Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
vom 22. Juni 2015

anlässlich der Verbändeanhörung
am 9. Juli 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung 5

2. Kommentierung des Gesetzes 8

- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 7 Aufklärung, Auskunft 8
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 7a (Pflegeberatung) 9
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 § 7b (Beratungsgutscheine) 11
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 9 § 8 (Gemeinsame Verantwortung) 11
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13 § 14 (Begriff der Pflegebedürftigkeit) 12
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 14 § 15 (Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument) 12
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 § 17 Richtlinien der Pflegekassen 13
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 17 § 18 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit) 14
- Artikel 1 Nr. 20 § 19 (Begriff der Pflegepersonen) 16
- Artikel 1 Nr. 23 § 28a (Leistungen bei Pflegegrad 1) 16
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 24 § 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung) 17
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 27 § 36 (Pflegesachleistung) 18
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 28 § 37 (Pflegegeld) 19
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 29 § 38 (Kombinationsleistungen) 20
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 30 § 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen) 20
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 31 § 39 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) 21
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 33 § 42 (Kurzzeitpflege) 22

- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 34 § 43 (Inhalt der Leistung für vollstationäre Pflege) 22
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 37 § 44 (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen) 23
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 40 Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels 24
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 41 § 46 (Pflegekassen) 25
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 43 § 55 (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze) 26
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 44 § 75 (Rahmenverträge) 27
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 46 § 84 (Bemessungsgrundsätze) 28
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 47 § 85 (Pflegesatzverfahren) 30
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 55 §92c alt / § 7c neu (Pflegestützpunkte) 31
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 62 § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität) 32
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 64 § 113b (Qualitätsausschuss) 33
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 65 § 114 (Qualitätsprüfungen) 35
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 67 Nr. 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen 35
- Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade 36
- Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 2 (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen) 37
- Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 3 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 1 und 2 39

- Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 3 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 3 39
- Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 4 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 3 40
- Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege) § 1 (Neuverhandlung der Pflegesätze) 40
- Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege) § 2 (Alternative Überleitung der Pflegesätze) 41
- Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege) § 3 (Verfahren für die Umrechnung) 42
- Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege) § 4 Pflichten der Beteiligten 43

3. Ergänzender Änderungsbedarf 45

- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) § 46 Absatz 2 Satz 6 SGB XI neu (Gemeinsamer Widerspruchsbescheid bei Beitragsfestsetzung zur Kranken- und Pflegeversicherung) 45

1. Vorbemerkung

Mit dem PSG II legt die Bundesregierung eine tiefgreifende Pflegereform vor. Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Einführung eines geeigneten Begutachtungsassessments (NBA) löst sie ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein, mit einer entsprechenden Gesetzgebung noch in dieser Wahlperiode einen Schlusspunkt unter die seit vielen Jahren andauernde Diskussion um die Gleichbehandlung von kognitiv, psychisch und somatisch eingeschränkten Personen in der Pflegeversicherung zu setzen. Beides ist durch zwei Expertenbeiräte und zwei Studien vorbereitet worden und fachlich unstrittig.

Das Pflegestärkungsgesetz II wird ein Meilenstein in der Pflegeversicherung, dessen sozialpolitischer Gehalt nicht unterschätzt werden darf. Es ist die wichtigste pflegepolitische Maßnahme in der 18. Wahlperiode. Der vorliegende Referentenentwurf zum PSG II ist insgesamt als sehr gelungen zu bezeichnen. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass von Seiten der Ersatzkassen nur wenige Änderungen vorgeschlagen werden.

