

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0131(26)**  
gel. VB zur öAnöhrung am 30.09.  
15\_PSGII  
29.09.2015



## **Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften**

(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

### **- Stellungnahme des VDAB -**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf für ein Pflege-Stärkungsgesetz II.

#### Vorbemerkung

Bei dem vorliegenden Gesetzentwurf handelt es sich wohl um die tiefgreifendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung. Der VDAB hat in seinen Stellungnahmen zu den vorangegangenen Reformgesetzen immer wieder deutlich gemacht, dass auch Verbesserungen für professionelle Pflegeunternehmen und die professionell Pflegenden in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken müssen. Denn sie sind es, die täglich die Versorgung von 2,7 Mio. Pflegebedürftigen sicherstellen und sie sind es auch, die das entscheidende Scharnier für die Umsetzung von Verbesserungen für Pflegebedürftige sind.

...

Leider geht auch diese Reform weitgehend an Pflegeunternehmen und Pflegenden vorbei und stellt nicht nur ein Mal mehr die Leistungsverbesserung für Versicherte ins Zentrum, sondern betreibt sogar über die faktische Einschränkung der Wahlfreiheit durch eingeschränkte Leistungsbeträge eine Bedarfssteuerung vor allem zu lasten der stationären Versorgung. Besonders deutlich wird dies am neuen Leistungsbetrag für den Pflegegrad 2. Der im Vergleich zur Pflegestufe 1 deutlich abgesenkte Leistungsbetrag führt dazu, dass die prognostizierten 500.000 erstmals Anspruchsberechtigten aus finanziellen Gründen keine Option auf eine stationäre Versorgung haben werden. Dies gilt auch für alle Pflegebedürftigen, die in Zukunft dem Pflegegrad 2 zugeordnet werden.

Angesichts der immensen demografischen Herausforderungen, vor allem hinsichtlich der Versorgung der zunehmenden Zahl Demenzkranker, halten wir die Intention, Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 durch finanzielle Hürden systematisch aus der stationären Pflege fern zu halten, für falsch. Dies gilt umso mehr, als dass die Ressourcen der ambulanten Pflege bei weitem nicht ausreichen werden, um die Vielzahl der Betroffenen professionell zu versorgen und auch die Laienpflege ist keine fest planbare Größe hinsichtlich der Versorgungssicherheit.

Grundsätzlich begrüßt der VDAB den verbindlichen Einstieg in die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Allerdings wird der Erfolg für die Einrichtungen davon abhängen, ob in der Umsetzung eine leistungsgerechte Vergütung und eine angemessene Personalausstattung gesichert werden können. An dieser Stelle wollen wir besonders auf die Ausführungen zu den §§ 92c bis §92f verweisen. Für problematisch halten wir vor allem die Unvollständigkeit der Auffangregelung zur automatischen Überleitung der Pflegesätze hinsichtlich der Personalschlüssel. Dies birgt in der Umsetzung erhebliche Risiken.

Der VDAB begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber jetzt den Systemwechsel in der Pflegetransparenz einläutet. Die inhaltliche Begründung dafür deckt sich mit der konsequenten Haltung des VDAB seit 2011, die jetzt von der breiten Mehrheit geteilt wird. Kritisch sehen wir allerdings, dass viele Regelungen zu diesem Thema offensichtlich mehr vom Gedanken der Straffung und Disziplinierung getragen sind, als von den tatsächlichen inhaltlichen Notwendigkeiten.

Schließlich sehen wir den obligatorischen proklamierten Willen zum Bürokratieabbau und zur Minimierung des Erfüllungsaufwands für kaum umgesetzt. Auch der Erfüllungsaufwand ist zum Teil unvollständig dargestellt. Beispielsweise wurde beim Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger völlig übersehen, dass die Pflegebedürftigen ihre Verhinderungspflege beantragen müssen, weil seitens der Kassen ein Antragsverfahren etabliert wurde. Insgesamt werden die bürokratischen Anforderungen der Pflegekassen nicht dargestellt, denn dieser ist beispielsweise auch im Rahmen des § 38 a immens.

Insgesamt hätten wir uns gewünscht, dass das PSG II auch ein starkes Zeichen für die professionelle Pflege setzt. Dieses können wir allerdings im vorliegenden Entwurf kaum erkennen.

## Zu den Änderungen im Einzelnen:

### **§ 7            Aufklärung und Auskunft**

Der Gesetzgeber benennt die Leistung der Pflegekassen nicht mehr als Beratung, sondern als Auskunft. Dies trägt wohl der Realität Rechnung, dass von Kostenträgern keine neutrale und unabhängige Beratung zu erwarten ist.

Im Einzelnen werden den Kassen stattdessen viele Informationspflichten aufgegeben. Die Pflegebedürftigen bekommen also sehr viele Informationen und sollen damit dann zu den Stützpunkten gehen. Wir fragen uns, ob diese Informationsflut die Pflegebedürftigen nicht letztlich überfordert und der zusätzliche Schritt, sich an die Pflegestützpunkte zu wenden, nicht überlastet.

Für problematisch halten wir die Verpflichtung zur Erstellung von Leistungs- und Preisvergleichslisten. Zu den Preislisten stellt sich die Frage, wie denn die Preise im ambulanten Bereich vergleichbar gemacht werden sollen. Bis dato ist aufgrund der unterschiedlichen Vergütungsstrukturen (die ja nicht mal zwingend in einem Bundesland einheitlich sind) die Vergleichbarkeit jedenfalls nicht gegeben, was ein Grund sein mag, dass diese Vorschrift in der Vergangenheit nicht gelebt wurde (werden konnte). Eine Lösung könnte hier die zwingende Vereinheitlichung der Leistungs- und Vergütungsstruktur in den Landesrahmenverträgen nach §§ 75, 89 sein, Ausführungen siehe dort. Nicht minder problematisch ist der Leistungsvergleich. Ein qualitativer Vergleich scheidet mangels geeigneten objektiven Erhebungsinstrumenten aus und auch der Leistungsumfang wird sich angesichts gesetzlich bzw. vertraglich feststehender Leistungen auch nicht ergeben. Denkbar wäre allenfalls die Darstellung möglicher Spezialisierungen.

## **§ 7a Pflegeberatung**

Es steht zu befürchten, dass mit der Beratung durch die beabsichtigten Regelungen der Weg von Selbstbestimmung und Wahlrechten hin zu einer Steuerung geebnet werden soll. Die Mittel dazu sind der Versorgungsplan und die zukünftig erforderliche Richtlinie zur Pflegeberatung. Ein weiterer Beleg für große Einschnitte in die Selbstbestimmung ist die beabsichtigte Regelung, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu verpflichten, für die von ihnen betreuten ratsuchenden Leistungsbezieher regelmäßig auch die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 in der eigenen Häuslichkeit darauf hin durchzusehen, ob sich hieraus Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation ergeben. Bei Vorliegen entsprechender Hinweise sollen sie aktiv eine Beratung anbieten und – auf Wunsch des Versicherten – auf eine Genehmigung von Versorgungsplan für notwendig erachteten Maßnahmen durch den jeweils zuständigen Leistungsträger hinwirken.

Wo bleibt da die Eigenentscheidung und Autonomie des Versicherten? Und rein praktisch: Wie soll der Datentransfer der Beratungsergebnisse aus § 37 Abs. 3 von der Pflegekasse an den Pflegeberater verlaufen? Selbstbestimmung über die eigenen Daten und die selbstgewählten Leistungen sind dadurch in Gefahr.

Wir sehen den Wunsch des Gesetzgebers, eine Kontinuität in der Beratung durch den bisherigen Prozess zu erreichen, gleichzeitig weisen wir an dieser Stelle aber auch auf die Notwendigkeit hin, einen Prozess zu integrieren, der die Kontrolle der Beratungstätigkeit dauerhaft sicherstellt. So ist eine regelmäßige Berichtspflicht ein Schritt in die richtige Richtung. In diesem Bericht sollten aus Sicht des VDAB Determinanten verpflichtend verankert werden, welche eine unabhängige Beratung und Neutralität widerspiegeln. Nur so würden Unstimmigkeiten in der Beratung zeitnah aufgedeckt werden und eine entsprechende Neutralitätskontrolle der Beratung erfolgen, was auch im Sinne der Versicherten wäre.

Eine Gelegenheit zur Stellungnahme des VDAB zur Ausgestaltung dieser Berichtsinhalte aus Leistungsanbietersicht würden wir daher begrüßen.

### **§ 7c            Pflegestützpunkte**

Dass die Pflegestützpunkte innerhalb des Gesetzes nur eine neue Verortung erfahren haben, geht aus unserer Sicht nicht weit genug. Bereits in vergangenen Stellungnahmen haben wir zum Ausdruck gebracht, dass wir in der Einführung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten eine überflüssige Doppelstruktur sehen.

Jeder Versicherte kann heute aus einer Vielzahl von Angeboten – alle kostenlos – auswählen. Er kann wählen zwischen mündlich-telefonisch, mündlich-persönlich, schriftlich-konkret und schriftlich-allgemein. Er kann sich von kommunalen, überregionalen und Landesinstitutionen beraten lassen und natürlich von jedem privaten Leistungserbringer und er hat hierbei die Wahl zwischen ambulant und stationär.

So vollzog sich der Aufbau der Pflegestützpunkte nur in kleinen Schritten: Nach der gesetzlichen Verankerung der Pflegestützpunkte wurden Millionen Fördergelder für deren Aufbau in der Vergangenheit kaum abgerufen.

Was Notwendigkeit und Sinn von Pflegestützpunkten angeht, spricht diese Tatsache für sich. Jeder Euro, der zusätzlich in eine normierte und regulierte Beratung fließt, ist verschwendetes Versichertengeld.

Der Informationssuchende sollte die Wahl haben, wem er in Bezug auf die Beratung vertraut und wen er in diesem Kontext für neutral hält. Die Beratung an einen geschlossenen Anbieterzirkel zu vergeben mit Tendenz zum Kostenträger, halten wir nicht für sinnvoll und hat sich angesichts der Entwicklung bei den Pflegestützpunkten offensichtlich auch nicht als Erfolgsmodell erwiesen.

Aus unserer Sicht sind Pflegestützpunkte gänzlich verzichtbar. Da mittlerweile aber Strukturen geschaffen sind, die eine Abschaffung unrealistisch machen, empfiehlt es sich aus unserer Sicht, allenfalls Bestandsschutz für die alten auszusprechen und keine neuen Pflegestützpunkte zuzulassen.

## **§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen**

Pflegeeinrichtungen müssen das Recht haben, sich durch ihre Vereinigungen bei Durchführung von Verhandlungen vertreten zu lassen.

Damit einhergehen Änderungsvorschläge in § 85 Abs. 1 (stationär) und in § 89 Abs. 1 (ambulant), wonach Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze bzw. eine Leistungs- und Vergütungsstruktur ambulanter Leistungen zwischen der Pflegeeinrichtung **bzw. seiner Vereinigung** und den Leistungsträgern zu vereinbaren sind, vgl. dortige Anmerkungen.

## **§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

Der VDAB begrüßt im Grundsatz die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Notwendigkeit der Einbeziehung von kognitiven Einschränkungen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit war fachlich und sozialpolitisch längst unumstritten. Die Akzeptanz dieser grundlegenden Systemumstellung wird allerdings davon abhängen, dass in der Öffentlichkeit klar kommuniziert wird, worin die Verbesserungen liegen und dass mit der Reform insbesondere keine generelle Leistungsausweitung und in den meisten Fällen auch keine finanzielle Besserstellung verbunden ist. Denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nur in Gesamtzusammenhang des Leistungsrechts zu verstehen. Dies führt beispielsweise dazu, dass auf Grund des niedrigen

Leistungsbetrags im neuen Pflegegrad 2, Pflegebedürftigen schon aus finanziellen Gründen der Zugang zur stationären Pflege faktisch verwehrt wird. Daran ändert dann auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nichts.

Ein weiterer entscheidender Punkt der Umsetzung ist die Ausgestaltung der neuen Begutachtungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbands. Erst die auf dieser Basis gelebte Einstufungspraxis der Medizinischen Dienste wird zeigen, ob die Pflegebedürftigen auch in vollem Umfang vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff profitieren. Hinsichtlich der Anpassung der Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit an das neue Begutachtungsassessment hat der VDAB im Zusammenhang mit der Richtlinienerstellung bereits in unserer Stellungnahme im Rahmen der Expertenanhörung vom 20.05.2015 (Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.1) hingewiesen, dass den Leistungserbringern unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor dem Antrag auf Genehmigung an das Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben werden sollte. Diese Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Richtlinientext einzubeziehen und die Institutionen des Beteiligungsverfahrens über die daraus resultierenden Änderungen zu informieren.

