



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 12.10.2016**

**zum Gesetzentwurf
eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT–Drs. 18/9518**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetz	7
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 7b Beratungsgutscheine	7
§ 7c Pflegestützpunkte	9
§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung	12
§ 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder	15
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	16
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1	18
§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	19
§ 43a Inhalt der Leistung	21
§ 45b Entlastungsbetrag	22
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	24
§ 71 Pflegeeinrichtungen	26
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	27
§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen	33
§ 109 Pflegestatistiken	35
§ 113b Qualitätsausschuss	36
§ 114 Qualitätsprüfungen	38
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen	39
§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung	40
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat	40
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	42
§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	45
§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in häuslicher Pflege	47
Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung)	48
Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes)	49
Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)	50
Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	51
§ 37 Häusliche Krankenpflege	51
§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	52

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	53
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	55
§ 281 Finanzierung und Aufsicht	58
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	59
Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung).....	62
§ 2 Absatz 1	62
§ 3 bzw. § 7	64
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	65
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	65
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen	65
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	66
§ 45a Abs. 4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung	67
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	68
§ 79a Abrechnungsprüfungen	69
§ 97 Absatz 3 Satz 2 – neu	71
§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen	73
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	75
§ 115a Übergangsregelungen für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs- Richtlinien	76
Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	78
§ 38 Haushaltshilfen.....	78
§ 276 Absatz 2 Satz 5 – neu	80

I. Vorbemerkung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz – PSG III wird der Geltungsbereich des neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in das SGB XII (Sozialhilfe) übertragen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich diese Überführung als sachgerechte Folgeregelung der Pflegestärkungsgesetze I und II. Das Gesetz sieht außerdem die Einführung eines systematischen Prüfrechts vor, das künftig regelmäßige Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auch von Pflegediensten erlaubt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. Die Regelungen sind sachgerecht und werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes befürwortet.

Abgelehnt wird jedoch die Ausweitung der kommunalen Steuerungs- und Planungskompetenz in der Pflege auf Basis der Beschlüsse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Zur Frage der Rolle der Kommunen in der Pflege vertritt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich die Auffassung, dass bereits heute auf der Grundlage des geltenden Rechts die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen gemeinsam darauf hinzuwirken haben, eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Häufig mangelt es jedoch auf kommunaler Ebene an der konsequenten Umsetzung der Regelungsverantwortung auch aufgrund fehlender finanzieller Förderung seitens der Länder.

Der Weg für eine sinnvolle Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege liegt nicht wie im Gesetzentwurf vorgesehen in der Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen. Vielmehr ist ein gemeinsames Handeln im Rahmen der jeweiligen bereits gegenwärtig ausreichend geregelten Zuständigkeiten notwendig und möglich. Der Aufbau von Doppelstrukturen und Insellösungen ist nicht zielführend, unnötig Ressourcen bindend, schafft Bruchstellen und ist daher zu vermeiden.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen sieht der GKV-Spitzenverband besonders in folgenden Punkten Anpassungsbedarf:

- Die vorgesehenen Regelungen zu den **Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen** werden abgelehnt. Es ist nicht erkennbar, dass sich die Versorgungssituation der Versicherten dadurch verbessern wird. Dass im Rahmen der

Modellvorhaben neue Beratungsstrukturen aufgebaut werden sollen, obwohl diese Strukturen bei den Pflegekassen bereits bestehen, ist ordnungspolitisch verfehlt. Es wird eine Trennung von Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen, die Haftungsfragen aufwirft und zu aufwendigen vertraglichen Regelungen ohne erkennbare Vorteile für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen führen wird.

- **Beratungsgutscheine** der Pflegekassen sollen künftig auch bei kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden können. Allerdings soll der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zur Einhaltung der Anforderungen an die Pflegeberatung durch die Beratungsstellen bei den kommunalen Beratungsstellen entfallen. Diese Abweichung von der geltenden Regelung ist nicht nachvollziehbar. Es werden gleiche Rechte und Pflichten für die Beratungsstellen gefordert.
- Die **Einrichtung eines Pflegestützpunktes auf Initiative einer kommunalen Stelle** sollte nur gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass kostenintensive (z. B. wegen bereits vorhandener Beratungsstrukturen) Doppelstrukturen vermieden werden.
- Im häuslichen Umfeld sollen künftig die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen. Diese Regelung wird abgelehnt, da sie die Schnittstellenprobleme nicht löst und keinen Vorteil für die Versicherten bietet. Eine trennscharfe Zuordnung der Leistungserbringung ist aufgrund der gesetzlichen Formulierung nicht möglich und wird erhebliche Zuständigkeitsdiskussionen auslösen. An der bisherigen Regelung des **Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen**, die erprobt ist und sich etabliert hat, ist festzuhalten.
- Grundsätzlich begrüßt wird, dass **weitere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung** vorgesehen werden. Abgelehnt wird jedoch die geplante Regelung der gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene im Rahmen der Landesrahmenverträge nach § 75. Es ist nicht nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zu Lasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Eine solche Entscheidungsfindung steht in keiner Weise im Einklang mit dem Vorhaben zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges. Zu Recht untersteht die in der Gesetzesbegründung zitierte Abrechnungsprüfung für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes. Auch für die neue Regelung ist eine vergleichbare bundeseinheitliche Vorgehensweise vorzusehen.
- Dritten soll erstmals ein **Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen** eröffnet werden. Diese Regelung im Sozialgesetzbuch XI wird abgelehnt. Das Informationsfreiheitsge-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 6 von 81

setz und das Informationsweiterverwendungsgesetz regeln bereits die Weitergabe und
Weiterverwendung von Daten im Allgemeinen, so dass ein gesonderter Regelungsbedarf
nicht erforderlich ist.

Eine detaillierte Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf ist als Anlage beigefügt.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7b Beratungsgutscheine

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung des Abs. 2a werden die Beratungsstellen, die der Versicherte mit einem von der Pflegekasse ausgestellten Beratungsgutschein in Anspruch nehmen kann, um kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erweitert. Auch diese haben die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu berücksichtigen und die Beratungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu beachten. Jedoch wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zur Einhaltung der Anforderungen an die Beratung nach § 7a SGB XI explizit ausgeschlossen. Darüber hinaus werden ausschließlich Vereinbarungen über die Vergütung zwischen den Pflegekassen und den kommunalen Beratungsstellen vorgegeben. Dies steht im Gegensatz zu den verpflichtenden Vereinbarungen der Pflegekassen mit anderen Beratungsstellen, bei denen die Beratungsgutscheine eingelöst werden können. Diese haben zusätzlich Regelungen über die Anforderungen an die Beratungsleistungen und die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse für fehlerhafte Beratung entstehen, zu enthalten.

B) Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, dass das Gestaltungsrecht und der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen im Gegensatz zu den nichtkommunalen Beratungsstellen keine Anwendung finden soll. Die Pflegeberatung ist als leistungsrechtlicher Anspruch von Versicherten ausgestaltet und unterliegt damit den Rahmenbedingungen der Sozialen Pflegeversicherung, die für die Leistungserbringung Qualitätsanforderung vorsieht. Diese werden entweder durch die Vertragsparteien oder durch den GKV-Spitzenverband konkretisiert. Für die Pflegeberatung erfolgt dies durch die Pflegeberatungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbands nach § 17 Abs. 1a SGB XI. Zwar kann die Pflegeberatung von den Pflegekassen auf Dritte durch die Ausstellung von Beratungsgutscheinen delegiert werden, aber, anders als für die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach § 123 – neu, gelten hier die Qualitätsanforderungen an die Pfl-

geberatung und der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen. Dies gilt umso mehr als keineswegs nur Kommunen diese Aufgabe wahrnehmen dürfen, weil nicht gesetzlich ausgeschlossen wird, dass sie diese Aufgabe weiter an Dritte übertragen bzw. sich Dritter bedienen dürfen.

Insbesondere auch weil die Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes erst zum 31.07.2018 erlassen werden, ist bei der vorgesehenen Regelung fraglich, wie sichergestellt werden soll, dass die kommunalen Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a erfüllen.

In jedem Fall sollten dieselben umfänglichen Regelungen wie für die bisherigen Beratungsstellen nach § 7b auch für die neuen kommunalen Beratungsstellen gelten.

Damit die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen können, ist der Ausschluss der Aufgabenübertragung durch die kommunalen Beratungsstellen auf Dritte erforderlich.

Zur Klarstellung der unmittelbaren Verbindlichkeit der Pflegeberatungsrichtlinien sollten im Übrigen die hier genannten Beratungsstellen nach § 7b Abs. 2a in § 17 Abs. 1a Satz 1, wo u.a. geregelt wird, für wen die Richtlinien verbindlich sind, aufgeführt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2a ist wie folgt zu fassen:

(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossenen Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Abs. 6 entsprechend. Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie § 7a Absatz 6 gelten entsprechend. Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen sich zur Erfüllung der Aufgaben nicht Dritter bedienen"

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7c Pflegestützpunkte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Einfügung des Abs. 1a erhalten die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger ein auf fünf Jahre befristetes Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem Einzugsgebiet. In Abs. 2 wird klargestellt, dass die Pflegeberatung nach § 7a zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt.

In Abs. 6 wird die Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte und zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung geregelt. Nach Abs. 7 sollen die Länder ermächtigt werden, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass es zu keiner Rahmenvereinbarung nach Abs. 6 kommt. Abweichend soll den Rahmenvertragspartnern in Abs. 8 die Möglichkeit eingeräumt werden einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder zu bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages festhalten.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines Pflegestützpunktes auf Initiative einer kommunalen Stelle sollte gemeinsam mit den Pflege und Krankenkassen erfolgen (Kann-Regelung). Damit kann sichergestellt werden, dass in besonderen Fällen (z. B. wegen bereits vorhandener Beratungsstrukturen) Doppelstrukturen vermieden werden. Der Fünf-Jahres-Zeitraum zur Erprobung des Initiativrechts führt darüber hinaus zu Unsicherheiten hinsichtlich des Investments der Kranken- und Pflegekassen in den weiteren Auf- und Ausbau der Pflegeberatung. Eine zweijährige Begrenzung dieser Regelung ist ausreichend, um das Initiativrecht seitens der Kommunen ausüben zu können. Der Zwei-Jahres-Zeitraum sollte beginnen mit Inkrafttreten der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a.

