegeversicherungsunternehmen. Eine bereits mit dem Tage der Verkündung eintretende Versicherungspflicht ist trotz aller vorbereitenden Maßnahmen kurzfristig technisch nicht umzusetzen. Die Änderung sollte daher erst zum 1. Januar 2013 in Kraft gesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen über das Inkrafttreten in Artikel 5 Absatz 2 sind um die Punkte

- Artikel 1 Nummer 6,
 - Artikel 4 Nummer 1 und Nummer 2
- zu ergänzen.



III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 47a SGB XI – Befugnisnorm für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um hinreichende Rechtssicherheit zu schaffen, wird die Zulässigkeit der Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen und dem nach Landesrecht zuständigen Träger der Sozialhilfe klarstellend gesetzlich geregelt.

B) Stellungnahme

Im Rahmen von Prüfungen des Bundesrechnungshofes hat dieser darauf hingewiesen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen, insbesondere auch organisationsübergreifend, oft nicht feststellbar ist. Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, sei es unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personenbezogene Daten austauschen.

Voraussetzung hierfür sind gesetzliche Datenübermittlungsbefugnisse der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, wurden diesen Stellen im Rahmen des GKV-VStG zum 01.01.2012 im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt.

Über den Verweis in § 47a Satz 1 SGB XI auf § 197a SGB V gilt dies zwar entsprechend für die bei den Pflegekassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Dagegen bestehen auch weiterhin erhebliche Unsicherheiten, ob sich bereits aus dem geltenden Recht entsprechende Befugnisse zwischen den Pflegekassen und dem nach Landesrecht zuständigen Träger der Sozialhilfe (§§ 72 Abs. 2 Satz 1 und 75 Abs. 1 SGB XI) ergeben.

In der Literatur wurde zwar mit überzeugenden Argumenten vertreten, dass sich die Zulässigkeit der Übermittlung von Sozialdaten durch Sozialleistungsträger insbesondere im Rahmen von laufenden Ermittlungsverfahren gegen Verantwort-



liche von Pflegediensten wegen Abrechnungsbetrugs aus §§ 69 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 2 SGB X herleiten lasse (vgl. *Welke*, DÖV 2010, 175-180, siehe auch *Hartung*, NJW 1992, 211-214).

In der Verwaltungspraxis stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit der Übermittlung von Sozialdaten durch Sozialleistungsträger aber typischerweise nicht erst im Rahmen von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, sondern bereits bei der Ermittlung und Prüfung, ob überhaupt ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen gegeben ist, ohne dass dazu in jedem Fall auch die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft angezeigt wäre.

Die dafür erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse müssen deshalb explizit gesetzlich klargestellt werden.

- C) Änderungsvorschlag
a) § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

In § 47a SGB XI wird folgender Absatz 2 neu eingefügt:

„(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, auch an den nach Landesrecht zuständigen Träger der Sozialhilfe (§§ 72 Abs. 2 Satz 1 und 75 Abs. 1 SGB XI) übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

- b) § 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe

In § 97 b SGB XI wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

Sie erhalten Übermittlungsbefugnisse an die Stellen gemäß § 47a Abs. 2 SGB XI.



IV. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/9393)

Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen

Die Fraktion die LINKE erwartet eine grundlegende und umfassende Reform der Pflegeversicherung mit dem Ziel, volle gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu gewährleisten. Dazu sei ein Präventionsgesetz zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit erforderlich. Des Weiteren müsse der vom Beirat vorgeschlagenen neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden und selbstbestimmte Teilhabemöglichkeiten und Alltagskompetenz im Vordergrund stehen. Gleichzeitig müsse das Leistungsniveau der Pflegeversicherung zum Ausgleich des Realwertverlusts deutlich angehoben und jährlich regelgebunden dynamisiert werden. Dadurch könnten auch die Rahmenbedingungen für Pflegekräfte verbessert und Angehörige entlastet werden. Eine gerechte und stabile Finanzierung soll durch die Einführung einer solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung sichergestellt werden.

Stellungnahme

Die Verankerung von Prävention in einem Präventionsgesetz wird als nicht notwendig erachtet. Die Intentionen einer Stärkung präventiver Aktivitäten können auch ohne ein Präventionsgesetz und insbesondere ohne die damit einhergehenden organisatorischen Veränderungen realisiert werden. Die Wiederaufnahme der zu Recht nicht realisierten Planungen für ein Präventionsgesetz aus den Jahren 2005-2008 ließe befürchten, dass erneut Aufgaben von der öffentlichen Hand auf die Sozialversicherung verschoben, überflüssige Bürokratien etabliert und organisatorische Konstrukte kreiert werden könnten, bei denen Dritte wesentliche (Mit-) Entscheidungen über Beitragsmittel der GKV und weiterer Sozialversicherungszweige treffen.