Der VDAB begrüßt, dass seine Vorschläge Eingang in den Referentenentwurf gefunden haben.

Der VDAB begrüßt, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18 c wissenschaftlich evaluiert wird. Hierbei werden Maßnahmen und Ergebnisse der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a untersucht. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.



Wir sehen ebenfalls gerade im Hinblick auf die fundamentalen Änderungen der Strukturen die Notwendigkeit für eine Evaluation des Systems. Im Hinblick auf die zu erwartenden strukturell-personellen und finanziellen Auswirkungen auf die Einrichtungen sprechen wir uns dafür aus, in engmaschigen Abständen von den Experten Zwischenberichte erstellen zu lassen. Nur so kann kurzfristig und zu einem früheren Zeitpunkt auf Fehlentwicklungen reagiert werden. Diese Zwischenberichtszeitpunkte sollten bereits im Gesetzentwurf verankert werden. Gleiches gilt aus Sicht des VDAB auch für Regelungen zu dem Informationsfluss der Berichts- und Zwischenberichtsergebnisse an die Akteure.

#### **§ 18 Abs. 6a                    Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Die Antragstellung auf Bewilligung der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel soll zukünftig unmittelbar auf die im Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen aufsetzen. Der Antrag gilt bei Zustimmung des Versicherten bzw. seines/seiner Betreuer/in oder Bevollmächtigten aus diesem Grund mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als „gestellt“. Dies stellt für die Versicherten eine erhebliche Erleichterung dar, aber auch für die Pflegedienste, die hier oft als Ansprechpartner fungierten, tatsächlich aber bei Untätigkeit der Pflegekassen/Krankenkassen nichts ausrichten konnten.

Die Pflicht der Pflegekasse, den durch das Gutachten übermittelten Antrag unverzüglich zu entscheiden und das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 SGB V oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 zu vermuten, sind kluge Entscheidungen des Gesetzgebers.

Die Regelung dient nicht nur der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und der Pflegekasse und unterstützt die Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Pflegekassen und MDK, sondern stellt weitestgehend sicher, dass der Versicherte überhaupt zu seinem Recht kommt.

### **§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Der VDAB begrüßt die fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Der vorliegende Referentenentwurf und die Begründung beinhalten derzeit keine Informationen zu der Übertragung der Evaluationsergebnisse in die Branche und unter anderem hier auch nicht zu dem neu einzurichtenden Qualitätsausschuss. Dies sollte sowohl in prozessualer wie auch zeitlicher Hinsicht vom Gesetzgeber geregelt werden.

Wir würden eine engmaschige Berichtspflicht begrüßen, hierauf haben wir in § 14 (Begriff der Pflegebedürftigkeit) hingewiesen.

### **§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1**

#### **Abs. 1**

Der Grundsatz, die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2-5 zu gewähren, aber auch bei geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich zu hinterlegen, ist begrüßenswert.

Sinnvoll ist, dass die Ansprüche erstmalig an einem Ort aufgelistet werden. In der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass darüber hinaus noch medizinische Reha und Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen in Anspruch genommen werden können. Aus unserer Sicht besteht kein Grund, diese Ansprüche nicht auch direkt im Gesetz konsequent mit aufzuzählen. Gerade die Klarstellung hinsichtlich der medizinischen Reha wäre sinnvoll, denn der Kreis mit Pflegegrad 1 ist prädestiniert hierfür.

### **Abs. 2 und Abs. 3**

Hier möchten wir klarstellend darauf hinweisen, dass es sich bei den 125 EUR um eine Erstattungsleistung handelt und gerade nicht um eine (ambulante oder stationäre) Sachleistung. Deshalb könnte der Verweis auf § 36 zu Missverständnissen führen. Hilfreich wäre, die Leistungen direkt aufzuzählen.

Formulierungsvorschlag:

„(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste ~~im Sinne des § 36~~ **für körperbezogene Pflegemaßnahmen, Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung** sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 eingesetzt werden.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen ~~Zuschuss~~ **Erstattungsleistung** in Höhe von 125 Euro.“

### **§ 30                    Dynamisierung, Verordnungsermächtigung**

Es ist zu begrüßen, dass die Prüfung der Anpassungsnotwendigkeit auf 2020 festgelegt ist. Für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen ist es von zentraler Bedeutung, dass Pflege für den Betroffenen bezahlbar bleibt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass es zu keiner schleichenden Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung kommt. Wünschenswert wäre eine jährliche Überprüfung des Anpassungsbedarfs. Ziel muss es sein, den Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung stabil zu halten. Die gesetzliche Dynamisierung kann aber nicht über den langen Zeitraum, in dem kein Inflationsausgleich erfolgt ist, hinwegtäuschen.

### **§§ 36, 37            Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung, pflegerische Betreuungsmaßnahme**

Die bisherige Beschränkung auf bestimmte körperbezogene Verrichtungen entfällt. Damit besteht freie Wahl der Leistungen. Dass die im Einzelfall sichergestellte Grundpflege erfüllt sein muss, wird in Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konsequenterweise aufgegeben. Die Gleichbehandlung von somatischen, psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen ist uneingeschränkt richtig und längst überfällig.

Neben der gesetzlichen Regelung selbst und der Gesetzesbegründung soll der Begriff der häuslichen Pflegehilfe und somit die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung nähere Ausgestaltung erfahren durch weitere Quellen: Die Gesetzesbegründung nennt die Bundesempfehlungen und Rahmenvereinbarungen nach § 75 und die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113.

Dass die Gesetzesbegründung im gleichen Atemzug das Gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften nennt, geht jedoch fehl. Das Leistungsrechtliche Rundschreiben hat keine normierende Wirkung, sondern ist lediglich eine einseitige Erklärung des Gesetzes aus Sicht eines Kostenträgers. Wiederholt hat sich auch schon gezeigt, dass Erläuterungen im Rundschreiben einer rechtlichen Überprüfung nicht standgehalten haben.

#### **§ 36 Abs. 4 Pflegesachleistung**

Eine Einzelpflegekraft kann auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den vollen Sachleistungsanspruch ausschöpfen. Weil Einzelpflegekräfte nicht den Regelungen der professionellen Pflege unterliegen, verbindet sich damit unsere Grundsatzkritik hinsichtlich Ungleichbehandlung und Wettbewerbsverzerrung, vgl. Anmerkungen zu § 77.

#### **§ 37 Abs. 3 Vergütung von Beratungseinsätzen**

Die Überarbeitung wird dazu genutzt, die Regelung zu den Beratungsbesuchen nach Absatz 3 und auch in Absatz 5 und 7 weiterzuentwickeln, wie die Begründung ausführt. Es sei nicht daran gedacht, die Zielsetzung der Beratung nach dieser Vorschrift grundlegend zu ändern oder zu erweitern.

Leider ist aber auch nicht daran gedacht, die Unterfinanzierung dieser wertvollen Leistungen gesetzlich endlich geradezurücken. Stattdessen werden nur die Qualitätsansprüche höher geschraubt. Das müssen Pflegeunternehmer und Pflegende als zynisch empfinden.

Anhand dieser Regelung wird besonders deutlich, wie es um die Wertschätzung der Pflege in finanzieller Hinsicht bestellt ist. Trotz der sowohl vom Minister wie vom Staatssekretär

angekündigten besseren Bezahlung der Pflegekräfte ist die gesetzliche Realität eine andere. Wer für einen Beratungseinsatz einer Pflegefachkraft höchstens 33 Euro für angemessen hält, zeigt, wie er den Wert von Pflegearbeit einschätzt. Angesichts des tatsächlichen Aufwandes war und ist die Deckelung der Kosten auf diesem Niveau völlig unangemessen.

Der VDAB fordert vor diesem Hintergrund eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung des Beratungseinsatzes. Davon ausgehend, dass ein Beratungseinsatz im Schnitt 45 Min zzgl. Anfahrt und Verwaltung dauert, ergibt sich eine Vergütung in Höhe von ca. 85 EUR als Mischkalkulation über alle Pflegestufen. Angesichts des tatsächlichen Aufwands muss die Erhöhung um 1 Euro für Pflegekräfte und Einrichtungen wie Hohn klingen.

### **§ 37 Abs. 5                    Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsleistungen**

Die Qualität der Beratungsleistungen soll immer höher geschraubt werden, die Pflegeversicherung will dafür aber nicht mehr bezahlen.

Diese Ansprüche sind überhöht und sind ein Schlag ins Gesicht der professionellen Pflege.

Wenn es hier zu einer Ausweitung der Anforderungen kommt, dann bedeutet dies auch eine Verpflichtung zur angemessenen Refinanzierung.

### **§ 38a                    Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**

#### **Abs 1 Nr. 3            überarbeitet durch das PSG I**

In der Begründung der letzten Änderungen im PSG I aus dem Gesundheitsausschuss wurde von diesem betont, dass „die Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen wächst“ und diese Wohngruppen „dem Wunsch nach privater und häuslicher Pflege Rechnung tragen“.

Deshalb war es aus Sicht des VDAB nicht nachvollziehbar, dass kurzfristig zahlreiche Regularien vom Gesetzgeber aufgenommen wurden, welche das Leben in Wohngruppen nach Gesetzeseinführung nicht erleichterte, sondern zahlreiche Flexibilisierungen nahm. So war es nicht überraschend, dass sich in den letzten Monaten in der Praxis – nach Einführung des neuen §38a – Umsetzungsschwierigkeiten einzelner neuer Regularien zeigten.

Da der Gesetzgeber durch seine Formulierung in der damaligen Begründung bereits auf mögliche Anpassungen im PSG II hinwies („Das Anwachsen der Zahl und der Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen für die pflegerische Versorgung stellt auch die Frage, wie die Qualität der konzeptionellen Grundlagen, der pflegerischen Versorgung und der Betreuung in dieser Versorgungsform sichergestellt werden kann. Daher ist mit Blick auf die zweite Stufe der Pflegereform zu prüfen, wie die dazu notwendigen pflegfachlichen Entwicklungen unterstützt und ob in die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege entsprechende Regelungen eingefügt werden müssen.“) haben wir eine Anpassung derzeit problematischer Regelungen erwartet.

Wir mussten nun feststellen, dass einzig eine zusätzliche Regelung zur Qualitätsprüfung aufgenommen wurde, nicht jedoch die Kernprobleme der neuen Regelung gelöst wurden.

Mit dem PNG war der Anspruch ins Gesetz aufgenommen und klargestellt, dass der Zuschlag für den Einsatz einer Präsenzkraft bestimmt werden soll.

Durch das PSG I wurde gefordert, dass, „eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist“.

Der alte Wortlaut sah also nicht vor, dass die „Person“ von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist („in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist“) – konnte also auch vom Pflegedienst/Anbieter gestellt werden.

Aus der Änderung ergeben sich verschiedene ungeklärte Fragen:

- Was passiert, wenn 3 von 10 Mitbewohnern eine andere Person gemeinschaftlich beauftragen? Vom Wortlaut her entfielen dann der Anspruch. Ist das gesetzgeberisch intendiert?
- Muss ein neuer Mitbewohner dann dem Gemeinschaftsentscheid beitreten – der Schuldnergemeinschaft? Oder ist es erforderlich, dass die Gemeinschaft bei Mitbewohnerwechsel „die Person“ immer wieder neu beauftragt?
- Muss die Person immer versuchen, mit allen Personen der Gemeinschaft etwas gemeinsam zu tun, oder kann die Person auf Wunsch auch mit einem Bedürftigen alleine, z.B. spazieren gehen?
- Zudem taucht ein schwerwiegendes, **sozialversicherungsrechtliches Problem** auf, nämlich das Problem der Scheinselbstständigkeit. Denn eine wirklich selbstständige Tätigkeit kann wegen Weisungsgebundenheit hinsichtlich Ort, Zeit und Inhalt der Tätigkeit der „Person“ gar nicht vorliegen. Wenn aber offensichtlich keine Institution, wie der Pflegedienst oder eine Agentur, sondern eine natürliche Person beauftragt werden muss, würde die Gemeinschaft (als Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GbR) unweigerlich Arbeitgeber der „Person“ werden? Die Neuregelung kann, im Ergebnis, wegen wissentlicher oder unwissentlicher Beschäftigung einer unmöglich „selbstständigen Präsenzkraft“ und daraus folgender Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträgen Schwarzarbeit fördern.