Bereits nach geltendem Recht ist nach § 7a Abs. 1 SGB XI sicherzustellen, dass Beratung nach § 7a in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Es sollte in diesem Zusammenhang vielmehr klargestellt werden, dass auch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zu berücksichtigen sind.

Mit der Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte wird zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung implementiert. Die bisherige Praxis hat jedoch gezeigt, dass die Kann-Regelung zum Abschluss von Rahmenverträgen ausreichend ist. Darüber hinaus würden mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen in Verbindung mit der verpflichtenden Berücksichtigung von landesrechtlichen Bestimmungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten und mit dem Initiativrecht der Landesregierung, Schiedsstellen einzurichten (vgl. Absatz 7), kein ausgewogenes partnerschaftliches Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen mehr bestehen. Deshalb ist klarzustellen, dass bisherige Rahmenverträge fortgelten.

Für die Einrichtung einer Schiedsstelle besteht keine Notwendigkeit, weil die o. a. Rahmenverträge in der Vergangenheit auch ohne Zutun einer solchen zustande gekommen sind. Bisher oblag dem Land die Rolle als Moderator bei dissidenten Fragestellungen. Mit der Implementierung der Schiedsstellenregelung wird das Land aus seiner bisherigen Verpflichtung genommen, was in der Konsequenz zu einer erheblichen Ressourcenbindung bei Schiedsstellenmitgliedern führen würde. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum die Entscheidung, ob die den Inhalt des Rahmenvertrages zu bestimmen Schiedsstellen eingerichtet werden und deren Besetzung, allein Aufgabe der Landesregierungen sein soll. Üblich wäre die gemeinsame Bildung und Besetzung der Schiedsstellen mit den Landesverbänden der Pflegekassen (vgl. § 76 Abs. 1 und 2). Die hier geplante gesetzliche Regelung dagegen führt zu einem Ungleichgewicht zu Ungunsten der Pflegekassen per Gesetz, welches das ausgewogene vertragspartnerschaftliche Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen zunichtemacht.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften vom 1. August 2018 bis zum 31. Juli 2020 ~~bis zum 31. Dezember 2021~~ im Einvernehmen mit ~~von~~ den Pflegekassen und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt einrichten. ~~den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen.~~“

Abs. 2 Satz 1 Nr.1 wird wie folgt gefasst:

"Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI."

Absatz 6 ist wie folgt gefasst:

~~"(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die d~~Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. ~~Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 8 sind hierbei zu berücksichtigen.~~ In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Abs. 7 und 8 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen in § 8a zu Landespflegeausschüssen werden um Regelungen zu weiteren Ausschüssen auf Landesebene bzw. regionaler Ebene ergänzt. Hierzu werden die Absätze 2 bis 5 angefügt; die Überschrift wird entsprechend geändert.

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

In Absatz 2 werden unter anderen die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen verpflichtet, in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Der Ausschuss soll insbesondere Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der pflegerischen und medizinischen Versorgung beraten und Schnittstellenprobleme lösen.

(b) Regionale Pflegeausschüsse

Durch Absatz 3 werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, in regionalen Pflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Die regionalen Pflegeausschüsse sollen insbesondere Empfehlungen zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten abgeben.

(c) Datenübermittlung

Durch die Regelungen in Absatz 4 werden unter anderem die Pflegekassen und die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, an der Erstellung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur mitzuarbeiten (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Hierbei werden sie auch verpflichtet, Daten zu übermitteln, die ihnen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind.

(d) Umsetzung der Ausschussempfehlungen

Nach Absatz 5 haben die Landesverbände der Pflegekassen die Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung beim Abschluss der Versorgungs-, der Rahmen- und der Vergütungsverträge in der Regel einzubeziehen.

B) Stellungnahme

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Eine Mitwirkung der Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen ist sachgerecht und wird unterstützt.

(b) Regionale Pflegeausschüsse

Die Koordinierung der örtlichen pflegerischen Versorgung sollte nicht – wie in Absatz 3 vorgesehen – auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen, sondern in größeren regionalen Einheiten. Dies kann beispielsweise durch die Zusammenfassung von Landkreisen erfolgen. Eine Infrastrukturplanung sollte überregional angelegt sein.

(c) Datenübermittlung

Es ist zutreffend, dass die Ausschüsse für eine Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplänen auf eine solide Datengrundlage angewiesen sind. Diese Datengrundlage muss aber alle vorhandenen Daten zur Beschreibung der jeweiligen Versorgungsstruktur umfassen, folglich auch solche, die allein den Ländern vorliegen. Dies sind insbesondere Daten zu den Angeboten zur Entlastung im Alltag und den neuen Wohnformen. Sowohl die Anerkennung der Angebote zur Entlastung im Alltag als auch die teilweise vorhandene Anzeigepflicht nach den Landesheimgesetzen für neue Wohnformen liegt im Zuständigkeitsbereich der Länder. Daher ist für alle Mitglieder der Ausschüsse eine Verpflichtung zur Datenübermittlung gesetzlich zu verankern.

(d) Umsetzung der Ausschussempfehlungen

Da die Länder (Kommunen) verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur sind, kommt ihnen auch die Aufgabe zu, bei festgestellten Defiziten (Unterversorgung) durch Instrumente der Pflegeinfrastrukturförderung Angebote zu steuern. Die hierzu erforderlichen gesetzlichen Möglichkeiten der Förderung (§ 9) bestehen bereits und sind konsequent umzusetzen. Aufgabe der Länder ist es, die hierfür erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen. Es wird als sinnvoll erachtet, dass die Länder hierbei die Empfehlungen der Ausschüsse berücksichtigen. Eine wesentliche Aufgabe der Pflegekassen ist die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 69 und dessen Finanzierung im Rahmen der Leistungspflicht. Dem werden die Pflegekassen insbesondere durch die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten gerecht. Die Zulassung einer Pflegeeinrichtung erfolgt durch Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe. Jede Pflegeeinrichtung, die die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllt, hat weiterhin Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages; die entsprechenden Regelungen in §§ 72ff. bleiben unverändert. Darüber hinaus wäre eine Gewährung von eventuellen Vergütungszuschlägen zur Behebung von regional identifizierten quantitativen Versorgungsdefiziten nicht mit den Bemessungsgrundsätzen nach §§ 84 ff. vereinbar.

Die Pflegesätze stationärer Pflegeeinrichtungen und die Vergütungen für ambulante Leistungen müssen leistungsgerecht sein und sind für alle Pflegebedürftigen nach einheitli-

chen Grundsätzen zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund des marktwirtschaftlichen Prinzips der Sozialen Pflegeversicherung ist es fraglich, inwieweit Empfehlungen der Ausschüsse realisiert werden können. Eine Berücksichtigung dieser Empfehlungen im Vertragsgeschehen würde zu Rechtsunsicherheit führen. Vermeidbare Rechtsstreite wären die Folge.

C) Änderungsvorschlag

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Keiner.

(b) Regionale Pflegeausschüsse

In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "in Landkreisen und kreisfreien Städten" gestrichen.

(c) Datenübermittlung

In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder" durch das Wort "Mitglieder" ersetzt.

(d) Umsetzung der Ausschussempfehlungen

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

~~"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss von der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden. Ländern bei der Förderung der Pflegeinfrastruktur berücksichtigt werden."~~

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine jährliche Berichtspflicht der Länder zu Art und Umfang der Förderung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verankert. Diese umfasst auch Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten der Pflegebedürftigen.

B) Stellungnahme

Die Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder ist wesentlicher Bestandteil der Pflegeinfrastrukturgestaltung. Im Hinblick auf die gemeinsamen Empfehlungen nach § 8a ist es für die Vertragspartner des siebten Kapitels von grundlegender Bedeutung, Informationen über die Förderung der Pflegeeinrichtungen und die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen zu erhalten. Die Neuregelung wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Informationen an das Bundesministerium für Gesundheit sind entsprechend auf Landkreisebene auszuweisen und zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Der Bericht ist vom Bundesministerium für Gesundheit zu veröffentlichen."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a bb)

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Änderungen sollen der besseren Abgrenzung von Leistungen der Pflegeversicherung von denen der Eingliederungshilfe dienen, da sich insbesondere bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld künftig vermehrt Überschneidungen zwischen beiden Leistungsbereichen ergeben werden. Geregelt wird, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 SGB XI grundsätzlich vorrangig sind, es sei denn, dass bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Außerhalb des häuslichen Umfelds sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen.

B) Stellungnahme

Die Schnittstelle zur Pflegeversicherung wird als Vorrang-/Nachrangverhältnis formuliert, ohne dass die Abgrenzung der Leistungen nachvollziehbar und eindeutig ist. So ist die Definition des häuslichen Umfelds nicht frei von Interpretationen und lässt nicht zweifelsfrei erkennen, in welchen Konstellationen von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfelds auszugehen ist. Soweit maßgeblich sein soll, ob bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe oder die der Pflegeversicherung im Vordergrund stehen, ist auch hier eine trennscharfe Zuordnung nur schwer möglich, da sich die Bedarfe bei einer Vielzahl von Menschen mit Behinderungen überlagern dürften, insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich der Betreuungsleistungen. Des Weiteren ist fraglich, wer über den Schwerpunkt der Leistungserbringung entscheidet (Pflegekasse oder Träger der Eingliederungshilfe). In der Konsequenz führt das Nachrangigkeitsverhältnis der Eingliederungshilfe gegenüber der sozialen Pflegeversicherung zu größeren Schnittstellen zwischen sozialer Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe und wird zwangsläufig zu einer Leistungsverlagerung in die soziale Pflegeversicherung führen. Durch die bisherige Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen sind die Strukturen gewachsen. Die Einführung eines Vorrang-/Nachrangverhältnisses ohne eindeutige Leistungsabgrenzungen bricht diese gewachsenen Strukturen auf, es ist mit erheblichen Zuständigkeitsfragen zwischen Pflegekassen und Trägern der Eingliederungshilfe zu rechnen. Insofern sollte es bei der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen bleiben.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 17 von 81