Die Forderung nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entspricht dem fachlichen Konsens der Mitglieder des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Danach soll nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen der Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sein. Diese politische Richtungsentscheidung hat die Bundesregierung mit dem vorgelegten Gesetzentwurf nicht getroffen. Vielmehr hat sie im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Änderungen vorgenommen und gleichzeitig einen Expertenbeirat eingesetzt, um die ausstehenden Umsetzungsfragen zu klären. Es wäre wünschenswert gewesen, diese Fragen im Vorfeld zu klären.

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist ein wichtiges Anliegen der Pflegekassen. Sie leisten einen zentralen Beitrag bei der Betreuung und häuslichen Pflege. Dabei ist die seelische und körperliche Belastung häufig sehr hoch. Deshalb unterstützen die Pflegekassen alle Vorschläge, die zu einer wirklichen Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Die Pflegeversicherung bietet dazu schon heute Leistungen im Rahmen



der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Weitere Leistungen sind auch in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen.

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist professionelle Pflege ein wesentlicher Bestandteil. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflege nach aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt. Dafür bedarf es eines Zusammenspiels verschiedener Akteure (Bund, Länder, Kommunen, Einrichtungsträger, Pflegekassen etc.).



V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 17/9566)

Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest

Die Fraktion die BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert eine grundlegende Pflegereform, die eine wirkliche Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung strukturell und finanziell ermöglicht. Vor diesem Hintergrund spricht sie sich für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus. Das Leistungsvolumen der Pflegeversicherung soll mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um ca. 15 Prozent ausgeweitet werden. Zur Lösung der Schnittstellenproblematik soll eine Harmonisierung der Leistungen der Pflegeversicherung mit den Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe und der Eingliederungshilfe angestrebt werden. Darüber hinaus soll die Pflegeberatung in Zusammenarbeit mit den Ländern und Kommunen als zugehende, unabhängige und individuelle Pflege- und Wohnberatung weiterentwickelt werden und die Rolle der Kommunen bei dem bedarfsgerechten Ausbau der pflegerischen Versorgungsstrukturen gestärkt werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung pflegender Angehöriger zu ergreifen. Zum Personalmangel in der Pflege sollen gemeinsam mit den Ländern entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Außerdem wird die Einführung der Pflege-Bürgerversicherung verlangt.

Stellungnahme

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird auch seitens des GKV-Spitzenverbandes schon seit langem gefordert. Dafür ist ein strukturierter Prozess erforderlich. Dabei ist es auszuschließen, dass die Kosten von der Eingliederungshilfe auf die Pflegeversicherung und die Pflegebedürftigen verschoben werden (kein Verschiebebahnhof). Vor diesem Hintergrund kann ebenfalls eine Ausweitung der Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht nachvollzogen werden. Diese Regelung würde lediglich dazu führen, dass sich der Anteil der Pflegeversicherung an den Kosten in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Entlastung der anderen Leistungsträger erhöht, ohne dass sich dadurch der Leistungsumfang ändert.

Die Pflegekassen setzen sich bereits heute für die Entlastung pflegender Angehöriger ein, um die Gesundheit der Pflegenden zu schützen und Pflegebedürftigkeit und Krankheit vorzubeugen. Die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf im häuslichen Umfeld bedeutet häufig höchste seelische und körperliche Belastung für die Angehörigen. Deshalb unterstützen die Pflegekassen alle Bemühungen, die zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht dazu bereits auch einige Verbesserungen vor, auch wenn es noch an einem fachlichen Gesamtkonzept fehlt.



Die Pflegekassen sehen es als ihre originäre Aufgabe an, die Versicherten umfassend und hochwertig über alle im Fall der Pflegebedürftigkeit bestehenden Möglichkeiten zu informieren. Sie nutzen unterschiedliche Medien, um auf die Möglichkeiten der Pflegeberatung aufmerksam zu machen. Die Evaluation hat gezeigt, dass das Beratungsangebot der Pflegekassen positiv bewertet wird und alle Pflegekassen ihrem Auftrag nachkommen. Das zeigt sich auch in der steigenden Nachfrage nach Pflegeberatung der Pflegekassen. Die Pflegekassen entwickeln das Instrument der Pflegeberatung bereits heute vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Ländern und Kommunen kontinuierlich weiter. Insofern ist eine systematische Beteiligung der Länder und Kommunen nicht erforderlich. Das gilt umso mehr, als die Länder und Kommunen kaum eigene Erfahrungen mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beisteuern können, das sie an der Pflegeberatung nicht unmittelbar beteiligt sind.

Um den Bedarf an Pflegekräften für die professionelle Versorgung sicherzustellen, bedarf es dem Zusammenspiel einer Vielzahl an Akteuren (Bund, Länder, Kommunen, Einrichtungsträger, Pflegekassen etc.) und der Umsetzung von kurz- und langfristigen Maßnahmen. Diese müssen zugleich die Belange der bereits in der Pflege Tätigen als auch die Gewinnung des noch zu qualifizierenden Potenzials berücksichtigen. Von Bedeutung ist dabei die Weiterentwicklung der Pflegeberufe an die sich verändernden Herausforderungen des Berufsfeldes und an die aktuellen wissenschaftlichen Standards.