Das PSG II wäre eine gute Gelegenheit, Unklarheiten, die durch das PSG I ins Gesetz gekommen sind, zu bereinigen. Wir schlagen vor, wieder von „Präsenzkraft“ zu sprechen. Dann wäre klar, dass es sich um eine/n Mitarbeiter/in des beauftragten Pflegedienstes handeln kann und das ist eine unbürokratische und die risikoärmste Variante für den Pflegeversicherten, der keine sozialversicherungsrechtlichen Pflichten als Arbeitgeber eingehen will.



#### § 38a Abs. 1 Nr. 4

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gem. § 41 können, neben den Leistungen nach § 38a, nur in Anspruch genommen werden, wenn - gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist - dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Dies wird damit begründet, dass beklagt werde (sicherlich haben sich hier die Pflegekassen beklagt), dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde. Mit der Änderung soll derartigen Kombinationsmöglichkeiten der Boden entzogen werden, ohne den Mitgliedern von ambulant betreuten Wohngruppen den Zugang zu Leistungen der teilstationären Pflege zu verschließen.

Genau dies wird hier aber geschehen: Die Tagespflege dient der Unterstützung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Ein Anspruch besteht nach dem Gesetz, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann **oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist**. Das muss für alle Arten der häuslichen Versorgung gelten. Willkürlich Wohngruppen herauszunehmen und eine Sonderregel zu schaffen, über dessen Leistungsumfang der MDK entscheiden darf, ist eine nicht nachvollziehbare Benachteiligung und gerade keine Stärkung von Wohngruppen, wie sie doch eigentlich beabsichtigt ist. Der Pflegedienst ist nur Gast/Dienstleister in einer Wohngruppe, deshalb kann eine Versorgungsart nicht verweigert werden.

## **§ 38a Abs. 2 Anforderungen von Unterlagen durch die Pflegekassen**

Mit Unverständnis stellen wir fest, dass an den bürokratischen Hindernissen und den datenschutzrechtlichen Eingriffen festgehalten wird.

Ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigte der Gesetzgeber bei Einführung des Zuschlags im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), die „Erbringung von Nachweisen über entstandene Kosten (und damit verbundene Buchführungen)“ zu vermeiden, weil dies „zu bürokratisch wäre und insbesondere selbst organisierten Wohngruppen nicht gerecht“ würde. „Die Leistung wird pauschal (ebenso wie das Pflegegeld) zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt. ... Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird bewusst verzichtet.“

Mittlerweile hat sich der Anspruch mit seinen Anforderungen zu einem **„bürokratischen Verhinderungsmonster“** entwickelt. So dürfen der Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses und Vorname/Name/ Anschrift/Telefonnummer der beauftragten Person angefordert werden. Hier bestehen aus unserer Sicht schwerwiegende datenschutzrechtliche Bedenken.

Der VDAB hält die Regelung insgesamt für unnötig. Die Entwicklungen um die Heimgesetze in den Ländern haben bereits verdeutlicht, dass der Einbezug neuer Wohnformen in das Prüfreime von Staat und / oder Kostenträgern zu Verwerfungen führt. Denn hier zeigt sich immer wieder der Widerspruch zwischen der strukturellen Anforderung an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf der einen Seite sowie dem staatlichen Schutz- und Kontrollanspruch auf der anderen Seite. Tatsache ist, dass es sich in jedem Fall um eine ambulante Wohnform handelt, die in Privaträumen stattfindet: Es stellt sich also die Frage nach der grundsätzlichen Rechtfertigung von externen Prüfungen und Nachweispflichten abseits der originären Pflegeleistungen. Denn die angesprochenen Wohnformen sind in Abgrenzung zu stationären Einrichtungen ja gerade nicht institutionalisiert und sollen es rechtlich auch nicht sein.

Somit sind diese Wohnformen keine Einrichtungen und deshalb, hinsichtlich ihrer Struktur, eigentlich keiner externen Kontrolle zugänglich. Es sei denn, man ersetzt Selbstbestimmung durch externe Standards. Dies hält der VDAB allerdings für den falschen Weg. Vielmehr sollte man die neuen Wohnformen das behandeln, was sie sind – eine ambulante Versorgungsart. Das bedeutet, dass letztlich nur die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes einer Qualitätssicherung und auch einer Qualitätsprüfung unterliegen kann. Die übrigen Belange sicherzustellen, ist Aufgabe der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

**Der VDAB schlägt deshalb vor, die Nr.6 zu Absatz 4 zu streichen.**

**§§ 41, 43      Weiterhin keine Kostenübernahme von Behandlungspflege durch Krankenkassen  
in der vollstationären Dauerpflege sowie in der Tages- und Kurzzeitpflege**

Der Referentenentwurf stellt in der Begründung zur vollstationären Pflege in § 43 ausdrücklich klar, dass es im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege keine Änderung gebe. Das ist bedauerlich. Der VDAB hat schon wiederholt kritisiert, dass die Finanzierung der Behandlungspflege aus Mitteln der Pflegeversicherung systemwidrig ist. Eine stichhaltige Begründung, warum man auch weiterhin an diesem Systembruch festhält, lässt der Referentenentwurf wohl auch deshalb vermissen, weil es keine gibt.

Wenn es also dabei bleiben soll, dass die Krankenkassen ohne Begründung auch weiterhin Finanzierungsverantwortung im vollstationären Bereich nicht gerecht zu werden brauchen, so wäre dies zumindest in der Kurzzeitpflege zu überdenken. Es wäre eine echte Unterstützung für Pflegebedürftige, die zum Beispiel gerade nach Krankenhausaufenthalten (sog. „blutige Entlassungen“) nicht nach Hause entlassen werden können. Diese haben aber großen behandlungspflegerischen Bedarf. Es wäre ein Geraderücken des Systems, dass sich hier die Krankenkassen nicht aus ihrer Verantwortung ziehen können.

## § 43 Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung

Abs. 1

### Neue Leistungsbeträge

Neben der unzweifelhaften Notwendigkeit der Neuregelung der Leistungsbeträge auf Grund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die konkrete Staffelung ein weiteres Indiz für die Ausweitung der Absicht des Gesetzgebers zur Leistungssteuerung: So ist insbesondere die Höhe des Leistungsbetrages im Pflegegrad 2, zusammen mit der Neugestaltung eines einheitlichen Eigenanteils (s.u. § 84) ein klarer Eingriff in die Wahlfreiheit des Versicherten durch den Aufbau finanzieller Hürden. Der VDAB hält dieses Vorgehen für nicht gerechtfertigt.

Abs. 3

Wählen Pflegebedürftige des Grades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie „zu“ den in Abs. 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 EUR monatlich.

Es ist inkonsequent, die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 unter den Sachleistungen zu benennen, da sie ja gerade keine Sachleistung, sondern einen Erstattungsbetrag erhalten sollen. Deutlich wird die fehlerhafte Systematik insbesondere durch den Verweis auf Abs. 2 „zu“ dem sie zusätzlich einen Zuschuss erhalten sollen – in Abs. 2 sind aber gerade nur die Pflegegrade 2-5 geregelt.

**Daraus folgt, dass Abs. 3 in § 43 zu streichen ist. Es verbleibt bei der ausreichenden Regelung in § 28a Abs. 3** (vgl. unsere Anmerkungen dort).

#### Abs. 4

Die bisherige Regelung, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewährt wird, halten wir für genauso wenig sinnvoll wie die geplante Neuregelung, nach der Pflegebedürftige der Pflegegrade 1-5 nunmehr einen Zuschuss in Höhe von 80 % des jeweiligen Gesamtwertes erhalten sollen.

Die Zielsetzung des Gesetzgebers ist klar und zieht sich wie ein roter Faden durch das PSG II – Pflegebedürftige sollen gesteuert werden. Das ist ein klarer Verstoß gegen die Gedanken an Selbstbestimmung und Wahlrechte. Dies wird am Beispiel des Pflegegrades 2 in der vollstationären Versorgung besonders deutlich. Pflegebedürftige werden dreifach „bestraft“, um sie in der ambulante Versorgung zu halten. Denn zukünftig müssen sich Pflegebedürftige in diesem Pflegegrad zum einen mit einem im Vergleich zur bisherigen Pflegestufe 1 um 28% geringeren Leistungsbetrag aus der Pflegeversicherung begnügen. Zum anderen droht ein Abschlag von weiteren 20 %, wenn die Pflegekasse keine Notwendigkeit für die stationäre Versorgung feststellt. Schließlich wird sich zusätzlich auch noch der neu eingeführte einrichtungsindividuelle einheitliche Eigenanteil finanziell nachteilig für niedrige Pflegegrade, insbesondere für den Grad 2 auswirken (s.u. Ausführungen zu § 84).

Mit dieser Regelung werden dem geschäftsfähigen Pflegebedürftigen selbstverständliche Wahlfreiheiten und Vertragsfreiheiten genommen. Ziel der Arbeit der Professionellen Pflege ist es, die Pflegebedürftigen so individuell wie möglich zu versorgen und zu betreuen. Das verlangt vom Gesetzgeber mehr Freiheit von Normierungen und nicht die Schaffung neuer Regelungen: Denn nach Ansicht des VDAB ist die Voraussetzung für den Versicherten, eine individuelle Pflege zu erhalten, dem Pflegeunternehmer über die Gesetzgebung Wahlmöglichkeiten zu eröffnen, ein Angebot für die Versicherten an den Markt stellen zu wollen und können. Mit Schaffung dieser Regelung erfolgt durch den Gesetzgeber eine gezielte Steuerung, da dem Versicherten die Wahlfreiheit genommen wird.

**Wir fordern eine freie Wählbarkeit von ambulanten oder stationären Leistungen. Abs. 4 ist ersatzlos zu streichen.**

### **§ 45 - Pflegekurse**

Die Pflegekassen werden verpflichtet, unentgeltlich Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen durchzuführen. Die positiven Erfahrungen zeigen, dass die Stärkung des Anspruchs auf Unterstützung der Pflegenden sehr begrüßenswert ist. Besonders erfreulich ist die Stärkung der individuellen häuslichen Schulungen, da die Kurse auf Wunsch in der Häuslichkeit stattfinden.

### **§45a Abs. 1 Nr. 1, § 45 c Abs. 1 (vgl. auch 82b Abs. 2)**

Der Gesetzgeber setzt weiter auf die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements. Dabei darf eines nicht vergessen werden: Ehrenamtlich Engagierte können durch Wohlfahrtseinrichtungen bis zu 2.400 EUR steuer- und sozialversicherungsfrei gewährt werden. Grundsätzlich begrüßt der VDAB die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements. Eine systematische Anbindung von Ehrenamt kritisieren wir aber scharf, solange es privaten Pflegeeinrichtungen nicht ermöglicht wird, die Übungsleiterpauschale zu gewähren. Das ist bisher nicht möglich und auch nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Die privaten Pflegeeinrichtungen sind hier klar benachteiligt, weil der Anreiz, für eine Wohlfahrtseinrichtung ehrenamtlich tätig zu werden, höher ist.

**Der VDAB fordert, dass das bürgerschaftliche Engagement unabhängig davon gefördert wird, bei welcher Einrichtung es erfolgt.**

### **§ 45a Abs. 4 (alt: § 45b Abs. 3)**

Bei Nichtausschöpfen des Anspruchs auf ambulante Pflegeleistungen können seit dem 1. Januar 2015 (PSG I) maximal 40 % des nicht genutzten Betrages für „niedrigschwellige Entlastungs- und Betreuungsangebote“ (jetzt: „Entlastungsbetrag“) verwendet werden.

Das schafft keine neuen Wahlrechte. Denn Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sind bereits heute Bestandteil des Angebots der Sachleistung. Anders als in der Gesetzesbegründung formuliert, geht es hier ausschließlich um die Ersetzung professioneller Pflege durch billige Leistungsangebote von z.B. Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen. Diese Angebote sollen nun auch noch mit Geldern der Pflegeversicherung finanziert werden. Es ist völlig unverständlich, dass die professionelle Pflege derartig überreglementiert bleibt, wenn auf der anderen Seite ein Bereich erheblich ausgeweitet wird, der völlig ohne staatliche Reglementierung auskommt. Dies gilt umso mehr, da absehbar ist, dass in der Praxis neben „Unterstützungsleistungen im Alltag“ auch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ erbracht werden.