rungshilfe und Pflegeleistungen bleiben. Da die Regelung inhaltsgleich der vorgesehenen Re-
gelung in Artikel 2 Nr. 5 zu § 63b SGB XII entspricht, ist ein Gleichrangverhältnis ebenso in
§ 63b SGB XII (neu) vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen. An der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliede-
rungshilfe und Pflegeleistungen ist festzuhalten.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen gewährt bei Pflegegrad 1 zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a. Für den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI ist nicht erforderlich, dass der Entlastungsbetrag oder Angebote zur Unterstützung im Alltag bezogen werden.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Ergänzung, dass bei Pflegegrad 1 zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a gewährt werden und für den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a kein Bezug des Entlastungsbetrages nach § 45b oder die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag erforderlich ist, wird begrüßt. Es handelt sich bei § 28a zwar um eine Übersicht der Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Aus Transparenzgründen wird die klarstellende Ergänzung der Übersicht um die Gewährung von zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Klarstellung, dass für einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a der Bezug des Entlastungsbetrages oder der Angebote zur Unterstützung im Alltag nicht erforderlich ist. Andernfalls führt die Regelung des § 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, die keine oder nicht regelmäßig Leistungen nach §§ 45a, 45b beziehen, der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag ausgeschlossen ist bzw. eine Ansparung des Entlastungsbetrages nach § 45b faktisch ausgeschlossen ist, da für den Anspruch auf Wohngruppenzuschlag der Entlastungsbetrag in jedem Fall bezogen werden müsste. Dies würde zu einer Einschränkung des Wahlrechts dieser Pflegebedürftigen führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 sind die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes sowie die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

Des Weiteren sollen die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 künftig auch von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden können. Diese müssen die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen. Der Absatz 4 findet entsprechend Anwendung. Die Anerkennung der Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen nach Maßgabe des Absatzes 7. Bei einem Beratungsbesuch durch eine anerkannte Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft erfolgt keine Vergütung des Beratungsbesuches.

B) Stellungnahme

Es ist folgerichtig, dass an anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften dieselben Anforderungen und Vorgaben wie an die bereits in § 37 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 8 genannten Beratungsstellen gestellt werden. Die pflegfachliche Qualität muss auch bei Beratungsbesuchen durch anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften gesichert sein.

Folgerichtig ist auch der Ausschluss der Vergütung der Beratungsbesuche von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften zur Vermeidung einer Misch- und Doppelfinanzierung. Pflegeberater nach § 7a SGB XI werden bereits über den Verwaltungshaushalt der Pflegekassen finanziert. Die in die Pflegestützpunkte entsandten Beratungspersonen werden von der jeweils entsendenden Stelle finanziert. Zugleich ist nicht auszuschließen, dass Gegenstand des Beratungsbesuches auch Fragen zur Altenhilfe sein kann und damit über die Zielsetzung des Beratungseinsatzes hinausgeht. Im Falle einer Vergütung des Beratungsbesuches durch eine anerkannte Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft würde diese durch die Pflegekasse finanziert und damit eine Beteiligung der Pflegekasse an der Finanzierung erfolgen, was eine Mischfinanzierung zur Folge hätte.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 20 von 81

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 43a Inhalt der Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass die Pflegekasse für pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen Aufwendungen in Höhe von höchstens 266,00 €/Monat übernimmt, bezieht sich ab dem 01.01.2020 auf selbigen Personenkreis in „stationären Einrichtungen“, da durch das Bundesteilhabegesetz die Differenzierung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen aufgegeben wurde.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber definiert Räumlichkeiten, die den bisherigen vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe entsprechen sollen. Die Neuformulierung des Gesetzestextes kann zu einer Ausweitung des Anwendungsbereichs des § 43a führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 45b Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag bereits mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI und bei häuslicher Pflege entsteht. Einer gesonderten Antragsstellung vor der erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages bedarf es nicht. An der Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Nachweise über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen.

Zudem findet der Entlastungsbetrag bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Abs. 3 Satz 1 grundsätzlich keine Berücksichtigung. Eine Ausnahme hiervon bilden die Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei Pflegegrad 2 bis 5), soweit nach diesen Vorschriften Leistungen vorgesehen sind, die inhaltlich den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 deckungsgleich entsprechen.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Neuregelung des Abs. 2 Satz 1 wird ausdrücklich befürwortet und entspricht einer Forderung des GKV-Spitzenverbandes. Mit der beabsichtigten Regelung werden Auslegungsfragen hinsichtlich des Antragserfordernisses vor einer erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages geklärt. Mit der Regelung des § 45b SGB XI wurde seinerzeit die Möglichkeit einer flexiblen Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45b SGB XI geschaffen. Dabei ist die Verwendung des Leistungsbetrages nach § 45b SGB XI beispielsweise für Leistungen der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in der Regel nicht voraussehbar. Mit der vorgesehenen Regelung wird klargestellt, dass der Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch nehmen kann, ohne hierfür zuvor einen gesonderten Antrag gestellt zu haben. Dieses von vielen Pflegekassen bereits praktizierte Verwaltungshandeln wird nunmehr auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt.

Die in Absatz 3 beabsichtigte Neuregelung entspricht der bisherigen Regelung des § 13 Abs. 3a. Es wird auch weiterhin sichergestellt, dass der insbesondere für die Entlastung von Pflegepersonen separat zur Verfügung stehende Betrag auch bei Empfängern von Fürsorgeleistungen in vollem Umfang zur Verfügung steht. Aufgrund der Einführung eines Entlastungsbetrags nach §§ 64i und 66 SGB XI bei Pflegegrad 1 und Pflegegrad 2 bis 5, ist die in Satz 3

vorgesehene Ausnahmeregelung zur Berücksichtigung des Entlastungsbetrages bei diesen Leistungen, folgerichtig. Soweit Leistungen nach §§ 64i oder 66 SGB XI in Anspruch genommen werden und diese inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 sind, würde der Pflegebedürftige diese Leistungen doppelt beziehen, würde der Entlastungsbetrag in diesen Fällen keine Berücksichtigung finden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die kommunalen Gebietskörperschaften sollen ihren Zuschuss künftig auch in Form von Personal- und Sachmitteln einbringen können. Diese Mittel müssen nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Zudem wird das Einvernehmen mit allen Fördergebern vorausgesetzt. In den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenkasse e. V. über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind die Anforderungen an die Einbringung der Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in Form von Personal- und Sachmittel festzulegen.

In Absatz 6 wird die bisherige Übertragungsregelung nicht verwendeter Fördermittel in das nachfolgende Kalenderjahr ausgeweitet. Fördermittel, die bereits in das nachfolgende Kalenderjahr übertragen wurden und in diesem erneut nicht ausgeschöpft werden, können für weitere Fördermaßnahmen von Ländern verwendet werden, die ihre Fördermittel zu mindestens 80 Prozent ausgegeben haben. Aus den übertragenen und nicht verwendeten Fördermitteln wird ein Gesamtbudget gebildet. Die Anträge der Länder auf weitere Fördermittel werden bis zum 30.04. des Folgejahres durch den Ausgleichsfond gesammelt und ausgezahlt. Ist die Summe der beantragten Fördermittel zum 30.04. höher als das zur Verfügung stehende Gesamtbudget, erfolgt die Verteilung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel. Nach dem 30.04. eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antrageingangs bis zum Verbrauch der Fördermittel bearbeitet. Eine weitere Übertragung dieser Fördermittel in das Folgejahr ist ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung der Herstellung des Einvernehmens mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern über die kommunalen Anteile in Form von Personal- und Sachmitteln und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen, ist erforderlich. Für die an der Förderung beteiligten Fördergeber, insbesondere die Pflegekassen, müssen die einzelnen Anteile der kommunalen Gebietskörperschaft transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Dies betrifft insbesondere auch die Höhe des Förderanteils, da die Förderung nach § 45c als Kofinanzierung zwischen den Ländern und

den Pflegekassen ausgestaltet ist. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die von der kommunalen Gebietskörperschaft zur Verfügung gestellten Personal- und Sachmittel im Einzelfall der Erreichung des Förderzwecks tatsächlich dient und die Nutzung der vorhandenen Personal- und Sachmittel nicht vielmehr der finanziellen Entlastung ohnehin überschüssiger Ressourcen der kommunalen Gebietskörperschaft dient. Insofern ist es zu begrüßen, dass die Anforderungen an die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. nach Abs. 7 aufzunehmen sind.

Es ist zu erwarten, dass es aufgrund des Abstimmungsverfahrens zu einer Verzögerung des Förderverfahrens kommt. Auch ist fraglich, ob in den Rechtsverordnungen der Länder ein Wahlrecht für die antragsstellenden Förderprojekte beabsichtigt ist, andernfalls ist deren Förderung davon abhängig, dass sie sich mit den Personal- und Sachmitteln einverstanden erklären.

Die Erweiterung der Übertragbarkeit nicht verwendeter Fördermittel verbessert vor allem die Fördermöglichkeiten der Länder, die bereits umfangreich von den bisherigen Fördermöglichkeiten Gebrauch machen und die zur Verfügung stehenden Fördermittel verwenden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 71 Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft die Definition von Pflegeeinrichtungen. Sie bestimmt, dass Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderung und der Erbringung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen und für die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet, nicht als Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 2 gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Umformulierung bzw. Anpassung aufgrund der Änderung durch das Bundesteilhabegesetz, mit der die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben wird. Die Anpassung ist erforderlich, um die gleichen Rechtswirkungen wie bisher zu erzielen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 a)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 sollen künftig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land auch die Vertragsvoraussetzungen und die Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung festgelegt werden. Dabei zielt die neue Vorschrift auf die Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3 Satz 1, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müsse. Dabei soll den Vertragspartnern nach § 75 die Möglichkeit gegeben werden, nähere Kriterien für eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung, sowie auch zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, Gesellschafters oder ähnliches festzulegen. Die Grundsätze sollen landesweit einheitlich für bereits bestehende wie auch für Neuzulassungen gelten.