Erwartungsgemäß ist eine Reform dieses Umfangs und dieser Tiefe nicht im avisierten Rahmen zu finanzieren. Insbesondere die umfassenden Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen verteuern die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstrumentariums. Sie sorgen aber dafür, dass das neue System bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Akzeptanz erfährt. Zur Finanzierung der Pflegereform wird der Beitragssatz zum 1.1.2017 um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Dies führt laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2020 sollen diese auf rund 2,7 Milliarden Euro steigen. Dem gegenüber stehen Mehrausgaben von 3,74 Milliarden Euro im Jahr 2017, 2,48 Milliarden Euro im Jahr 2018, 2,41 Milliarden Euro im Jahr 2019 und 2,42 Milliarden Euro im Jahr 2020. Durch die Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen entstehen in diesem Zeitraum zusätzliche Kosten von 4,4 Milliarden Euro. Mit den Einnahmen aus der Beitragssatzerhöhung sind die Mehrausgaben durch das PSG II nicht zu finanzieren. Die Pflegekassen werden auf die Mittel im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zurückgreifen und diese beträchtlich abschmelzen müssen. Angesichts der Wichtigkeit dieser Reform und den manifesten Verbesserungen für die Pflegebedürftigen ist der Einsatz der Mittel aus dem Ausgleichsfonds zur Finanzierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein gangbarer Weg.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes noch in dieser Wahlperiode wird eine Forderung der Ersatzkassen erfüllt. Dass die Pflegebedürftigen bereits zum 1.1.2017 vom neuen System profitieren sollen, ist angesichts der durch die Selbstverwaltung zu erledigenden Vorarbeiten ambitioniert (Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinie, Vorlage beim BMG, Ausschreibungsverfahren und Anpassung der MDK-Software usw.).

Pflegebedürftigkeitsbegriff, Überleitungsregelungen, Bestandsschutz

Mit der Reform werden aus drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Bereits Pflegebedürftige werden automatisch in das neue System übergeleitet. Dabei gelten folgende Überleitungsregelungen: Somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige erhalten einen einfachen Stufensprung. Das bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger zum Beispiel von Pflegestufe 1 zu Pflegegrad 2 wechselt. Demenziell Erkrankte erhalten einen doppelten Stufensprung. Dadurch entfällt die Neubegutachtung. Sollte der Pflegebedürftige diese dennoch wünschen, gilt auch bei einer geringeren Einstufung der höhere Pflegegrad fort. Hier folgt die Bundesregierung nicht der Empfehlung des Expertenbeirates. Dies ist insofern problematisch, als dass dadurch ein Anreiz für eine Neubegutachtung gesetzt wird und der MDK mit einer Vielzahl an Neubegutachtungsanträgen konfrontiert werden könnte. Zur Vermeidung von temporären Überlastungen der Verwaltungs- und Arbeitsstrukturen sollte deshalb ein Neubegutachtungsbegehren im Vergleich zu Erstbegutachtungen nachrangig behandelt werden.
In der stationären Pflege galt bisher, dass sich mit der Höhe der Pflegestufe auch der Eigenanteil des Pflegebedürftigen erhöht. Um die bisherigen Leistungsbezieher nicht schlechter zu stellen, wird diese Korrelation aufgegeben. Zukünftig ist ein Eigenanteil zu leisten, der für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 gleich ist, sich aber zwischen den Einrichtungen unterscheidet. Für Pflegebedürftige, die heute die Pflegestufe 1 erreichen, wäre der Eigenanteil im neuen System höher; daher bekommen diese einen Bestandsschutz. Für Menschen, die nach dem 1.1.2017 pflegebedürftig werden, gilt dieser Bestandsschutz nicht. Vor dem Hintergrund der Wichtigkeit dieser Reform, den vielen Verbesserungen, die direkt bei den Betroffenen ankommen und dem Umstand, dass aus dieser Personengruppe viele später in höheren Pflegegraden in Bezug auf den Eigenanteil entlastet werden, erscheint dieses Vorgehen vertretbar. Im Ergebnis wird durch die Pflegereform niemand der bereits Pflegebedürftigen schlechter gestellt. Auch dies entspricht einer Forderung der Ersatzkassen und wird ebenfalls maßgeblich zur Akzeptanz beitragen.