Wir halten den Umwandlungsanspruch nicht zielführend, deshalb ist auch eine Evaluation aus unserer Sicht überflüssig.

Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass die Leistungen nach § 45b bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege „weiterhin“ keine Berücksichtigung finden. Diese Klarstellung ist erfreulich. Leider stimmt der Bezug nicht ganz: Der Verweis muss zu § 13 Abs. 3a (statt § 13 Abs. 3 Satz 1) hergestellt werden. Da sich in der Praxis durch Vorpreschen einzelner Städte bereits die ersten Streitigkeiten abzeichnen, die einen Verweis auf § 13 Abs. 3a für nicht einschlägig erklären wollen, wäre eine Klarstellung in § 45b (und nicht nur in der Begründung) begrüßenswert.

### **§ 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3**

Da Betreuung jetzt – wie bereits bislang die hauswirtschaftliche Versorgung – integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste ist und sich insoweit der Anwendungsbereich des § 36 im Zusammenspiel mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweitert und Leistungen umfasst, die zum Teil bislang als unter § 45b fallend betrachtet wurden, entfällt der bisherige „Sonderbereich“ für das Tätigwerden zugelassener Pflegedienste in § 45b. Eine Erstattung erfolgt dementsprechend für die Leistungen ambulanter Pflegedienste im Sinne des § 36, nicht jedoch – wie bereits bislang – für Leistungen, die in Bezug auf körperbezogene Pflege (bislang: „Grundpflege“) erbracht werden. Die entsprechende Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich hinsichtlich der Einführung einer Entlastungsleistung ausgesprochen hat. Ziel ist es mit der Verankerung eines separaten Betrages einen Anreiz zu setzen, dass Angehörige und andere Pflegepersonen tatsächlich entlastet werden, das ist konsequent.

Zur Formulierung im Gesetz schlagen wir vor, „nicht im Sinne von § 36“ aufzunehmen. Vielmehr sollte zur Unterscheidung der Leistungen vor dem Hintergrund maximaler Transparenz klargestellt werden, dass es sich nicht um eine Sachleistung handelt. Daher ist konkret zu beschreiben, um welche Leistungen es sich handelt: Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Umformulierung könnte lauten:

**„...Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von ...**

**Nr. 3 Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 nur für Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.“**



### § 45b Abs. 2 (§ 45a alt)

Die Leistung war und ist weiterhin als Antragsleistung ausgestaltet. Bei der jetzigen gesetzlichen Regelung haben wir im Rahmen der praktischen Umsetzung ein Problem mit der Übernahme der Kosten für entstandene Kosten im Bereich der sonstigen Betreuungsleistungen von unseren Mitgliedern erhalten.

Eine bundesweit tätige Pflegekasse übernimmt nicht die vollen Rechnungsbeträge, welche sich bei der Leistungserbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen ergeben haben. Diese beruft sich auf einen **Antrag**. Sie argumentiert, dass der Leistungsanspruch dann auch erst „ab Antragstellung“ bestehe. Ein in der Vergangenheit bereits angespartes Budget verneint diese. D. h., dass der Anspruch, welcher dem Versicherten seit Januar 2015 zusteht, erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung anerkannt wird.

Solche Streitigkeiten könnten vermieden werden. Um dem gesetzgeberischen Willen nachzukommen und Versicherte - ohne bürokratischen Streit - in den Genuss des Entlastungsbetrags kommen zu lassen, schlagen wir vor, dass § 45b nicht mehr als Antragsleistung ausgestaltet wird, sondern automatisch für jeden Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege gewährt wird.

- (2) „Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 ~~auf Antrag~~ von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem

Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

### **§§ 75, 89 ff Rahmenverträge – Leistungs- und Vergütungsstruktur (ambulant)**

Wir fordern aufgrund der Verhandlungserfahrungen in den Ländern eine Änderung des § 75. Es sollte landesweit eine (ambulante) Leistungs- und Vergütungsstruktur in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 vereinbart werden. Bisher ist die Leistungs- und Vergütungsstruktur Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 zwischen dem Pflegedienst und den Pflegekassen. Das heißt, ein Pflegedienst allein steht allen Landesverbänden der Pflegekassen gegenüber. Hierbei entsteht ein Ungleichgewicht: Wenn auf der einen Seite alle Landesverbände der Pflegekassen verhandeln, sollten auf der anderen Seite die Verbände der Einrichtungen für ihre Mitglieder verhandeln können. Das würde die Verbände und die Pflegedienste stärken und für „gleichlange Spieße“ sorgen.

In § 75 Abs. 2 wäre eine neue Nummer aufzunehmen:

#### **„(2) Die Verträge regeln insbesondere:**

##### **X. eine Leistungs- und Vergütungsstruktur“**

Im § 89 verhandelt dann die Pflegeeinrichtung individuell (wie bisher auch) den Punktwert und damit letztlich den (einrichtungseigenen) Preis.

**Daraus resultierend schlagen wir auch eine Änderung in § 89 Abs. 1 vor:**

„(1)Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird, ..., zwischen dem Träger des Pflegedienstes **bzw. seiner Vereinigung** und den Leistungsträgern... nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart.“ (vgl. auch Anmerkungen zu § 11)

**§ 77 Einzelpflegekraft**

Die Regelung zur Einzelpflegekraft wird zu unserem Bedauern nicht überarbeitet.

Derzeit arbeiten die professionellen Pflegekräfte in einem System vollständiger Überwachung. Es muss bei ihnen der Eindruck entstehen, dies ist nötig, damit sie nichts falsch machen. Diese Kultur des Misstrauens treibt viele Pflegekräfte aus der Pflege.

Die Pflegekräfte müssen ständig nachweisen, dass sie das, was sie in ihrer Berufsausbildung gelernt haben, auch wirklich anwenden. Die Tatsache, dass das Ergebnis der pflegerischen Arbeit den Anforderungen genügt, reicht nicht aus.

Doch damit nicht genug: Die Einzelpflegekräfte bleiben, nach ihrer Einführung 2008, weiter im Gesetz verankert. Eine Einzelpflegekraft kann, auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, den vollen Sachleistungsanspruch ausschöpfen (§ 36 Abs. 4), ohne den Regelungen der professionellen Pflege zu unterliegen. Der faire Umgang mit professionellen institutionellen Pflegeanbietern gebietet es, dass zumindest „gleiches Recht für alle“ gilt. Auch eine Einzelpflegekraft muss also verpflichtet sein, eine strukturell und praktisch **im gleichen Maße** qualitätsgesicherte Leistung erbringen (und nicht nur „irgendeine“ qualitätsgesicherte Leistung).

Nach unserer Kenntnis haben sich die Einzelpflegekräfte, unabhängig von ihrer Sonderstellung gegenüber ambulanten Pflegediensten, in der Praxis nicht als zusätzliches Angebot durchgesetzt.

**Der VDAB fordert deshalb, § 77 SGB XI zu streichen.**

## **§ 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

Es ist eine Besonderheit des Sozialversicherungsrechts, dass die Kostenträger das Recht haben, „die Wirtschaftlichkeit“ ihrer Vertragspartner zu überprüfen und ggf. sogar Sanktionen auszusprechen. Dies widerspricht jedem Grundsatz von Gleichheit vor dem Gesetz. Der VDAB verlangt daher die Aufhebung dieser Vorschriften im SGB XI (§ 79) und im SGB V (§ 132 Abs. 1 Ziffer 5). Er erhofft sich damit zugleich ein Signal des Bundes an die Länder. In den Heimgesetzen der Länder müssen ebenfalls alle Vorschriften entfallen, die den direkten Konkurrenten von privaten Einrichtungen (hier: den Kommunen und Kreisen), genaue Kenntnis der Kalkulationsgrundlagen des Betriebsaufbaus und der Ablauforganisation erlauben.

## **§ 82b Abs. 2 Ehrenamtliche Unterstützung**

Der Gesetzgeber setzt weiter auf die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements, wie es sich auch als roter Faden durch die Regelungen nach §§ 45a, 45 c ff zieht. Dabei darf eines nicht vergessen werden: Ehrenamtlich Engagierte können durch Wohlfahrtseinrichtungen bis zu 2.400 EUR steuer- und sozialversicherungsfrei gewährt werden. Grundsätzlich begrüßt der VDAB die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements. Eine systematische Anbindung von Ehrenamt kritisieren wir aber scharf, solange es privaten Pflegeeinrichtungen nicht ermöglicht wird, die Übungsleiterpauschale zu gewähren. Das ist bisher nicht möglich und auch nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Die privaten Pflegeeinrichtungen sind hier klar benachteiligt, weil der Anreiz, für eine Wohlfahrtseinrichtung ehrenamtlich tätig zu werden, höher ist.

**Der VDAB fordert, dass das bürgerschaftliche Engagement unabhängig davon gefördert wird, bei welcher Einrichtung es erfolgt. (vgl. Anmerkungen zu 45a Abs. 1)**

## **§ 84 Bemessungsgrundsätze**

### **Personalkennzahlen: Personalbemessung:**

Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind nach der Gesetzesbegründung von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge insbesondere die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu überprüfen und anzupassen. Dabei sind insbesondere bereits vorliegende Untersuchungen und Erfahrungswerte sowie handlungsleitende Verfahrensabsprachen zu berücksichtigen. Die Ausgestaltung der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen richtet sich nach den konkreten Gegebenheiten vor Ort und liegt bei den beteiligten Vereinbarungspartnern auf Einrichtungsebene. Um den heterogenen Bedürfnissen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Breite Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber keine starren Personalschlüssel vorgegeben. So können die unterschiedlichen Personalbedarfe besser berücksichtigt werden. Diese können sich unter anderem aus der Konzeption der einzelnen Pflegeeinrichtung ergeben, die einen höheren Arbeits- bzw. Personalaufwand erfordern. (Begründung S.60/61)

### **Absatz 2 Satz 2 / § 3 des Artikels 3 (Verfahren für die Umrechnung)**

#### **Einrichtungseinheitliche Eigenanteile**

Der VDAB hält die Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEA) für höchst problematisch für Einrichtungen, Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger.

Die Umsetzung der EEA soll sich nach der Gesetzesbegründung offensichtlich so darstellen, dass auf Basis eines prospektiven Versorgungsaufwands abzüglich der Summe der Leistungsbeträge ein arithmetisches Mittel errechnet wird, das dann für den Zeitraum einer Vergütungsvereinbarung als einheitlicher Eigenanteil dient.

Dieses Vorgehen wird zweifelsohne zu massiven Verwerfungen zu Lasten von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen führen:

1. Für Pflegeeinrichtungen stellen sich folgende Probleme:
  - a. Es ist nicht klar, was der Gesetzgeber mit „**Versorgungsaufwand**“ meint. Wir gehen davon aus, dass sich im Versorgungsaufwand die pflegebedingten Aufwendungen, widerspiegeln.
  - b. Ebenfalls unklar bleibt, nach welchen Parametern die **prospektive Ermittlung** des Versorgungsbedarfs erfolgen soll. Die Festschreibung von Leistungsbeträgen aus der Pflegeversicherung einerseits und des Eigenanteils andererseits, überträgt das Finanzierungsrisiko während des Vereinbarungszeitraums einseitig auf die Pflegeeinrichtungen. Denn sie können offensichtlich Verschiebungen in der Zusammensetzung der Pflegegrade, die von der prospektiven Planung abweicht, nicht gegenüber den Kostenträgern geltend machen, obwohl sie weiter zur Leistung entsprechend des Pflegegrades verpflichtet bleiben. Einrichtungen haben ein Recht auf leistungsgerechte Vergütung, die auch innerhalb des Vereinbarungszeitraums gewährleistet sein muss.
  - c. Die Einführung eines EEA führt auch zu einer Bedarfssteuerung zu Lasten stationärer Einrichtungen. Die **Ermittlung eines Mittelwertes** über alle Pflegegrade wird unweigerlich dazu führen, dass sich vor allem der Eigenanteil im Pflegegrad 2 im Vergleich deutlich erhöht und viel Pflegebedürftige davon abhalten wird, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen, obwohl sie ggf. eine stationäre Versorgung benötigen.