B) Stellungnahme

Die geplanten Neuregelungen sind zu begrüßen. Es ist notwendig, Regelungen zu treffen, die vor allem die Geeignetheit und Zuverlässigkeit der Geschäftsführer, Gesellschafter, Inhaber und auch verantwortliche Pflegefachkraft umfassen, um die in der Praxis vielfach zu beobachtende Methode der Neueröffnung unter einem anderen Namen bei Firmenpleiten, Vertragskündigungen wegen Vertragsverstößen oder ähnlichem zu vermeiden. Das Prüfungsrecht der Landesverbände der Pflegekassen über die Zulassungsvoraussetzungen bei einem Zulassungsantrag ist daher zu erweitern, um Möglichkeiten gegen die Methode von „Strohmannern“ zu finden. Obwohl die Praxis auf Landesebene bereits in der Vergangenheit gezeigt hat, dass es schwierig ist, eine solche für Leistungserbringer erhebliche Regelung in einer Vereinbarungslösung zu finden, wird es bei dieser Regelung ebenfalls für sachgemäß erachtet, die Regelungen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren, da es zum einen bereits auf Landesebene Ansätze solcher Regelungen gibt und zum anderen es eine Erweiterung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 ist. Diese ist bereits jetzt vertraglich, also als Vereinbarung geregelt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 28 von 81

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 sollen künftig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen festgelegt werden. Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 79 und soll eine Ergänzung zu den regelhaft durchzuführenden Abrechnungsprüfungen im Rahmen einer Qualitätsprüfung darstellen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, dass weitere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfungen vorgesehen sind.

Es wird jedoch abgelehnt, dass die geplante Regelung in Form einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene im Rahmen des § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Die in der Gesetzesbegründung zitierte Abrechnungsprüfungen im Rahmen der Regelprüfungen nach §§ 114 unterstehen zu Recht der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, der bundesweit einheitliche Regelungen unter umfassender Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände festlegt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Eine solche Entscheidungsfindung steht in keiner Weise im Einklang mit dem Vorhaben zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges.. Auch eine Verbindung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung des bisherigen § 79 sowie des bisherigen § 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 ist nicht zielführend. Geht es bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in erster Linie um die Pflicht der Pflegeeinrichtung, ihren Betrieb im Sinne der Solidargemeinschaft wirtschaftlich und unter Vermeidung unnötiger Kosten zu führen, dient die Abrechnungsprüfung – wie sowohl aus der Gesetzgebung zum 2. Pflegestärkungsgesetz als auch aus der vorliegenden ersichtlich – dem aktiven Vorgehen gegen Abrechnungsmanipulationen und Betrugsfälle. Während ein gemeinsames Wirtschaftlichkeitsverständnis nachvollziehbar einer Vereinbarung unterfallen sollte, kann dies bei der Abrechnungsprüfung nicht der Fall sein.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 30 von 81

Um dem berechtigten Interesse nach einer zusätzlichen Überprüfungsmöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten nachzukommen und gleichzeitig die oben benannten Befürchtungen auszuräumen, sollte der GKV-Spitzenverband eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise unter der Berücksichtigung länderspezifischer Gegebenheiten entwickeln (siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a).

C) Änderungsvorschlag

Siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 c) und d)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich soll in den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung wird abgelehnt. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Regelungen zu schaffen sind, die eine angemessene Vergütung für in der Pflege Beschäftigte gewährleisten, jedoch ist die vom Gesetzgeber geplante Regelung der falsche Ansatz. Es ist zu befürchten, dass die Regelung zu praktischen Umsetzungsschwierigkeiten führen wird, da sie erhebliche Probleme bei der Ermittlung der ortsüblichen Arbeitsvergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 mit sich bringen wird. Unabhängig vom Weg der Entscheidungsfindung (Festlegung oder Vereinbarung) ist zu beachten, dass unterschiedliche Parameter zu berücksichtigen wären. Beginnend bei der Abgrenzung des „Ortes“ der Ortsüblichkeit verlangt die Anwendung des § 612 BGB beispielsweise, dass Differenzierungen vorgenommen und somit unterschiedliche ortsübliche Vergütungen festgelegt werden müssen (Alter, Berufserfahrung, Dauer der Tätigkeit, Dienstalter, Familienstand und Kinderzahl). Darüber hinaus kann sich die Ortsüblichkeit fast täglich ändern. Ein rechtssicheres Zulassungsverfahren auf dieser Grundlage erscheint unwahrscheinlich.

Ungeachtet der Ermittlungsprobleme hält der GKV-Spitzenverband die Diskussion für überholt. Die gesetzliche Zielrichtung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist es, Lohndumping in der Pflege zu verhindern. Diese Zielrichtung wurde bereits durch die zwischenzeitliche Einführung des Pflege-Mindestlohns, der alle Beschäftigten in der unmittelbaren Pflege und Betreuung betrifft und des allgemeinen Mindestlohns, der die übrigen Beschäftigten (Verwaltungsmitarbeiter, Geschäftsführung, Hausmeister u. ä.) mit einem Anteil von 22,9 % im ambulanten Bereich und 25,9 % im stationären Bereich betrifft, erreicht. Eine Prüfung der ortsüblichen Vergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist daher nicht mehr notwendig. Es wird sich daher sowohl für die Streichung der geplanten Neuregelung als auch für die Streichung der Prüfungspflicht des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 – soweit es sich um die ortsübliche Vergütung handelt – ausgesprochen (siehe auch unter Ergänzende Anmerkungen zum

§ 72). Sofern von der Prüfungspflicht durch die Pflegekassen vom Gesetzgeber nicht abgesehen wird und in diesem Zusammenhang Pflegeeinrichtungen zur Einreichung von Unterlagen verpflichtet werden sollen, ist eine konkrete gesetzliche Übermittlungspflicht notwendig. Bei einer Ermittlung der Ortsüblichkeit sind umfassende Daten von den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen, um den gesetzlichen Anforderungen und der Zielrichtung Genüge zu tun. Gleichzeitig ist gesetzlich zu bestimmen, wie die Berechnung auf der Grundlage verfügbarer Daten durchzuführen ist und wer für die eigentliche Berechnung verantwortlich ist.

Eine Vereinbarungslösung ist dabei nicht zielführend, da die Vergangenheit gezeigt hat, dass die Pflegeeinrichtungen sich auf dem Verhandlungsweg gegen eine umfassende Offenlegung von relevanten Daten gewehrt haben. Ferner ist davon auszugehen, dass bei einer Umsetzung der Neuregelung im Ergebnis verschiedene – landesbezogene – Definitionen bzw. Verfahren zur Ermittlung einer ortsüblichen Vergütung existieren werden. Die erforderliche Rechtssicherheit kann damit keineswegs gewährleistet werden.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Neuregelung wird gestrichen. Es wird zudem eine Teilstreichung des § 72 vorgeschlagen (siehe Ergänzender Änderungsbedarf zu § 72)

.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b)

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zu den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 werden künftig um einen weiteren Absatz zu Regelungen der Abrechnungsprüfung erweitert. Danach können die Landesverbände der Pflegekassen bei Verdachtsfällen eine Abrechnungsprüfung in Pflegeeinrichtungen durchführen oder veranlassen. Die Regelung konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b ausgeführt, ist grundsätzlich zu begrüßen, dass eine Ausweitung der Möglichkeiten von Abrechnungsprüfungen geschaffen wird. Die Verankerung der Neuregelung im § 75 über die Aufnahme der Vereinbarungsvorgabe für Abrechnungsprüfungen wird jedoch abgelehnt.

Zielführender ist eine bundesweit einheitliche Entwicklung der Grundsätze unter Berücksichtigung länderspezifischer Besonderheiten durch den GKV-Spitzenverband (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a). Sollte an der Regelung festgehalten werden, ist eine Regelung zum Verhältnis dieser Strukturen zueinander notwendig. Begrüßt wird grundsätzlich, dass sich die künftige Prüfung auf alle Leistungen bezieht, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden.

Während die geplante Analogie zum § 79 Abs. 1 Satz 4 und des § 79 Abs. 2 grundsätzlich zu begrüßen ist, auch bei einer Kompetenzzuweisung zur Aufstellung von Grundsätzen zu Gunsten des GKV-Spitzenverbandes (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a), ist sie bei § 79 Abs. 1 Satz 3 und des § 79 Abs. 3 nicht gegeben. Eine analoge Anwendung des § 79 Abs. 1 Satz 3 geht zum einen ins Leere, zum anderen widerspricht sie dem Sinn der Abrechnungsprüfung. Nach der geplanten Regelung sind der Pflegeeinrichtung die Anhaltspunkte, die zu einer Abrechnungsprüfung führen, rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Eine vorherige Anhörung ist aber – im Gegensatz zum § 79 Abs. 1 – bei der geplanten Regelung aus gutem Grund nicht vorgesehen. Zudem würde eine vorherige Mitteilung der Anhaltspunkte dem Sinn einer Abrechnungsprüfung, bei der unter Umständen auch Beweise ge-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 34 von 81

sichert werden müssen, widersprechen. Die Analogie des § 79 Abs. 3 geht ebenfalls ins Leere, da sie den Anwendungsbereich der Abrechnungsprüfung verfehlt. Dient die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtung, soll bei der Abrechnungsprüfung die korrekte Abrechnung auf Grundlage einer Vergütungsvereinbarung geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen. (s. a. ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a)

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 109 Pflegestatistiken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die bundeseinheitliche Pflegestatistik wird zusätzlich das Merkmal Postleitzahl des Wohnortes pflegebedürftiger Menschen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erhoben.