- d. Schließlich nimmt der Gesetzgeber über die Einführung eines EEA auch eine **erhebliche Wettbewerbsverzerrung** zwischen stationären Einrichtungen in Kauf, wenn er den Eigenanteil - als wichtiges Entscheidungskriterium für Pflegebedürftige - von der einrichtungsindividuellen Zusammensetzung der Bewohner hinsichtlich der Pflegegrade abhängig macht. Denn genau das tritt ein, wenn man den prospektiven Versorgungsaufwand für den EEA zugrunde legt. Die Planungssicherheit für Angehörige und Pflegebedürftige, mit der Gefährdung des wirtschaftlichen Fortbestands von stationären Einrichtungen zu erkaufen, ist keinesfalls hinnehmbar und rechtswidrig.
2. Für Pflegebedürftige bedeutet ein EEA:
- Für Pflegebedürftige in Pflegegrad 2, die ab dem 01.01.2017 sich für eine stationäre Versorgung interessieren**, werden von Gesetzeswegen die Hürden hoch gesetzt und damit die Wahlfreiheit deutlich eingeschränkt.

Fazit zur Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils:

Unter dem Deckmantel der Planungssicherheit für Angehörige und Pflegebedürftige etabliert der Gesetzgeber ein System zur Umstellung auf den EEA, bei dem alle Verlierer sein werden. Gleichzeitig vernebelt er den Blick auf den eigentlich Verantwortlichen für die Finanzierung – die Pflegeversicherung selbst. Denn es böte sich eine ganz einfache und vor allem auch systemkonforme Möglichkeit für die Umsetzung eines EEA. Man müsste sich nur auf die Grundausrichtung der Pflegeversicherung zurückbesinnen, die als „Teilkasko“ das Risiko der Pflegebedürftigkeit abfedern soll. Als Konsequenz könnte also in der derzeitigen Systematik der Refinanzierung der Kostenanteil für Unterkunft und Verpflegung als EEA festgeschrieben werden. Die pflegedingten Aufwendungen würden sich

dagegen in einrichtungsindividuellen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung wiederfinden. Das wäre eine konsequente und systemkonforme Lösung.

Dass dies politisch nicht gewünscht ist, liegt aus dem Blickwinkel der Planbarkeit von Kosten auf der Hand. Denn dahinter steht nicht zuletzt die fehlende eigene Bereitschaft, die finanziellen Konsequenzen innerhalb der Pflegeversicherung zu tragen. Jetzt allen anderen die Risiken und Nachteile der Umstellung auf einen EEA aufzubürden, nur um Pflegebedürftigen die Planbarkeit der Kosten als Fortschritt zu suggerieren können, halten wir für unvertretbar und im Hinblick auf die Einrichtungen für rechtswidrig.

**Der VDAB appelliert deshalb dringend an den Gesetzgeber, von der Aufnahme des Satzes 2 in den Absatz 1 Abstand zu nehmen.**

### **§ 84 Abs. 2 Beitragssatzstabilität (vgl. auch § 70)**

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es der ambulanten Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften, in Zeiten des eklatanten Fachkräftemangels. Über Jahre hinweg haben die Kassen unter Verweis auf diesen Grundsatz die Steigerung der Vergütungen/Pflegesätze auf die Höhe der Grundlohnsumme begrenzt. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegekräfte systematisch von Lohnsteigerungen abgekoppelt werden. Weiterhin steht dies im offenen Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach keine Berufsgruppe von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden darf. Die privaten Unternehmer in der Pflege und allen voran der pflegerische Mittelstand würde gerne mehr bezahlen. Tatsache ist jedoch, dass sie nur das an ihre Mitarbeiter weitergeben können, was sie von den Kassen vergütet bekommen.



Wir haben bereits heute einen Mangel an Pflegekräften. Das liegt sowohl an den Rahmenbedingungen als auch an der Bezahlung. Im Ergebnis gibt es für die Pflegekräfte derzeit wenig Anreize, im Beruf zu bleiben. Das ist für die professionelle Pflege insgesamt keine zufriedenstellende Situation. Vor allem, wenn man den Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zieht: Hier werden durch Gesetz Einkommenssteigerungen weit über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus beschlossen. Sonderzahlungen der Kassen in Milliardenhöhe gehen immer wieder an niedergelassene Ärzte und an die Kliniken. Die professionelle Pflege bleibt stets außen vor. Sie hat jedoch ein Recht, gleich behandelt zu werden.

**Aus diesem Grund muss aus Sicht des VDAB dieser Satz gestrichen werden.**

**Die gleiche Situation finden wir auch im SGB V-Bereich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen vor. Deshalb fordern wir auch die Streichung des § 71 SGB V, vgl. Anmerkungen dort.**

## **Überleitungsvorschriften für Pflegesätze (§§ 92 c bis f):**

### Vorbemerkung:

Der Expertenbeirat hat in seinem Abschlussbericht zu Recht darauf hingewiesen, „*dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beim Systemübergang eine Vielzahl an organisatorischen und administrativen Konsequenzen mit sich bringt*“. Aus Sicht des VDAB ist es für einen erfolgreichen Systemwechsel (besonders bei einer Stichtagsumstellung) von zentraler Bedeutung, dass nicht nur für Pflegebedürftige und die MDK-Gemeinschaft der Übergang klar, praktikabel und rechtssicher ist, sondern auch für die Pflegeeinrichtungen. Die Umstellung zum Stichtag 01.01.2017 darf für Pflegeeinrichtung nicht mit wirtschaftlichen, qualitativen oder rechtlichen Risiken verbunden sein, sondern muss sie in die Lage versetzen, nahtlos ihre Leistungen adäquat weiter erbringen zu können.

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

Wir sehen hinsichtlich folgender Punkte noch Klärungs- bzw. Konkretisierungsbedarf:

1. Inhalt und Rechtswirkung von Verhandlungen nach § 92c SGB XI.
2. Rechtliche Natur der Überleitung nach § 92d SGB XI.
3. Auswirkung der alternativen Umrechnung der Pflegesätze nach § 92e SGB XI im Hinblick auf die Personalausstattung, Wirtschaftlichkeit und Leitungsfähigkeit.

### Zu 1.: Inhalt und Rechtswirkung von Verhandlungen nach § 92c SGB XI

In § 92c SGB XI wird der Umgang mit laufenden und neu abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2016 geregelt. Hinsichtlich der Abgrenzung der Fälle nach den Sätzen 1, 2 und 3 bedarf es einer Klarstellung. Sowohl in der Regelung in Satz 1, als auch in der Regelung in Satz 2 wird auf Vereinbarungen abgehoben, die ab dem 01.01.2016 geschlossen werden. Der Unterschied scheint sich nur aus der Tatsache zu ergeben, dass die Vereinbarungen nach Satz 2 bereits dem neu gefassten § 84 Abs.2 SGB XI Rechnung tragen und diejenigen des Satzes 1 nicht. Sollte dies zutreffen, erschießt sich uns für die Fälle des Satzes 2 der Sinn einer Befristung bis zum 31.12.16 nicht. Mit dem Satz 2 hat der Gesetzgeber offensichtlich bewusst die Möglichkeit vorgesehen, in 2016 unterjährig Vergütungsvereinbarungen abzuschließen, die sowohl eine Vergütungsvereinbarung nach altem Recht für den Zeitraum bis zum 31.12.16, als auch eine Vergütungsvereinbarung mit Wirkung ab dem 01.01.2017 beinhalten. Nach unserem Verständnis würden diese beiden unabhängigen Vertragsbestandteile unter dem Dach einer einzigen Vereinbarung mit einer übergreifenden Vertragslaufzeit (z.B. 01.06.16 bis 31.05.17) erfolgen. Der Gesetzestext spricht allerdings davon, dass alle Vereinbarungen bis 31.12.16 gesetzlich befristet seien. Wenn dies bedeutet, dass nach dem Willen des Gesetzgebers alle Vereinbarungen auch formal zum 01.01.17 neu abgeschlossen werden müssen, so würde dies zu einer dauerhaften Gleichschaltung aller Laufzeiten stationärer Vergütungsvereinbarungen führen. Dies würde die Vereinbarungspartner definitiv überfordern und wäre ein Umsetzungsproblem auf Dauer.

Vorschlag zur Formulierung des § 92 c:

- (1) Pflegesatzvereinbarungen, die vor dem 01.01.2016 geschlossen worden sind, gelten unverändert fort. Sollte sich die Vertragslaufzeit in Einzelfällen über den 31.12.16 hinaus erstrecken, so endet die Vereinbarung abweichend durch gesetzliche Befristung zum 31.12.16. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die ab dem 01.01.2016 ohne inhaltliche Regelungen der neuen Anforderungen nach § 84 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen werden.**
- (2) Pflegesatzvereinbarungen, die ab dem 01.01.2016 unter Berücksichtigung der neuen Anforderungen nach § 84 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung zum 01.01.2017 geschlossen werden, gelten über den 31.12.2016 hinaus entsprechend ihrer Vertragslaufzeit fort.**
- (3) Für den vorgesehenen Übergang ab dem 01.01.2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92 d des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie für einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.**
- (4) Sollte im Einzelfall zum Zeitpunkt der Verhandlung auf Einrichtungsebene keine Vereinbarungen im Sinne des Absatzes 4 auf Landesebene bestehen, kann alternativ eine Individualvereinbarung mit Wirkung ab 01.01.2017 geschlossen werden.**
- (5) Ausgehend von den Vereinbarungen nach Absatz 3 oder 4 sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln.**

Einschätzung zur generellen Umsetzbarkeit der Neuverhandlung der Pflegesätze:

Ausweislich der Gesetzesbegründung präferiert der Gesetzgeber das Verfahren nach § 92 c gegenüber der alternativen Überleitung nach § 92 d und § 92 e. Dem steht allerdings der unrealistische Zeitplan für 2016 entgegen. Es ist nicht davon auszugehen, dass bis zum Stichtag 30.09.16 (§ 92 d) in allen Bundesländern alle Rahmenverträge für die stationäre und teilstationäre Pflege angepasst sind und gleichzeitig auch noch alle Einrichtungen ihre Vergütungsverhandlungen abschließen, die erst auf Basis der neuen Rahmenverträge erfolgen können. Daran ändern auch vorstehende vorgeschlagene Formulierungsänderungen nichts. Letztlich ist davon auszugehen, dass die alternative Überleitung nicht die Auffangregelung, sondern das Regelverfahren und die Neuverhandlung die Ausnahme sein wird.

Zur Vermeidung von Nachteilen für die Einrichtungen ist deshalb auf eine umfassende Regelung der Überleitung zu achten.

#### Zu 2.: Rechtliche Natur der Überleitung nach § 92d SGB XI

Nach § 92d sollen die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesätze „abgelöst“ werden. Völlig unklar ist, welches rechtliche Verfahren dieser Ablösung zugrunde liegen soll und wie die Zuständigkeiten sind. Relativ klar erscheint nur, dass es sich um keine Vereinbarung handeln kann, es sei denn, der Gesetzgeber leitet aus den Pflichten der Beteiligten nach § 92 f eine konkludente vertragliche Einigung zur Berechnungsgrundlage der Pflegesätze ab. Aus Sicht des VDAB ist jedenfalls klar, dass die Überleitung jedenfalls einem Rechtsschutz zugänglich sein muss, beispielsweise darüber, die Überleitung im Rahmen eines Verwaltungsaktes zu vollziehen. Unabhängig davon, wozu sich der

Gesetzgeber letztlich entschließt, ist jedenfalls eine rechtlich eindeutige Lösung in den § 92 d aufzunehmen.

Zu 3.: Auswirkung der alternativen Umrechnung der Pflegesätze nach § 92e SGB XI im Hinblick auf die Personalausstattung, Wirtschaftlichkeit und Leitungsfähigkeit

Die rechnerische Überleitung der Pflegesätze in der vollstationären Pflege entsprechend der Absätze 1 und 2 halten wir im Übrigen für angemessen.

Grundgedanke der Regelung zur alternativen Überleitung der Pflegesätze ist die Budgetneutralität. Es darf dabei allerdings nicht übersehen werden, dass diese nicht ausreicht, um Verwerfungen im Rahmen der Stichtagsumstellung zu vermeiden. Denn neben der Budgetneutralität muss auch eine angemessene Überleitung der Personalausstattung erfolgen. Hier haben die Regelungen in § 92 e schwerwiegende Lücken. Und der Verweis auf die Vereinbarungsebene kann hier nicht greifen. Denn § 92 e soll gerade im Gegensatz zu § 92 c eine automatische Überleitung unabhängig von Vereinbarungen auf Landes- oder Einrichtungsebene gewährleisten. Ist also davon auszugehen, dass zum Überleitungszeitpunkt keine angepassten Personalschlüssel vorliegen, muss § 92 e diese Lücke füllen und zwingend Regelungen zur Überleitung von Personal beinhalten. Denn Personalschlüssel stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den Pflegestufen und den zukünftigen Pflegegraden.

## **Budgetneutrale Überleitung der Pflegesätze unter Beibehaltung der bisherigen Personalschlüssel**

Geht man realistischer Weise davon aus, dass die Überleitung mangels Alternativen zum Stichtag anhand der bestehenden Personalschlüssel erfolgt, stellen sich einige praktische Probleme, die in § 92e nicht hinreichend gelöst werden. Wenn die 2016 geltenden Personalschlüssel in gleicher Weise übertragen werden sollen, wie Pflegestufen in Pflegegrade, stellt sich dies vor allem im Hinblick auf die vorgesehenen doppelten Stufensprünge von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz problematisch dar.

Mit dem doppelten Sprung im System der Pflegegrade ist dann automatisch auch ein doppelter Sprung in den zugehörigen Personalschlüsseln verbunden. Der sich daraus ergebende Personalmehrbedarf wird unter der Voraussetzung der Budgetneutralität nicht refinanziert.

Gleichzeitig wird auch das zusätzlich notwendige Personal in der Regel nicht zum Stichtag zur Verfügung stehen.

Für diese Gemengelage muss § 92 e eine Lösung anbieten, damit die Einrichtungen zum 01.01.2017 Planungssicherheit haben.

Denkbar sind aus unserer Sicht nur zwei Alternativen:

**1. Überleitung ohne Umsetzung des Personalmehrbedarfs**

§ 92 e wäre in diesem Fall um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

***Grundlage für die Ermittlung des ab dem 01.01.2017 vorzuhaltenden Personals sind die bis 31.12.2016 geltenden Personalschlüssel. Diese Pflegeschlüssel werden übergeleitet***

***a) Von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2***

***b) Von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3***

***c) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 4***

***d) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5, soweit die die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31.12.2016 geltenden Fassung bestehen.***

***Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung nach § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Basis neuer Verträge nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt bei der Ermittlung des Personalbedarfs ab dem 01.01.2017 der zusätzliche Personalbedarf, der sich auf Grund der Überleitung in die Pflegegrade ergibt, unberücksichtigt.***

Mit diesem Formulierungsvorschlag ist allerdings das Problem bei Prüfungen der Heimaufsichten nicht gelöst, denn die Regelung würde diese Behörden nicht binden. Folge wäre, dass die Heimaufsichten vor Ort formal eine Personalunterdeckung feststellen würden und die Einrichtungen zu einem Personalumfang verpflichten würden, der nicht refinanziert ist.



## **2. Überleitung mit Umsetzung des Personalmehrbedarfs**

Grundsätzlich präferiert der VDAB die Überleitung unter Umsetzung des Personalmehrbedarfs. Es ist Kernanliegen des PSG II, vor allem die Situation Demenzkranke zu verbessern. Die zwingende Folge einer entsprechenden Personalmehrung sollte sich deshalb auch in der Überleitung niederschlagen.

§ 92 e wäre in diesem Fall um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

***Grundlage für die Ermittlung des ab dem 01.01.2017 vorzuhaltenden Personals in der vollstationären Versorgung sind die bis 31.12.2016 geltenden Personalschlüssel. Die entsprechenden Pflegeschlüssel werden übergeleitet.***

- a) Von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2***
- b) Von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3***
- c) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 4***
- d) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5, soweit die die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31.12.2016 geltenden Fassung bestehen.***

***Die sich aus der Umstellung ergebenden Mehrkosten fließen in dem Umfang in die Umstellung der Pflegesätze ein, in welchem die Einrichtung das zusätzliche Personal auch tatsächlich vorhält.***

### **Überleitung der Pflegesätze in der teilstationären Pflege nach Absatz 3**

Grundsätzlich ist vorab festzustellen, dass eine Stichtagsbetrachtung, wie in Absatz 1 vorgesehen, als Grundlage für die Ermittlung von Pflegesätzen in der teilstationären Pflege völlig ungeeignet ist. Auf Grund der hohen Volatilität der täglichen Frequentierung ergeben sich aus einer Stichtagsbetrachtung allenfalls Zufallsergebnisse. Als Grundlage sollte deshalb die durchschnittliche Belegung, bezogen auf 6 Monate, dienen.

Hinsichtlich der fehlenden Überleitungsregeln für Personal ergeben sich die gleichen Probleme, wie in der vollstationären Versorgung. Auch hier wäre ein Personalmehrbedarf nicht refinanziert.

Aus Sicht des VDAB müsste es im teilstationären Bereich zu einer Überleitung in zwei Stufen kommen:

1. Stufe: Überleitung der Personalschlüssel
2. Stufe: Überleitung der Pflegesätze mit Äquivalenzziffern, die den Bezug zwischen Gesamtbudget und Aufwand pro Pflegegrad herstellen.

Zur Stufe 1:

#### **1. Alternative Überleitung ohne Umsetzung des Personalmehrbedarfs**

§ 92 e wäre um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

***Grundlage für die Ermittlung des ab dem 01.01.2017 vorzuhaltenden Personals sind die bis 31.12.2016 geltenden Personalschlüssel. Diese Pflegeschlüssel werden übergeleitet***

***a) von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2***

- b) von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3**
- c) von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 4**
- d) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5, soweit die die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31.12.2016 geltenden Fassung bestehen.**

**Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung nach § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Basis neuer Verträge nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt bei der Ermittlung des Personalbedarfs ab dem 01.01.2017 der zusätzliche Personalbedarf, der sich auf Grund der Überleitung in die Pflegegrade ergibt, unberücksichtigt.**

## **2. Alternative: Überleitung mit Umsetzung des Personalmehrbedarfs**

§ 92 e wäre in diesem Fall um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

**Grundlage für die Ermittlung des ab dem 01.01.2017 vorzuhaltenden Personals in der vollstationären Versorgung sind die bis 31.12.2016 geltenden Personalschlüssel. Die entsprechenden Pflegeschlüssel werden übergeleitet**

- a) Von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2**
- b) Von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3**
- c) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 4**
- d) Von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5, soweit die die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31.12.2016 geltenden Fassung bestehen.**

**Die sich aus der Umstellung ergebenden Mehrkosten fließen in dem Umfang in die Umstellung der Pflegesätze ein, in welchem die Einrichtung das zusätzliche Personal auch tatsächlich vorhält.**

Zur Stufe 2:

Der bisherige Absatz 3 des § 92 e wäre in einem Absatz 4 wie folgt neu zu fassen:

**(4) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze anhand wie folgt abgeleiteter Äquivalenzziffer (ÄZ):**

**ÄZ 3 = Personalschlüssel PG 3 / Personalschlüssel PG 2**

**ÄZ 4 = Personalschlüssel PG 4 / Personalschlüssel PG 2**

**ÄZ 5 = Personalschlüssel PG 5 / Personalschlüssel PG 2**

**Daraus ergibt sich folgende Überleitung:**

$$PSPG 2 = \sum PS / (PBPG 2 + PBPG 3 \times \text{ÄZ 3} + PBPG 4 \times PBPG 5 \times \text{ÄZ 5})$$

**Dabei ist die PSPG 2 der teilstationäre Pflegesatz 2 in Pflegegrad 2. Der Pflegesatz**

- 1. In Pflegegrad 3 entspricht dem ÄZ 3-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2**
- 2. In Pflegegrad 4 entspricht dem ÄZ 4-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2**
- 3. In Pflegegrad 5 entspricht dem ÄZ 5-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2**

Mit dieser Umrechnung wäre eine aufwandsneutrale Überleitung der Pflegesätze zum Stichtag 01.01.2017 gewährleistet.

## Änderungen im Elften Kapitel

### **Vorbemerkungen**

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Neuregelungen in den §§ 113 ff. SGB XI den Startschuss zur Neukonzeption aller relevanten Vereinbarungen zur Qualität auf Bundesebene geben. Wir teilen auch ausdrücklich die inhaltliche Zielsetzung des Gesetzgebers, Art und Inhalt der Qualitätserhebung und -darstellung neu aufzusetzen und dabei vor allem die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt zu rücken. Will man diese Ziele erreichen, gilt es allerdings, die Gründe für das Scheitern der bisherigen Bemühungen zu analysieren und die notwendigen gesetzlichen Konsequenzen zu ziehen. In der Gesamtschau der Neuregelungen fallen einige grundsätzliche Aspekte ins Auge, die nahelegen, dass nicht konsequent das Notwendige zur Zielerreichung geregelt werden soll, sondern die Straffung der Abläufe und die Disziplinierung der Beteiligten. Die strukturellen rechtlichen und die sich daraus ableitenden inhaltlichen Probleme werden dadurch nicht gelöst.

### **Probleme der Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und -darstellung aus dem gesetzlichen Status Quo**

Zentrales Manko ist, dass es keine einheitliche Quelle für die Definition, Messung und Darstellung von Qualität in der Pflege gibt. Historisch haben die Qualitätsprüfrichtlinien des GKV-Spitzenverbands Fakten geschaffen und ein kassenorientiertes Verständnis von Qualität in der Branche und in der Öffentlichkeit verankert. Mit Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der Regelungen zur Pflege transparency ist die beschränkte Aussagekraft von Qualitätsprüfungen auf Basis der Qualitätsprüfrichtlinien offensichtlich geworden. Denn die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der entscheidende inhaltliche Geburtsfehler der Pflege transparency die gesetzliche Verpflichtung war, die Kriterien der Pflege transparency auf Basis der Qualitätsprüfungsrichtlinien zu entwickeln.

Diese Erblast hat die Pflegeselbstverwaltung bis heute nicht abstreifen können und die Chance verstreichen lassen, die möglichen grundlegenden Änderungen zumindest im stationären Bereich umzusetzen. Dies ist zu Recht kritisiert worden. Insoweit ist uns zwar verständlich, dass der Gesetzgeber nun eine „Straffung“ dieser Strukturen anstrebt. Die konkrete Ausgestaltung, die der Selbstverwaltung eine reine Statistenrolle zuweist, halten wir allerdings für deutlich überzogen und auch fehlgeleitet. Denn die Abläufe und Reaktionszeiten der Selbstverwaltung sind nicht der

Kern des Problems, sondern die Tatsache, dass der gesetzliche Status Quo auch keine zeitnahe und konsequente Umstellung des Systems zulässt. Ein Gesetzgeber, der sich die Reform der Qualitätsmessung und –darstellung auf die Fahnen schreibt, sollte sich nicht in organisatorisch-funktionalen Reflexhandlungen verzetteln, sondern den Blick auf das tatsächlich Notwendige richten: eine zielgerichtete und regelungskonsequente Straffung der Richtlinien- und Vereinbarungsstruktur des gesamten Elften Kapitels SGB XI, mit der dann eine Straffung der Entscheidungsstrukturen fast schon automatisch einhergehen würde. Zielsetzung muss es sein, das anfangs erwähnte zentrale Manko der fehlenden einheitlichen Quelle zu beseitigen.

Der Dreiklang zwischen Maßstäben und Grundsätzen, Pflege-transparenzvereinbarungen sowie Qualitätsprüfungsrichtlinien hat sich als untauglich erwiesen und sollte bei einer Neuregelung des Systems ganz abgeschafft werden.

### **Vorschlag des VDAB**

1. Alleinzuständigkeit des neuen Qualitätsausschusses für alle Fragen zur Definition, Messung und Darstellung von Qualität in der Pflege
2. Zusammenführung aller bisherigen Quellen (Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsdarstellungsvereinbarung sowie Qualitätsprüfungsrichtlinie) zu einer Vereinbarung
3. Beibehaltung der Schiedsstelle als zentraler Konfliktlösungsmechanismus, dessen Spruch im Gegensatz zu den sog. „Festsetzungen“ des erweiterten Qualitätsausschusses justitiabel ist

### **Gute Gründe für eine Zusammenführung:**

1. Mehr Übersichtlichkeit für alle Beteiligten
2. Vermeidung von inhaltlichen Abgrenzungs- bzw. Überschneidungsproblemen
3. Konzipierung des neuen Gesamtsystems aus einem Guss
4. Einheitliche Zuständigkeit mit einheitlicher Mitwirkungs- bzw. Mitentscheidungsmöglichkeit
5. Hohe Akzeptanz für ein neues System und dessen Umsetzung

Letztlich wäre die Zusammenführung auch die konsequente Umsetzung der im Referentenentwurf vorgeschlagenen neuen Entscheidungsstrukturen. Denn wenn es schon eine neue Institution wie den Qualitätsausschuss geben soll, ist es wenig verständlich, warum dort nur isoliert über das Indikatorenmodell entschieden werden soll. Zumal er zusätzlich noch von einer qualifizierten Geschäftsstelle im Zuschnitt eines wissenschaftlichen Instituts unterstützt wird. Diese Mischung aus wissenschaftlicher Expertise der Geschäftsstelle sowie Erfahrungswerten aus der Praxis im Qualitätsausschuss soll nach unserem Verständnis des Gesetzestextes doch gerade eine neue Qualität der inhaltlichen Befassung in der Selbstverwaltung ermöglichen und den Gesamtprozess befördern. Da wäre es nur konsequent und richtig, Zuständigkeit und Inhalt zu bündeln.