B) Stellungnahme

Durch die Ergänzung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI um die Erfassung der Postleitzahl des Wohnorts pflegebedürftiger Menschen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wird die Pflegestatistik um ein wichtiges Merkmal optimiert. Durch die Information des vorherigen Wohnorts kann die regionale Verteilung der Antragssteller auf stationäre Pflege ermittelt werden. Die Kommunen werden so bei der Steuerung der sozialräumlichen Versorgungsstruktur und der Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen befähigt. Diese Ergänzung folgt eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 a) und c)

§ 113b Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118) werden hinsichtlich der Mitwirkung im Qualitätsausschuss durch Änderung des § 118 erweitert. Die Verbände erhalten ein Antragsrecht und ehrenamtlich Tätige einen Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, die ihnen im Zusammenhang mit der Mitwirkung im Qualitätsausschuss und in seinen Gremien entstanden sind. Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 7 SGB XI; die bestehende Geschäftsordnung ist dementsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Bei den Neuregelungen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des § 118.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 b)

§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, in dem bis zum 31. März 2018 ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben ist. Insbesondere sollen Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angepasste Qualitätsberichterstattung entwickelt und erprobt werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Der vorgesehene Zeitraum zur Entwicklung und Erprobung des Konzeptes und der Instrumente für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird allerdings als zu knapp bemessen angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung legt fest, dass die nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP-Leistungen) zukünftig auch dann bei einer Qualitätsprüfung nach § 114 in einem Pflegedienst einzubeziehen sind, wenn diese Leistungen bei Personen erbracht werden, die zugleich Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

B) Stellungnahme

Qualitätsprüfungen umfassten bislang bereits HKP-Leistungen. Nach den bestehenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind jedoch Versicherte, die HKP-Leistungen erhalten, nur dann in die Qualitätsprüfung einzubeziehen, wenn sie zugleich auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten. Die Neuregelung ist geeignet, dem weiteren Schutz vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt, vor allem im Bereich der Intensivpflege, zu dienen und wird daher begrüßt. Der Gesetzgeber vergisst jedoch, dass zu einer sofortigen Umsetzung der Neuregelung die Qualitätsprüfungs-Richtlinien erneut unverzüglich anzupassen sind. Dafür fehlt jedoch die Rechtsgrundlage. Es muss daher die Kompetenz im § 115a erweitert werden, die QPR an die gesetzlichen Regelungen in der Fassung nach Einführung des PSG III anzupassen, da Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 kurzfristig nicht zu erwarten sind. Der Absatz 4 ist daher entsprechend zu ändern.

Ergänzend zur beabsichtigten Neuregelung sind die Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen dahingehend zu konkretisieren, dass die Prüfer Transparenz über den versorgten Personenkreis erhalten, um die entsprechende Personenstichprobe für die Prüfung zusammenstellen zu können (s. Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 17).

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 17.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118) werden hinsichtlich der Mitwirkung im Qualitätsausschuss erweitert. Die Verbände erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Darüber hinaus erhalten ehrenamtlich Tätige, die von den Verbänden nach § 118 in die jeweiligen Gremien entsandt werden, einen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen in diesem Zusammenhang entstanden sind.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Angleichung der Beteiligungsrechte der Verbände nach § 118 an die Beteiligungsrechte der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23, 24

§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen soll es kommunalen Stellen im Rahmen von Modellvorhaben ermöglicht werden, die Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse nach § 45 SGB XI in eigener Zuständigkeit bei Finanzierung durch die Pflegekassen zu erbringen. Die Modellvorhaben zielen auf eine Verbesserung der Beratung, indem sie zusammengeführt oder verzahnt wird mit Beratungsangeboten zu Leistungen der Altenhilfe nach dem SGB XII, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Nahverkehrs, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nachverkehr und zur Förderung des bürgerlichen Engagements. Insgesamt sollen höchstens 60 Modellkommunen gefördert werden. Die Finanzierung der von den Pflegekassen auf die Kommunen übergehenden Aufgaben darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben selbst übernehmen würden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die obersten Landesbehörden und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Abschlussbericht soll spätestens am 31.12.2025 veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Mit der vorgesehenen Neuregelung wird eine Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten nicht erreicht. Dass bei den Modellkommunen bisher nicht vorhandene Beratungsstrukturen bei den Kommunen mit Geldern der Pflegeversicherung aufgebaut werden sollen, obwohl diese Strukturen bei den Pflegekassen vorhanden sind, ist ordnungspolitisch falsch. Doppelstrukturen und Mehrkosten sind die Folge, zumal sich die Modellkommunen regional unterschiedlich organisieren werden und daneben auch weiterhin die Beratungsstrukturen bei den Kassen bestehen

bleiben müssen. Es wird eine nicht sinnvolle Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen.

Die Diskrepanz zwischen 7a Abs. 1 und § 123 Abs. 6 SGB XI wird zu erheblichen Problemen in der Praxis führen. Nach § 123 Abs. 6 soll die Verantwortung für die Pflegeberatung mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens auf die antragstellenden Träger der Sozialhilfe übergehen. Der Versicherte hat jedoch nach § 7a Abs. 1 SGB XI einen Anspruch auf Pflegeberatung gegenüber der Pflegekasse (z. B. Benennung des zuständigen Pflegeberaters). Dieser gesetzliche Auftrag wäre mit der Neuregelung nicht mehr erbringbar.

Die einseitige Kompetenzverlagerung auf die Kommunen wird das angestrebte Ziel der „Beratung aus einer Hand“ verfehlen. Dies gilt erst recht für die im Beschluss des Bundesrates vorgesehene Möglichkeit der selektiven Übernahme von Beratungsaufgaben durch die Kommune. Und mit einem Verzicht auf Bundesempfehlungen ginge Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit verloren. Zielführend ist somit ausschließlich ein gemeinsames und gleichberechtigtes Handeln von Ländern, Kommunen und Kassen. Konkret bedeutet dies die Durchführung eines Modellvorhabens aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bei gemeinsamer Antragstellung von Kommunen und Kassen. Hierbei müssen die Beratungs- und Versorgungssituation der betroffenen Menschen sowie die dazu notwendigen Kooperationsstrukturen der Kostenträger im Mittelpunkt stehen und nicht von vornherein die Finanzierung der Kommunen aus Beiträgen der Pflegeversicherung.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Neuregelungen der §§ 123, 124 sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25a

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Besitzstandsschutz wird für Bezieher von Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII erweitert, denen ein Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro nach der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des § 45b zustand. Die Regelung des § 45b Abs. 3 (neu) findet entsprechend Anwendung für Bezieher von Hilfen zur Pflege, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von 83 Euro nach Absatz 2 Satz 1 haben. Zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes werden Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege angerechnet.

B) Stellungnahme

Die Absenkung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages nach der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des § 45b wird in der Regel durch höhere Leistungen ab dem 01.01.2017 kompensiert. Sofern dennoch ein Anspruch auf den Zuschlag in Höhe von 83 Euro besteht, ist die Anwendung des § 45b Abs. 3 (neu) folgerichtig, da andernfalls der Zuschlag bei den Fürsorgeleistungen anzurechnen wäre und der Besitzstandsschutz bei Beziehern von Fürsorgeleistungen damit ins Leere liefe. Dasselbe gilt, wenn Bezieher von Fürsorgeleistungen aufgrund der Leistungserhöhungen keinen Zuschuss erhalten. Eine volle Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung auf die Fürsorgeleistungen würde faktisch zu einer Absenkung des Leistungsniveaus und damit zu einer Schlechterstellung der Bezieher von Fürsorgeleistungen führen. Der bis zum 31.12.2016 geltende erhöhte Leistungsbetrag würde ohne eine entsprechende Kompensation abgesenkt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25b

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige, die während des Jahreswechsels 2016/2017 Leistungen der Kurzzeitpflege beziehen und im Anschluss vollstationäre Dauerpflege in Anspruch nehmen, wird durch die vorgesehene Ergänzung in Absatz 3 eine Bestandsschutzregelung festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung folgt der politischen Vorgabe, dass keine Versicherte und kein Versicherter durch die Regelungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Zweites Pflegestärkungsgesetz) im Vergleich zum Stichtag 31. Dezember 2016 eine finanzielle Mehrbelastung erfahren soll.

Vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes muss zudem auch Versicherten, die aus einer solitären Kurzzeitpflege direkt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, der Besitzstandsschutz gewährt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Abs. 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016, in der Einrichtung, in der sie die vollstationäre Pflege nach § 43 in Anspruch nehmen, zu tragen gehabt hätten.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 44 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25c

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung von Absatz 3a wird der Bestandschutz für Versicherte geregelt, die nach dem 1. Januar 2017 die Pflegeeinrichtung wechseln. Die Regelung wird auf fünf Jahre begrenzt.

B) Stellungnahme

Entsprechend den Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes bestand für Versicherte, die nach dem 1. Januar 2017 die Pflegeeinrichtung wechseln, kein Bestandsschutz. Mit der Neuregelung wird diese Lücke geschlossen. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte eine Klarstellung erfolgen, dass es sich bei dem in Satz 1 genannten Begriff „Pflegeheim“ um eine Einrichtung der Dauerpflege – in Abgrenzung zur Kurzzeitpflege – handelt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die vollstationäre Einrichtung nach § 43“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übertragung von nicht verwendeten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung wird von einem halben Jahr auf ein volles Kalenderjahr ausgeweitet. Soweit Anspruchsberechtigte im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 oder Abs. 1a SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfüllt haben, aber die Leistungen in diesem Zeitraum nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft haben, können sie die nicht verwendeten Leistungsbeträge bis zum 31.12.2017 übertragen. Die Leistungsbeträge können zum einen nachträglich für bezogene Leistungen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 geltend gemacht werden. In diesem Fall muss der Antrag auf nachträgliche Kostenerstattung spätestens bis zum 31.12.2017 gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der jeweils bezogenen Leistungen gestellt werden. Zum anderen können die nicht ausgeschöpften Leistungsbeträge für den Bezug von Leistungen nach der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 45b geltend gemacht werden. Dies gilt jedoch nur, sofern und solange der Versicherte ab 01.01.2017 die Anspruchsvoraussetzung des in der Fassung ab diesem Zeitpunkt geltenden § 45b Abs. 1 Satz erfüllt (Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, häusliche Pflege).