Vor dem Hintergrund dieser grundlegenden Überlegungen sind die nachfolgenden Stellungnahmen zu den einzelnen Regelungsinhalten zu verstehen. Sie implizieren nicht die Zustimmung zum Gesamtsystem, sondern sollen die weiteren systemimmanenten Kritikpunkte aufzeigen.

### **§ 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze**

Es ist zu begrüßen, dass im neuen **Satz 2 des Absatzes 1** ausdrücklich auf den Anpassungsbedarf hinsichtlich der entbürokratisierten Pflegedokumentation verwiesen wird. Im Vorgriff auf die Umsetzung im Vereinbarungstext ist allerdings klarstellend darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem neuen Strukturmodell nicht um eine Musterdokumentation handelt und mithin auch keine Verpflichtung der Einrichtung zur Umsetzung besteht. Dem wird in der Neuformulierung Rechnung zu tragen sein.

Aus dem verbindlichen Zeitplan zur Neufassung der Maßstäbe und Grundsätze im für den ambulanten und stationären Bereich neuen **Satz 3 des Absatzes 1** wird deutlich, dass der Gesetzgeber der Entwicklung neuer Grundsätze zur Ermittlung und Darstellung hohe Priorität

einräumt. Diese Entscheidung begrüßen wir sehr. Nach Jahren des relativen Stillstandes wird damit vor allem den Kostenträgern verdeutlicht, dass es nicht um „das Ob eines Systemwechsels“ geht, sondern nur noch um das Wie.

Bereits die Altregelung des § 113 Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat ein wichtiges Signal gesetzt und wurde vom VDAB ausdrücklich begrüßt. Allerdings war die Umsetzung dieser Verpflichtung durch die Tatsache erschwert, dass bisher die rechtssystematische Anbindung an die §§ 114 und 115 fehlten. Dies führte letztlich dazu, dass die von der Selbstverwaltung vereinbarte Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nur unter dem Vorbehalt weiterer gesetzlicher Anpassungen gefasst werden konnte. Durch die singuläre Regelung im § 113 drohten in der Praxis Doppelstrukturen mit Qualitätsprüfungen einerseits und die Erhebung und Darstellung von Ergebnisqualität andererseits.

Diese Gefahr ist auch durch die geplante Neuregelung im **Absatz 1a** nicht gebannt. In den Maßstäben und Grundsätzen ambulant und stationär soll sich zwar die Beschreibung des jeweiligen „Gesamtverfahrens“ wiederfinden. Die weiteren Erläuterungen in der Gesetzesbegründung (insbesondere zu § 113b Absatz 4) weisen darauf hin, dass inhaltlich weiterhin zwei Strukturen aufeinanderprallen werden: Das verwaltungsrechtlich geprägte Verfahren der Qualitätsprüfungen und das sog. „Indikatorenmodell“. Auch mit der Neuregelung drohen also Doppelstrukturen mit einem erheblichen Mehraufwand für die Einrichtungen. Hier Bedarf es dringend eines klaren Statements des Gesetzgebers. Ein Gesamtverfahren darf aus dem Verständnis des VDAB heraus keinesfalls nur die Zusammenführung der bestehenden Strukturen sein, sondern erforderlich ist eine in sich stimmige Gesamtkonstruktion. Hier zeigt sich, wie sinnvoll die bereits einleitend angesprochene Bündelung von Zuständigkeit und Inhalt wäre. Denn letztlich gilt es mit dem Gesamtsystem sowohl die Qualitätsprüfung als auch die Qualitätsdarstellung zu gewährleisten.

Soll die bisherige Vereinbarungssystematik beibehalten werden, muss aus Sicht des VDAB in jedem Fall die Verbindlichkeit der Inhalte klar geregelt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Qualitätsprüfungsrichtlinie. In der Gesetzesbegründung zu Absatz 1a heißt es dazu zwar:

„Die Vereinbarungen stellen die Grundlage für die Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114a Absatz 7 sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a dar.“



Eine ausreichende Verbindlichkeit stellt dies weder inhaltlich noch rechtlich dar. Inhaltlich ist nicht gewährleistet, dass sich der Spitzenverband Bund bei der Richtlinienerstellung zwingend im Rahmen des Indikatorenmodells bzw. des Gesamtsystems bewegen muss. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass der Spitzenverband Bund und der MDS jede Gelegenheit nutzen, um ihr etabliertes Prüfsystem zu perpetuieren. Doppelstrukturen von Qualitätsprüfungen und Transparenzprüfungen sind aber zwingend zu vermeiden, allerdings durch die bisherige Formulierung des § 113 nicht ausgeschlossen.

Um rechtlich Wirkung zu entfalten, müssen Regelungen zur inhaltlichen Verbindlichkeit jedenfalls direkt in den Gesetzestext aufgenommen werden und nicht nur in die Begründung.

**Formulierungsvorschlag für einen neuen Satz 7 in § 113 Absatz 1** für den Fall der Beibehaltung der Qualitätsprüfrichtlinien und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen:

***„Die Vereinbarungen bilden hinsichtlich Inhalt und Systematik der Erhebung, Messung und Darstellung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege die abschließende Grundlage für die Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114a Absatz 7 sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a.“***

Die **Streichung des Absatzes 3** ist zusammen mit den Regelungen in § 113b verfassungsrechtlich mehr als bedenklich. Getrieben durch den bereits angesprochenen Willen zur Disziplinierung und zeitlichen Straffung schreckt der Gesetzgeber auch nicht vor der völligen Abschaffung jeglichen Rechtsschutzes zurück. Denn der Qualitätsausschuss (gleich, ob erweitert oder nicht) ist selbst nicht rechtsfähig und seine Entscheidungen sollen den Charakter von einstimmigen Beschlüssen haben, die ebenfalls keiner gerichtlichen Überprüfung zugänglich sind. (Näheres unten zu § 113 b).

Dies ist keinesfalls hinnehmbar und wäre bei tatsächlichem Inkrafttreten sicherlich gerichtlich zu überprüfen.

## § 113b Qualitätsausschuss

Diese Regelung bildet das Zentrum der Neustrukturierung der Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Nach **Absatz 1** sollen zukünftig die Vertragspartner über einen sog. „Qualitätsausschuss“ tätig werden und Beschlussgremium für die wichtigen Vereinbarungen rund um Qualitätsfragen sein.

### Besetzung des Qualitätsausschusses

Die Besetzung des Qualitätsausschusses soll nach **Absatz 2** dem der bisherigen Vertragspartner entsprechen und wird um die Verbände nach § 118 beratend erweitert.

Abgesehen von der fehlenden Entscheidungskompetenz über die Inhalte der Qualitätsprüfrichtlinie ist die Aufgabensetzung und Zusammensetzung konsequent.

### Konfliktlösung

Der neue Konfliktlösungsmechanismus in **Absatz 3** ist ein weiterer Beleg für den fehlgeleiteten Regelungszweck der Disziplinierung und zeitlichen Straffung um jeden Preis. Dazu passt die sehr verharmlosende Begründung für dieses Vorgehen: „Die bisher getrennt und zeitlich auseinandergesetzten Verfahren der Verhandlungen der Vertragspartner und des Schiedsstellenverfahrens werden verknüpft und in einem zusammenhängenden zügigen Prozess verbunden.“ Dass damit auch jede Form des Rechtsschutzes abgeschafft wird, der bisher gegenüber einem Schiedsspruch bestand, bleibt wohl bewusst unerwähnt. Dies ändert aber nichts an der rechtlichen Tatsache, dass es sich um einen Grundrechtseingriff handelt, der sich aus Sicht des VDAB nicht rechtfertigen lässt und abgesehen davon auch einer rechtlichen Grundlage bedarf, die an keiner Stelle Gegenstand der Neuregelungen ist.

**Wir appellieren deshalb an den Gesetzgeber, diesen Irrweg nicht fortzusetzen und das System der Schiedsstelle beizubehalten, wie es im Übrigen prägend für das gesamte Sozial- und Gesundheitswesen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn ausgerechnet im Pflegebereich eine Sonderregelung etabliert wird.**

### Zeitplan und Aufträge

In **Absatz 4** finden sich, neben dem durchweg ambitionierten Zeitplan auch konkrete inhaltliche Aufträge. Dies ist Ausdruck des neuen, aus Sicht des VDAB hoch problematischen Verständnisses der Rolle der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene. Die Vertragspartner sind nur noch Befehlsempfänger. Ihnen wird zeitlich und inhaltlich vieles vorgegeben und trotzdem stehen sie nach außen als Qualitätsausschuss allein in Verantwortung für das Ergebnis. Die Gründe der Straffung der zeitlichen und strukturellen Abläufe wirken da nur vorgeschoben.

Der vorliegende Gesetzentwurf beschreitet einen Weg, der einseitig zu Lasten der Selbstverwaltung geht und sie nur noch pro forma bestehen lässt.

Im Hinblick auf den ambitionierten Zeitplan teilt der VDAB ausdrücklich das Interesse des Gesetzgebers an einem zügigen System in der Pflege Transparenz und der Qualitätsprüfung insgesamt. Einschränkend sei allerdings darauf hingewiesen, dass feste und ambitionierte Zeitpläne schon bei Einführung der PTVA und PTVS zu unzureichenden Ergebnissen geführt haben. Dies sollte sich im Zuge des PSG II nicht wiederholen. Sicherlich ist dabei der ambulante und stationäre Bereich differenziert zu betrachten.

Für den stationären Bereich ist die wissenschaftliche Vorarbeit abgeschlossen, und es geht jetzt primär um die praktische Umsetzung. Diesbezüglich ist der Zeitplan sicherlich eng, aber durchaus umsetzbar.

Im ambulanten Bereich fehlen noch die grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, und es ist - anders als im stationären Bereich - nicht sicher, ob es überhaupt valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität für diesen Bereich geben kann. Mit der Regelung in **Nr. 3 zu Absatz 4** gibt man der Grundlagenforschung keinen ausreichenden Raum, denn im Zeitraum bis zum 31.03. 2018 ist auch noch eine vollständige Pilotierung durchzuführen und der Abschlussbericht zu verfassen. Rechnet man rückwärts, bliebe für Forschung und Entwicklung nur das Jahr 2016, in dem gleichzeitig der einfache und erweiterte Qualitätsausschuss konstituiert, die qualifizierte Geschäftsstelle nebst Geschäftsordnung geschaffen, sowie alle notwendigen Ausschreibungsverfahren für die Vergabe der wissenschaftlichen Expertise auf den Weg gebracht werden müssen. Diese organisatorischen Vorbereitungsarbeiten werden sicher mindestens 6 Monate in Anspruch nehmen. Letztlich bleiben also 6 Monate für die inhaltliche Grundlagenarbeit.

Dies wird dem Umfang der Neuentwicklung nicht gerecht.

**Der VDAB schlägt deshalb vor, den Wortlaut der Nr. 3 zu Absatz 4 wie folgt neu zu fassen:**

**„bis zum 31.12.2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität den von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließenden Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 30.09.2018 vorlegen;“**

In **Nr. 6 zu Absatz 4** werden die Vertragspartner verpflichtet, auch die Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu beauftragen.

Der VDAB hält dies für unnötig. Die Entwicklungen um die Heimgesetze in den Ländern haben bereits verdeutlicht, dass der Einbezug neuer Wohnformen in das Prüfreime von Staat und / oder Kostenträgern zu Verwerfungen führt. Denn hier zeigt sich immer wieder der Widerspruch zwischen der strukturellen Anforderung an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf der einen und dem staatlichen Schutz- und Kontrollanspruch auf der anderen Seite. Tatsache ist, dass es sich in jedem Fall um eine ambulante Wohnform handelt, die in Privaträumen stattfindet. Es stellt sich also die Frage nach der grundsätzlichen Rechtfertigung einer Qualitätssicherung, da die Wohnform in Abgrenzung zu stationären Einrichtungen ja gerade nicht institutionalisiert ist und rechtlich auch nicht sein darf. Somit ist die Wohnform als Ganzes eigentlich keiner Qualitätssicherung zugänglich, es sei denn, man ersetzt Selbstbestimmung durch externe Qualitätsstandards.

Dies hält der VDAB allerdings für den falschen Weg. Vielmehr sollte man die neuen Wohnformen als das behandeln, was sie sind – als ambulante Versorgung. Das bedeutet, dass letztlich nur die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes einer Qualitätssicherung und auch einer Qualitätsprüfung unterliegen können. Die übrigen Belange sicherzustellen, ist Ausfluss der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

**Der VDAB schlägt deshalb vor, Nr.6 zu Absatz 4 zu streichen.**

#### Finanzierung

Der VDAB begrüßt ausdrücklich, dass in **Absatz 5** klargestellt wird, dass die Aufträge an die Wissenschaft über § 8 Absatz 3 finanziert werden.

### Qualifizierte Geschäftsstelle

Der VDAB begrüßt es grundsätzlich, dass die Vertragsparteien durch **Absatz 6** zukünftig unmittelbaren Zugriff auf externen Sachverstand und Expertise haben sollen. Die Intention, mit der nun allerdings in Absatz 6 eine sog. „qualifizierte Geschäftsstelle“ etabliert werden soll, erschließt sich uns nicht.

Die Geschäftsstelle soll u.a. als Koordinierungsstelle dienen und in diesem Zuge sogar für die Vergabe und Bewertung der wissenschaftlichen Aufträge zuständig sein. Dies macht einmal mehr deutlich, dass den Vertragspartnern noch eine Statistenrolle zgedacht ist, denn die Vertragspartner geben den Startschuss und sind dann erst wieder bei der Verabschiedung der Ergebnisse gefragt. Die entscheidende Arbeit wird in der Geschäftsstelle erbracht.

Dazu wird das Anforderungsprofil an die Geschäftsstelle so gesetzt, dass es eher einem Institut als einer Geschäftsstelle gleicht. Auch das ist ein weiteres Indiz für das klare Zurückdrängen der Vertragspartner unter sprachlicher Vernebelung der Tatsachen.

Festzuhalten bleibt:

- Es handelt sich bei der qualifizierten Geschäftsstelle um alles andere als eine Geschäftsstelle, sondern um ein Ersatzgremium.
- Obwohl es eine Geschäftsstelle der Vertragspartner sein soll, haben diese kaum Einfluss auf deren Arbeit.
- Perspektivisch steht eine inhaltliche Entmündigung der Selbstverwaltung im Raum.

### **Der VDAB lehnt deshalb die qualifizierte Geschäftsstelle in der vorgeschlagenen Form ab.**

Sollte der Gesetzgeber mittelfristig vorhaben, ähnliche Strukturen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss aufzubauen, so sollte dies klar benannt und klar geregelt werden. Jetzt im Feldversuch zunächst mit dem Etikettenschwindel zu starten, ein Pseudo-Institut unter dem Deckmantel einer qualifizierten Geschäftsstelle zu etablieren, ist jedenfalls der falsche Weg.

### **Der VDAB fordert deshalb die Beibehaltung der Schiedsstelle.**

### Geschäftsordnung

In **Absatz 7** ist die Pflicht zum Abschluss einer Geschäftsordnung statuiert. Der VDAB hätte sich gewünscht, dass die sinnvollen Strukturen von verpflichtender Geschäftsordnung und vor allem eines unabhängigen Vorsitzenden für die Selbstverwaltung geregelt worden wäre und nicht nur für die qualifizierte Geschäftsstelle. Denn gerade das Fehlen dieser beiden Faktoren stand oft einer effektiven Arbeit der Selbstverwaltung entgegen.

### Prüfung durch das BMG

**Absatz 8** ist schließlich nicht nur ein Misstrauensbeweis gegenüber der Selbstverwaltung, sondern auch gegenüber den selbst geschaffenen neuen Strukturen. Denn es ist kein Platz für ein pauschales Veto-Recht des BMG, wenn man davon ausgeht, dass der Qualitätsausschuss und die qualifizierte Geschäftsstelle ihre Arbeit ernst nehmen.

Wenn allerdings durch Absatz 8 zum Ausdruck kommen soll, dass es ggf. noch eine eigene fachliche Expertise des BMG geben kann, so stellt sich die Frage nach dem grundsätzlich Sinn und Zweck der vorgelagerten Strukturen.

**Der VDAB schlägt deshalb vor, Absatz 8 ersatzlos zu streichen.**

## **§ 114            Qualitätsprüfungen**

### **Abs. 4**

Der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 113b Abs. 4 selbst davon aus, dass „mit Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und des Prüfungsgeschehens erforderlich“ ist. Allerdings geht die Notwendigkeit der Harmonisierung über reine Strukturierungsfragen hinaus. Es bedarf einer völligen Neukonzeption der Qualitätsermittlung und –berichterstattung. Der VDAB ist der Überzeugung, dass bei einer grundlegenden Reform die künstliche Trennung von Vereinbarungen auf Bundesebene und der Qualitätsprüfungsrichtlinie aufzuheben ist, um inhaltliche Widersprüche und einseitige Einflussnahme auf Umfang und Inhalt zu vermeiden.

Der VDAB fordert deshalb, Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sowie die Inhalte der QPR in eine einheitliche Vereinbarung auf Bundesebene zusammenzuführen und das Prüfmonopol der Prüfdienste gesetzlicher und privater Pflegekassen zugunsten einer Öffnung für alle zertifizierten Prüfinstitute aufzugeben. So käme es zu einer echten Reform des Qualitätsbereichs mit validen wissenschaftlichen Inhalten und tatsächlich neutralen Prüfungen.

#### **Abs. 5        Streichung der Kostentragung von Wiederholungsprüfungen durch Pflegeeinrichtungen**

Der Wegfall der Kostentragungspflicht der Einrichtungen ist konsequent und trägt den zahlreich geführten Rechtsstreitigkeiten mit den Kassen zu diesem Thema Rechnung. Der VDAB begrüßt diesen Schritt.

#### **§ 114a        Durchführung der Qualitätsprüfungen**

##### Unangemeldete Prüfungen

Bis heute ist kein Nachweis für den qualitätssteigernden Effekt unangemeldeter Prüfungen erbracht. Der VDAB hat sich deshalb in allen Stellungnahmeverfahren auf Bundes- und Landesebene immer für angemeldete Prüfungen ausgesprochen.

Offensichtlich sieht der Gesetzgeber die Prüfung im ambulanten Bereich durch eine kurzfristige Ankündigung nicht in ihrem Zweck gefährdet. Es kann nicht das entscheidende Kriterium sein, dass in der stationären Einrichtung in der Regel eine von der Pflege freigestellte PDL verfügbar ist. Vielmehr sollte es für den Gesetzgeber handlungsleitend sein, auf unnötige Skandalisierung und unnötige Bürokratie zu verzichten. Keine Einrichtung verändert sich über Nacht grundlegend, so dass gegen eine kurzfristige Ankündigung auch bei stationären Einrichtungen nichts spricht.

Misstrauen ist nicht im Interesse der Pflegebedürftigen, sondern Wertschätzung und Vertrauen entgegen zu bringen, statt Kontrollen und Bürokratie. Denn nur so werden sich in Zukunft genug Pflegekräfte finden. Das PSG II wäre für den Gesetzgeber eine gute Gelegenheit, diese Schieflage geradezurücken.

**Der VDAB fordert, dass generell angemeldet zu prüfen ist.**

### Prüfgrundlagen

Die Problematik der Harmonisierung bei unverändertem System der Vereinbarungen zeigt sich auch im § 114 a. Weder aus dem Gesetzestext, noch aus der Begründung geht klar hervor, welche konkrete Bindungswirkung die Maßstäbe und Grundsätze haben sollen. Auch das Stufenmodell von Daten aus dem Indikatorenmodell und ergänzenden (ersetzenden?) Informationen zur Struktur- und Prozessqualität bei gleichzeitiger Verpflichtung, in jedem Fall die Struktur- und Prozessqualität zu prüfen, erschließt sich uns nicht. Es darf nicht im Belieben des GKV-Spitzenverbandes als Richtliniengeber stehen, was er aus der Mischung von alter Qualitätsprüfung und neuem Indikatorenmodell macht. Ein Ermessensspielraum, wann die Informationen aus den Indikatoren ausreichend sind, kann schnell zum offenen Scheunentor werden, die Ergebnisqualität aus dem eigenen Prüfverständnis heraus systematisch nachrangig zu behandeln. Dies wird noch durch die Tatsache verstärkt, dass nicht geregelt ist, welche Bindungswirkung die Ergebnisse zur Ergebnisqualität auf den Umfang und den Inhalt der Qualitätsprüfungen insgesamt haben.

All diese Erwägungen sprechen auch hier für eine Zusammenführung aller relevanten Regelungen in einer einheitlichen Vereinbarung.

**Der VDAB schlägt deshalb vor, § 114a aufzuheben und dessen Inhalte in angepasster Form in die Regelungen nach § 113 SGB XI zu übernehmen.**

### **§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung**

Der VDAB setzt sich seit Ende 2010 konsequent für den grundlegenden Systemwechsel in der Pflegetransparenz ein. Deshalb ist es im Grundsatz zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun Verbindlichkeit für diesen Prozess schafft. Ebenfalls ist zu begrüßen, dass im stationären Bereich inhaltlich insbesondere auf die Ergebnisse des Modellprojektes des BMG verwiesen wird, denn sie bilden auch nach Ansicht des VDAB eine geeignete Grundlage, weshalb er auch schon 2011 im Abschlussbericht der Bonato-Kommission Vorschläge für konkrete Umsetzungsschritte auf dieser Basis gemacht hat.

Die vorgesehenen Inhalte Prozess-, Struktur – und Ergebnisqualität decken sich mit den langjährigen Forderungen des VDAB. Zur Erfassung der Struktur- und Prozessqualität hat der VDAB im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens konkrete Vorschläge für ein Nachweisverfahren gemacht.



Dies geschah vor dem Hintergrund, dass eine vergleichende und gestufte Darstellung für diesen Bereich kaum möglich erscheint. Dies sollte der Gesetzgeber im Auge behalten und ggf. in der Begründung weiterführend darauf hinweisen, da es sonst bei der Umsetzung der Vereinbarungen unterschiedliche Interpretationen des gesetzlichen Auftrages und unnötige Verzögerungen geben kann.

**Ungeachtet der hohen inhaltlichen Übereinstimmung bleibt die Forderung des VDAB auf Zusammenführung der Vereinbarung mit der QPR zu einer einheitlichen Vereinbarung.**

**Bis zur Vereinbarung eines neuen validen Transparenzsystem fordert der VDAB die Aussetzung der Prüfungen und Veröffentlichungen auf Basis der PTVA und PTVS.**

Weiterer Hinweis: Regelungssystematisch ist die Verpflichtung zur Anpassung an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt in § 115 zu streichen, da sich der Regelungsinhalt der Qualitätsdarstellungsvereinbarung auf die Darstellung der Qualität beschränkt. Die Anpassung an den Fortschritt muss sich aus unserem Verständnis heraus in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI wiederfinden.

### **Änderungen im SGB V**

#### **§ 37 – krankheitsspezifische Leistungen**

Es bleibt bei der doppelten Anerkennung der krankheitsspezifischen Leistungen, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI zu berücksichtigen sind und für die die Krankenkasse weiterhin aufzukommen hat. Das ist konsequent.

### **§ 37 Abs. 2 – Satzungsleistungen**

Die Krankenkassensatzung kann Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit auch mit Pflegegrad 1 im Sinn des SGB XI zulässig. Auch diese Folgeänderung aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist konsequent.

### **§ 71 – Beitragssatzstabilität**

Wir verweisen auf unsere Anmerkungen zu § 84 SGB XI. Die gleichen Überlegungen gelten auch für die Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern.

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen den Anstoß zu einer konstruktiven Diskussion über den Entwurf zum Pflegestärkungsgesetz II gegeben zu haben und freuen uns auf den fachlichen Austausch.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne im Rahmen der Erörterung und des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

**Thomas Knieling** (Bundesgeschäftsführer)