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Auslegung des Erfordernisses einer Antragsstellung (vgl. Stellungnahme zu § 45b) und der noch nicht flächendeckenden Anerkennung von Entlastungsangeboten durch die Rechtsverordnungen, ist eine einmalige Ausweitung der Übertragbarkeit von nicht in Anspruch genommenen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen grundsätzlich nachvollziehbar. Die Ausweitung der Übertragbarkeit kann sich dabei jedoch nur auf die Leistungsansprüche im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 beschränken. Leistungsansprüche aus dem Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 konnten gemäß § 45b Abs. 2 Satz 2 bis zum 30.06.2016 übertragen werden. Danach sind nicht verwendete Leistungsbeträge aus dem Jahr 2015 verfallen. Intention des Gesetzgebers ist die zeitliche Ausweitung der bisherigen Regelung des § 45b Abs. 2 Satz 2 um ein weiteres halbes Jahr. Die Regelung der Übertragbarkeit stellt dabei auf im Zeitpunkt der Übertragbarkeit bestehende Leistungen ab. Insoweit läuft die Ausweitung der Übertrag-

barkeit von Leistungsansprüchen nach § 45b in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung
für das Jahr 2015 ins Leere.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 und 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2017 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 47 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in häuslicher Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die am Stichtag des 01.01.2017 nicht unter die heutige Regelung des § 43a SGB XI (Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe) fallen, sondern den vollen Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36 ff. haben, sollen diesen auch mit Inkrafttreten der neuen Regelung des § 43a zum 01.01.2020 behalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung verschafft den Betroffenen Rechtsicherheit und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesärzteordnung wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Nach § 12 Absatz 3 Satz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) wird hierfür folgender Satz eingefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Psychotherapeutengesetz wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Dem § 10 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Dem § 16 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf des Zahnarztes ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37 Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V, der nach aktueller Rechtslage für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, soll zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 haben ab 01.01.2017 einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, der insbesondere auf Beratung, Unterstützung in betreuten Wohngruppen, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und zweckgebundene Leistungen zur Entlastung beschränkt ist (§ 28a SGB XI n. F.). Ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI besteht nicht. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V umfasst hingegen die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, sodass bei Versicherten mit Pflegegrad 1 insoweit keine Überschneidungen von gleichwertigen Leistungsansprüchen entstehen. Von daher kann nachvollzogen werden, dass der in § 37 Abs. 1a SGB V verankerte Grundsatz der Nachrangigkeit des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung erst ab dem Pflegegrad 2 gelten soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, der nach aktueller Rechtslage für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, soll zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 haben ab 01.01.2017 einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, der insbesondere auf Beratung, Unterstützung in betreuten Wohngruppen, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und zweckgebundene Leistungen zur Entlastung beschränkt ist (§ 28a SGB XI n. F.). Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI besteht nicht, sodass bei Versicherten mit Pflegegrad 1, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erfüllen, keine Überschneidung von gleichwertigen Leistungsansprüchen vorliegt. Von daher kann nachvollzogen werden, dass der in § 39c SGB V verankerte Grundsatz der Nachrangigkeit des Anspruchs auf Kurzzeitpflege aus dem SGB V gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung erst ab dem Pflegegrad 2 gelten soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vertragsrechtlichen Regelungen zur häuslichen Krankenpflege in § 132a Abs. 2 SGB V sollen um Festlegungen ergänzt werden, nach denen die Leistungserbringer zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verpflichtet sind. Ferner sollen sie gegenüber der Krankenkasse zur Anzeige der Versorgung von (mindestens zwei) Versicherten in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit (z. B. Wohngemeinschaft für Beatmungspatienten) verpflichtet werden, wenn aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwands oder einer Bedrohung von Vitalfunktionen die ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Erweiterung der Prüfaufgaben des MDK durch § 275b SGB V (n. F.) und sollen mit entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) insgesamt sicherstellen, dass Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege unabhängig von den jeweiligen Vertragsbeziehungen und dem jeweiligen Versorgungssetting in Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen einbezogen werden. Damit sollen Prüflücken geschlossen werden, auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen besser entgegenzutreten zu können. Dies wird begrüßt.

Die vorgesehene Regelung in § 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F., wonach die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, folgt der Systematik, dass nur für Leistungserbringer mit Verträgen nach § 132a SGB V, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, Prüfungen nach § 275b Abs. 1 SGB V n. F. veranlasst werden können. Für Leistungserbringer, die nach ihren vertraglichen Regelungen sowohl Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringen, gelten somit die Vorschriften für Regelprüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI. Die Eingrenzung, dass (nur) die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, kann zu der Rechtsauslegung führen, dass bei Anlass- oder Wiederholungsprüfungen nach dem SGB XI Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht Prüfgegenstand sind. Dies ist erkennbar nicht die Zielsetzung und wäre nicht sachgerecht. Deshalb sollte ohne weitere Eingrenzungen klargestellt werden, dass § 114 SGB XI unberührt

bleibt. Mit den Regelungen des § 275b Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V n. F. wird ausreichend sichergestellt, dass anlassbezogene Doppelprüfungen eines Pflegedienstes vermieden werden.

§ 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. sieht in bestimmten Fallgestaltungen der Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen für mindestens zwei Versicherte in organisierten Wohneinheiten eine Anzeigepflicht des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse vor. Dies führt zu mehr Transparenz und wird begrüßt. Damit die erwünschte Transparenz hergestellt wird, sollte klargestellt werden, dass die Anzeige versichertenbezogen zu erfolgen und bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit Angaben zu dem Träger zu enthalten hat. Darüber hinaus sollte bei der gesetzlichen Definition der für die Anzeigepflicht relevanten Fallgestaltungen die Formulierung „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ ersetzt werden durch „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“.

C) Änderungsvorschläge

§ 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114 des Elften Buches bleibt unberührt.“

In § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. werden hinter dem Wort „Krankenkasse“ das Wort „versichertenbezogen“ eingefügt und die Worte „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ durch die Worte „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“ ersetzt.

Nach § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit umfasst die Anzeige auch die Angabe des Namens und der Adresse des Dritten.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, weil sie nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege und keine Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erbringen, sollen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen als Regelprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Anlehnung an entsprechende Prüfungen nach §§ 114 SGB XI eingeführt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen berechtigt werden, auch anlassbezogene Prüfungen durch den MDK durchführen zu lassen. Das Prüfrecht in Form der Anlassprüfungen ist nicht auf Leistungserbringer beschränkt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Gegenstand der Prüfungen sind die Beurteilungen, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB V und nach den abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 SGB V erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist. Das Nähere zu den Prüfungen soll der GKV-Spitzenverband in Richtlinien regeln.

Darüber hinaus werden die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Ergebnisse dieser neuen Prüfaufgaben in den Prüfbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Mit der Erweiterung der Prüfrechte und -pflichten sowie entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) sollen Regelungslücken geschlossen werden, die es einzelnen Leistungserbringern ermöglicht haben, sich Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu entziehen. Die dazu vorgesehenen Regelungen sind insgesamt sachgerecht und geeignet, um notwendige Prüfroutinen und für alle Leistungserbringer vergleichbare Rahmenbedingungen zu entwickeln. Ungeachtet dessen sollten nachfolgende Änderungen bzw. Klarstellungen im Gesetzeswortlauf vorgenommen werden.

In Bezug auf die Richtlinie, die der GKV-Spitzenverband nach § 282 SGB V zur Regelung des Näheren der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu erlassen hat, sind die Regelungen zu den Beteiligungsrechten bestimmter Organisationen unklar. Es wird ausgeführt, dass insoweit § 114a Abs. 7 Satz 5 bis 8 und 11 SGB XI mit der Maßgabe entsprechend gilt, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Nach dem Gesetzeswortlaut wären damit u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Lediglich in der Begründung zum Gesetzentwurf werden die Beteiligungsrechte zutreffend auf Organisationen beschränkt, die von der Erbringung von HKP-Leistungen für Krankenkassen betroffen sind und explizit ausgeführt, dass die Richtlinie für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. nicht gilt. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollten die Beteiligungsrechte eindeutig im Gesetzeswortlaut festgelegt werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI zur Regelung der Verbindlichkeit der Richtlinie für den MDK nicht erforderlich ist; diese ergibt sich bereits aus dem gesetzlichen Auftrag in § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung zu erlassen. Ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI könnte deshalb in der Rechtsinterpretation – in Bezug auf andere Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V – zu erkennbar nicht beabsichtigten Zweifeln über die generelle Verbindlichkeit von Richtlinien nach § 282 SGB V für die MDK führen.

In § 275b Abs. 2 SGB V n. F. werden insbesondere die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. In Bezug auf die Mitwirkungspflicht sollten vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Praxis einzelner Pflegedienste, Einfluss auf betroffene Versicherte durch standardisiert formulierte Ablehnungen der Einwilligung in Inaugenscheinnahmen und Befragungen zu nehmen, ergänzende Regelungen zur gebotenen Neutralität sowie zur Unterstützung einer ordnungsgemäßen Prüfung von Seiten des Leistungserbringers ergänzt werden. So sollte dem MDK durch eine Pflicht des Leistungserbringers zur vollständigen Offenlegung von Namen und Kontaktdaten der betroffenen Versicherten die Möglichkeit eröffnet werden, mögliche Einflussnahmen der Leistungserbringer zu überprüfen und die Versicherten aufzuklären.

Da in § 275b Abs. 2 Satz 1 SGB V n. F. bereits ein allgemeiner Verweis auf die entsprechende Anwendung des § 114a Abs. 1 bis 3a SGB XI erfolgt, ist die Regelung in § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F., wonach für die Einwilligung der Betroffenen § 114a Abs. 3 Satz 5 SGB XI gilt, als Doppelung zumindest missverständlich. Eine erneute Regelung zur Geltung des § 114a Abs. 3 SGB XI wäre sachgerecht, wenn sich diese Aussage unmittelbar auf die Regelung in § 275b

Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten beziehen würde. Um einen solchen Bezug herzustellen sollte § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. als 2. Halbsatz in § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. integriert werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114a Absatz 7 Satz 5 und 8 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Nach § 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen; für die Beteiligung gilt § 114a Absatz 7 Satz 7 des Elften Buches entsprechend.“

§ 275b Abs. 1 Satz 5 SGB V n. F. wird § 275b Abs. 1 Satz 6 SGB V n. F.

§ 275b Abs. 2 Satz 5 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 und zur Neutralität im Hinblick auf die Einholung der Einwilligungen der Betroffenen nach § 114 Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches verpflichtet; er hat dem Medizinischen Dienst vollständigen Zugang zu den Namen und Kontaktdaten der Betroffenen, zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann.“

In § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. ist der Punkt am Ende des Satzes durch ein Semikolon zu ersetzen. In § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. wird das Wort „Für“ durch das Wort „für“ ersetzt und dieser Satz als 2. Halbsatz an Satz 6 angefügt. Satz 8 wird zu Satz 7.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 58 von 81

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 281 Finanzierung und Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) entstehenden Aufwendungen für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V sollen in die Umlagefinanzierung der MDK einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Der Einbezug der MDK-Aufwendungen für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V in die Umlagefinanzierung der MDK ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V soll zukünftig zusätzlich zu den Angaben nach § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch die „Zeit der Leistungserbringung“ angegeben werden.

B) Stellungnahme

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der HKP insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Die Angabe lediglich des Tages der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der HKP erbracht wurden, ist als zahlungsbegründende Unterlage, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss, nicht ausreichend. So ist z. B. im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen, für die Zeitvergütungen oder unterschiedliche Vergütungen zu verschiedenen Tages-/Nachtzeiten vertraglich vereinbart sind, die konkrete Angabe der Zeit der Leistungserbringung erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung der verpflichtenden Angabe der Zeit der Leistungserbringung zu begrüßen. Die Regelung ist jedoch nicht ausreichend bestimmt und bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass die vorgesehene Regelung der Regelung für die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen mit den Pflegekassen nach § 105 SGB XI entspricht. Entsprechend sieht die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgerwechsels gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Ver-

einbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, nicht einvernehmlich regeln. Hieran wird deutlich, dass ein Abstellen im Gesetzeswortlaut auf die „Zeit der Leistungserbringung“ nicht ausreichend konkret ist.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird weiterhin ausgeführt, dass nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben sind. Dies ist nachvollziehbar. Dieser Aspekt sollte jedoch nicht dazu führen, dass im Gesetzeswortlaut auf die Konkretisierung der Zeit der Leistungserbringung durch Anfangs- und Endzeit verzichtet wird. Hinweise in der Gesetzesbegründung, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist, sind insoweit ausreichend. Diese Interpretation entspricht im Übrigen bereits der heutigen Technischen Anlage zur Richtlinie nach § 302 SGB V, indem bezogen auf den Hausbesuch/den Einsatz der Beginn und das Ende des Einsatzes z. B. als Echtzeit anzugeben ist (der beispielhafte Hinweis auf die Echtzeit ist Ausdruck unterschiedlicher vertraglicher Regelungen).

Auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, ist nicht lediglich die Zeit der Leistungserbringung insgesamt, sondern vielmehr die Anfangs- und Endzeit der vereinbarten Leistungserbringung bezogen auf alle bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben. Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können daher schneller identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegekraft erbracht werden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 61 von 81

C) Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich
zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung anzugeben.“

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 1 a)

§ 2 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der mit gleichem Gesetz vorgesehenen Änderung des § 109 SGB XI wird auch in der daraus resultierenden Verordnung Rechnung getragen.

Zur verbesserten regionalen Bedarfsplanung soll zukünftig auch der Wohnort des Pflegebedürftigen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung durch die Einrichtung übermittelt werden.

bb) Aus dem mit dem Pflegestärkungsgesetz II beschrittenen Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden ergibt sich gleichsam eine Änderung für die Darstellung in der Pflegestatistik.

B) Stellungnahme

aa) Die vorgesehene Erweiterung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

bb) Die vorgesehene folgerichtige Anpassung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 63 von 81

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 1 b)

§ 2 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Pflegestärkungsgesetz II erfolgte Streichung des § 123 SGB XI und der damit einhergehende Wegfall der gesonderten Betrachtung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz führt zu einer entsprechenden Anpassung der Erhebungsmerkmale.

B) Stellungnahme

Die Reduzierung der Erhebungsmerkmale entspricht dem aktuellen Stand des SGB XI und ist somit folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag:

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 64 von 81

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 2 und Nr. 3

§ 3 bzw. § 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die statistischen Ämter sind darauf angewiesen, unter Nutzung aller Kommunikationswege mit der Ansprechperson in der Pflegeeinrichtung in Kontakt zu treten. Die Angaben zu den für Rückfragen zur Verfügung stehenden Personen sollen unter Berücksichtigung einschlägiger Kommunikationsmedien nicht nur deren Namen und Telefonnummern, sondern auch weitere Angaben wie E-Mail-Adressen vorsehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des PSG II wurde in § 17 Abs. 1a die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes bzgl. der Pflegeberatungs-Richtlinien und die unmittelbare Verbindlichkeit dieser Richtlinien für sämtliche bis dahin mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB X betrauten Pflegeberatungsstellen geregelt. Mit diesem Gesetz werden in § 7b weitere kommunale Beratungsstellen benannt, bei denen der Versicherte die Pflegeberatung in Anspruch nehmen kann. Gemäß § 7b Abs. 2a Satz 1 – neu – haben diese kommunalen Beratungsstellen die Pflegeberatungsrichtlinien nach § 17 Abs. 1a ebenfalls zu beachten.

B) Stellungnahme

Zur Klarstellung der Verbindlichkeit der Pflegeberatungsrichtlinien und der Gleichwertigkeit mit den weiteren Beratungsstellen, bei denen der Versicherte eine Pflegeberatung zulasten der Pflegekasse in Anspruch nehmen kann, sollten die kommunalen Beratungsstellen hier neben den bisherigen Beratungsstellen ausdrücklich aufgeführt werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1a Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

Nach den Wörtern und Ziffern: „der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1,“ wird ein Komma und anschließend das Wort und die Ziffern „Absatz 2a“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1 Satz 1 regelt, dass der MDK der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung unverzüglich zu übermitteln hat. Hiermit kann schon nach der heutigen Formulierung nur das Gutachten selbst gemeint sein. Dies sollte gesetzlich klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine Klarstellung, dass das Ergebnis der Prüfung durch die Übersendung des Gutachtens an die Pflegekasse zu übermitteln ist. Denn gerade das Gutachten stellt das Ergebnis der gutachterlichen Arbeit dar, welches die Pflegekasse benötigt, um ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, eigenverantwortlich über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit und alle weiteren Anträge auf Pflegeleistungen zu entscheiden, diese Entscheidung zu begründen und ggf. in einem Rechtsstreit durchzusetzen. Die Ermittlungen des Gutachters dienen der Pflegekasse hierbei als Entscheidungsgrundlage und der am Ende des Gutachtens festgestellte Pflegegrad als Empfehlung, welcher die Pflegekasse in der Regel folgt.

Die Klarstellung harmoniert auch mit der Regelung des § 18 Abs. 6a SGB XI, nach welcher der MDK gegenüber der Pflegekasse in seinem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben hat, die dann als Antrag gelten, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Der Wortlaut der Regelung, die der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und den Kranken- und Pflegekassen dient, lässt keinen Zweifel daran, dass die Pflegekassen das Gutachten zu erhalten haben, um den Antrag zu bearbeiten.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich durch Übersendung des Gutachtens zu übermitteln.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 45a Abs. 4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 für Angebote zur Unterstützung im Alltag umwandeln, können nach der Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Ein verpflichtender Beratungseinsatz entfällt.

B) Stellungnahme

Eine Pflicht zur Durchführung eines Beratungseinsatzes beim Umwandlungsanspruch ist entbehrlich. Es ist nicht nachvollziehbar, dass bei dem Bezug von Pflegegeld Pflegesachleistungsbezieher zwar einen Anspruch auf einen Beratungsanspruch haben, aber keine Pflicht hierzu besteht, zugleich aber eine Pflicht zu einem Beratungstermin beim Umwandlungsanspruch besteht. In beiden Fällen wird der Pflegesachleistungsbetrag in Anspruch genommen, nur bei einem Umwandlungsanspruch soll die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege nachgewiesen werden. Vor dem Hintergrund, dass mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Betreuungsleistungen als gleichwertige Leistungen neben den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gelten, ist die Pflicht eines Beratungseinsatzes noch weniger nachvollziehbar. Um dennoch dem Pflegebedürftigen eine Hilfestellung bei der häuslichen Pflege und der Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen Leistungen zu ermöglichen, wird ein Anspruch auf einen Beratungseinsatz nach Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 eingeräumt.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistungen nach Satz 1, können sie halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Durchführung des Beratungseinsatzes findet unter der Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 statt.“

Abs. 4 Satz 6, 2 Halbsatz ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzung zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 über die Gewähr für die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsüblichen Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze erfasst sind, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Zielsetzung der Zulassungsvoraussetzung der ortsüblichen Arbeitsvergütung konnte weitgehend durch die zwischenzeitliche Einführung des Pflege-Mindestlohns und des allgemeinen Mindestlohns erreicht werden. (Siehe auch unter Nr.16 c und d)

C) Änderungsvorschlag

Im § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 werden die Wörter „sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind“ gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 79a Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird im Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine neue Vorschrift eingefügt, die es den Landesverbänden der Pflegekassen erlaubt, bei tatsächlichen Anhaltspunkten eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung durchzuführen. dabei hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen die Verfahrensgrundsätze zu beschließen.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b und 17 zu den §§ 75, 79 ausgeführt wird grundsätzlich begrüßt, dass der Gesetzgeber eine zusätzliche anlassbezogene Prüfung von fehlerhaften Abrechnungen von pflegerischer Leistung schaffen will und diese Möglichkeit ferner nun auch auf Erstattungsleistungen zu Lasten der Pflegeversicherung und auf Leistungen für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich ausweitet. Um der Gefahr einer weichen Kompromisslösung unter den Vertragsparteien auf Landesebene zu entgehen, ist die Schaffung von bundesweit einheitlichen Verfahrensgrundsätzen unter Berücksichtigung von landesspezifischen Gegebenheiten vorzuziehen. Der GKV-Spitzenverband ist daher zu beauftragen, die Verfahrensgrundsätze zu schaffen. Gleichzeitig ist gesetzlich analog der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 Abs. 2) eine Regelung zu schaffen, die die Träger der Pflegeeinrichtungen unter Androhung der Kündigung des Versorgungsvertrages verpflichtet, die erforderlichen Unterlagen und Auskünfte zu erteilen. (siehe zum Ganzen auch Nr. 16b und 17)

C) Änderungsvorschlag

Die Überschrift des Vierten Abschnittes wird geändert in:

„Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“

Es wird ein § 79a eingefügt:

„(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie

2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen nach Absatz 1. Dabei sind länderspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen. Die Grundsätze sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Sie sind für die Landesverbände der Pflegekassen oder die von ihnen bestellten Sachverständigen verbindlich.

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung zu ermöglichen. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Regelungen der Anlassprüfung nach § 114a bleiben unberührt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 97 Absatz 3 Satz 2 – neu

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Aktuelle Erkenntnisse über Betrugspraktiken ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der Pflege effektiver bekämpfen zu können. Es muss klargestellt werden, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befugt ist, personenbezogene Daten, die von ihm im Rahmen seiner Zuständigkeit erhoben wurden, direkt an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Pflegekassen zu übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Der Deutsche Bundestag hat mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Aufhebung der An-
kündigungspflicht von Anlassprüfungen des MDK in ambulanten Pflegeeinrichtungen be-
schlossen (BT-Drs. 18/6688). Nach § 114a Abs. 1 S. 3 SGB XI sollen Anlassprüfungen bei
ambulanten Pflegeeinrichtungen zukünftig unangemeldet durchgeführt werden. Insbesondere
wenn konkrete Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 2 SGB V,
47a SGB XI vorliegen, sei die Durchführung von unangemeldeten Anlassprüfungen angezeigt.
Zum Schutz der Pflegebedürftigen müsse bei konkreten Anhaltspunkten ein unverzügliches
Handeln der Pflegekassen möglich sein, um Verdachtsfälle schnell aufklären zu können.

Die aufgedeckten Verdachtsfälle müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten in der ge-
setzlichen Pflegeversicherung aber auch nutzbar gemacht werden können. Konkrete Hinweise
aus Prüfungen des MDK werden bislang häufig nicht unmittelbar an die zuständigen Stellen
zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil Rechtsunsicher-
heiten bestehen, ob dafür bereits über § 97 Abs. 2 SGB XI eine Übermittlungsbefugnis der
personenbezogenen Daten hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation,
dass MDK-Prüfer zukünftig einen Hinweis auf Fehlverhalten aufdecken, dann aber daten-
schutzrechtlich gehindert sind, diesen an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis ergibt sich ferner
daraus, dass §§ 197a Abs. 3a SGB V, 47a SGB XI bislang keine entsprechende Rechtsgrundla-
ge für den MDK enthalten.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 72 von 81

C) Änderungsvorschlag

In § 97 Abs. 3 Satz 2 wird zusätzlich „§ 47a Absatz 2 Satz 1“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Entsprechend den Ausführungen zu Artikel 13 Nr. 7 müssen auch in § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI nach dem Wort „Zeit“ die Wörter, „, bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit,“ eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Eine solche Neuregelung hat der Bundesrat bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und mit seinen Empfehlungen zum PSG III erneuert (vgl. BR-Drs. 410/1/16).

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträger austausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber nicht einvernehmlich regeln. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 74 von 81

C) Gesetzesvorschlag

In § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI werden nach dem Wort „Zeit“ die Wörter „, bei
ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit,“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung hinsichtlich der Finanzierungszuordnung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen.

B) Stellungnahme

Seit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes beschließen die Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b unter anderem über die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards. Der Qualitätsausschuss wird hierbei durch die Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt. Die Kosten für die Geschäftsstelle werden aus den Mitteln nach § 8 Absatz 4 finanziert. § 113a Absatz 4 regelt jedoch, dass die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards als Verwaltungskosten gelten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilig von den privaten Versichertenunternehmen zu tragen sind. Bei der Finanzierungszuordnung ist somit eine Klarstellung erforderlich. Es wäre sachlich konsequent und fachlich angezeigt, auch die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards – wie die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 und die Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 – aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4 zu finanzieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 113a Abs. 4 SGB XI wird wie folgt gefasst: „Die Finanzierung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards erfolgt aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4“.

In Folge dessen wird § 8 Absatz 4 Satz 1 SGB XI wie folgt gefasst: „Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sowie der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a sicherzustellen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115a Übergangsregelungen für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) an die gesetzlichen Regelungen in der Fassung nach Einführung des PSG III anzupassen (siehe auch Nr. 21), ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Zudem ist der gesetzliche Auftrag des § 115a in der Form zu erweitern, dass die angepassten QPR eine gesonderte Regelung für die Prüfung von Menschen zu enthalten hat, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an intensivpflegerischen Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung des § 114 sieht vor, dass auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege in den Qualitätsprüfungen geprüft werden dürfen, unabhängig davon, ob von den Pflegeeinrichtungen Leistungen nach § 36 erbracht werden. Zur Umsetzung dieser Neuregelung sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich anzupassen. Dafür ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen, da die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 kurzfristig nicht zu erwarten sind. Der Absatz 4 ist daher entsprechend zu ändern.

Des Weiteren ist ein gesetzlicher Auftrag zu erteilen, in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien eine besondere Regelung für Menschen zu schaffen, die aufgrund eines Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen. Der Gesetzgeber schafft mit dem neu einzuführenden § 275b SGB V grundsätzlich die Möglichkeit einer besonderen Prüfung für Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf, entzieht mit der konkreten Formulierung jedoch die Möglichkeit der Überprüfung von Leistungen für Menschen dieses Versorgungsbedarfes, wenn diese von einem Pflegedienst versorgt werden, der unter die Regelprüfung nach § 114 SGB XI fällt. Für die Prüfung von Leistungen für Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf, die durch einen Pflegedienst versorgt werden, der unter die Regelprüfung nach § 114 fällt, gilt die Zufallsstichprobe der Qualitätsprüfung des SGB XI. Es besteht die Gefahr, dass in diesem Zuge keine Pflegebedürftigen mit intensivpflegerischem Bedarf in der Zufallsstichprobe enthalten sind. Deshalb ist für diese Personengruppe, die

nach dem Willen des Gesetzgebers insbesondere der Prüfung bedarf, eine eigene Stichprobe zu bilden.

C) Änderungsvorschlag

Im Absatz 4 werden die Wörter „am 1. Januar 2016“ gestrichen.

Im Absatz 4 wird ein Satz 2 eingefügt:

„Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der Prüfung von häuslicher Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien Regelungen über die Prüfung von Menschen, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an intensivpflegerischen Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 38 Haushaltshilfen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Durch Artikel 13 Nr. 2 und 3 soll der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, der nach aktueller Rechtslage jeweils für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird angeregt, eine entsprechende Klarstellung ebenso in § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden zum 01.01.2016 die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert (vgl. u. a. § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V). Ergänzend wurde für die vorgenannten Fallkonstellationen ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt. Ausweislich der jeweiligen Gesetzesbegründungen des KHSG sollte damit dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Menschen in den genannten Konstellationen häufig nicht in der Lage sind, sich adäquat mit grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen zu versorgen. Versicherte bedürften in diesen Situationen daher der Unterstützung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können. Im Hinblick auf die bestehenden Leistungsvoraussetzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung konnte der Versorgungsbedarf der Betroffenen zuvor ausweislich der Gesetzesbegründung nicht immer gedeckt werden.

In Fallgestaltungen, in denen die Versicherten aufgrund einer bestehenden Pflegebedürftigkeit Leistungen nach dem SGB XI erhalten, ist der Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie § 39c SGB V entsprechend expliziter Festlegungen in den Gesetzeswortlauten ausgeschlossen. Den diesbezüglichen Regelungen im KHSG insgesamt kann sowohl für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Kurzzeitpflege als auch der Haushaltshilfe der allgemeine Grundsatz entnommen werden, dass die Regelungen zur Schließung einer Versorgungslücke im Bereich des SGB V nicht zu einer veränderten Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führen sollte. Für Pflegebedürftige verbleibt es bei

dem Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung. Dieser Grundsatz wird in der Praxis auch auf die Leistungen der Haushaltshilfe übertragen. Somit ist der Leistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen, sofern bei Versicherten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt, da aufgrund des Anspruchs auf hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI keine Versorgungslücke zu schließen ist. Dies sollte unmittelbar im Gesetzeswortlaut klargestellt und dabei ein Leistungsausschluss ab dem Pflegegrad 2 vorgesehen werden.

C) Gesetzesvorschlag

§ 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 276 Absatz 2 Satz 5 – neu

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Aktuelle Erkenntnisse über Betrugspraktiken ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der häuslichen Krankenpflege effektiver bekämpfen zu können. Es muss klargestellt werden, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befugt ist, personenbezogene Daten, die von ihm im Rahmen seiner Zuständigkeit erhoben wurden, direkt an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Krankenkassen zu übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Bei seinen Prüfungen erhält der MDK sehr umfassende und tiefgehende Einblicke in Sachverhalte und Zusammenhänge der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dabei werden dem MDK auch Sachverhalte über das Zusammenwirken von Leistungserbringern aus mehreren Leistungsbereichen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten auffällig, die ggf. auch Hinweise und Informationen auf eine unzulässige Leistungserbringung, Leistungsabrechnung oder eine unzulässige Zusammenarbeit enthalten können und damit für die Fehlverhaltensbekämpfung der Krankenkassen wertvolle Hinweise für die Einleitung von weitergehenden Ermittlungen und Prüfungen sein können. Die vom MDK aufgedeckten Missstände müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nutzbar gemacht werden können.

Konkrete Hinweise aus Prüfungen des MDK werden bislang aber häufig nicht unmittelbar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil nach wie vor Rechtsunsicherheiten bestehen, ob dafür eine Übermittlungsbefugnis über § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass MDK-Prüfer zwar einen Hinweis auf Fehlverhalten ermitteln, aber datenschutzrechtlich gehindert sind, diesen an die betroffenen Kassen weiterzuleiten.

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis ergibt sich ferner daraus, dass auch § 197a Abs. 3a SGB V keine entsprechende Rechtsgrundlage enthält.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 81 von 81

C) Änderungsvorschlag

In § 276 Abs. 2 Satz 4 wird zusätzlich „§ 197a Abs. 3a“ eingefügt.