Pflegeberatung

Das neue System ist sehr komplex. Alle Beteiligten betreten mit seiner Umsetzung Neuland. Insbesondere für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wird der Informationsbedarf zunächst sprunghaft ansteigen. Insofern erscheint es konsequent, auch die Beratungsstrukturen zu überprüfen und an die neue Bedarfslage anzupassen. Die Bundesregierung sieht hierfür ein ganzes Bündel an Maßnahmen vor. Im Weiteren ist darauf zu achten, dass die bestehenden Angebote sinnvoll integriert werden und keine unnötige Bürokratie geschaffen wird. Unter anderem durch die Neustrukturierung von Auskunft, Information und Beratung werden zudem dauerhaft höhere Verwaltungsausgaben anfallen. Auch aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber die mit dem PSG II geplante Absenkung der Verwaltungskostenpauschale überdenken.

Pflegequalitätsmessung

Mit dem PSG II wird auch das interne Qualitätsmanagement, die externe Qualitätsprüfung und die Qualitätsberichterstattung reformiert. Die bisherige

Schiedsstelle Qualitätssicherung wird zum Qualitätsausschuss. Kann sich der Qualitätsausschuss nicht einigen, wird eine Entscheidung im erweiterten Qualitätsausschuss unter Einbezug eines unparteiischen Vorsitzenden und zweier unparteiischer Mitglieder getroffen. Insbesondere der Umstand, dass der unparteiische Vorsitzende durch das BMG bestimmt werden soll, wird als tiefer Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung abgelehnt.

Die qualifizierte Geschäftsstelle unterstützt die Arbeit des Qualitätsausschusses, zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren. Eine der Aufgaben des Ausschusses wird es sein, ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten zu erarbeiten - bis zum 31.12.2017 für den stationären Bereich und bis zum 31.12.2018 für den ambulanten Bereich. Bis zur Erarbeitung gelten die Pflegenoten fort. Auch die Ersatzkassen halten es für notwendig, dass die Pflegenoten wieder aussagekräftiger werden. Gut ist, dass die Pflegenoten zunächst weiter gelten sollen – trotz aller Kritik ist dies besser als keine Transparenz. Auch, dass die Veröffentlichung der Qualitätsdarstellungen bei den Landesverbänden der Pflegekassen verbleibt, ist zu begrüßen. Entscheidend wird sein, wie handlungsfähig der neugesetzte Rahmen ist. Bisher scheiterte die Weiterentwicklung des Transparenzsystems an den Leistungserbringern.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5
§ 7 Aufklärung, Auskunft

Sachverhalt:
Die Aussagen zur Pflegeberatung werden in § 7a verschoben. Aufgabe der Pflegekassen nach § 7 ist zukünftig die Aufklärung und Auskunft der Versicherten. Diese kann durch alle Mitarbeiter der Pflegekassen erfolgen. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Pflegebedürftigen bei Antragsstellung unverzüglich über die unentgeltliche Pflegeberatung, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt und die Preisvergleichslisten sowie Verträge zur integrierten Versorgung zu informieren. Preisvergleichslisten müssen nur noch auf Wunsch des Versicherten ausgedruckt zur Verfügung gestellt werden. Ansonsten reicht ein Hinweis auf eine Internetseite, auf der die Informationen abrufbar sind. Die Preisvergleichslisten müssen zukünftig auch Informationen zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag (vormals niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen) beinhalten. Die Übermittlung der Informationen über zugelassene Angebote nach Landesrecht erfolgt im Wege der elektronischen Datenübertragung. Hierfür vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zuständigen Stellen das Nähere zur Übermittlung.

Bewertung:
Die klare Trennung zwischen den Aufgaben der „Aufklärung und Information“ und der „Pflegeberatung“ wird begrüßt. Während erstes Basisinformationen bietet (zum Beispiel, welche Leistungen zur Verfügung stehen) und zum Tagesgeschäft der Pflegekassen gehört, umfasst die Pflegeberatung weiterführende Aufgaben, die auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans umfassen. Die Beratung im Sinne des § 14 SGB I zu individuellen Ansprüchen des einzelnen Versicherten, die zwar über die reine Aufklärung und Auskunft hinausgeht, aber nicht das Ausmaß der Pflegeberatung erreicht, fehlt jedoch nun. Der Beratungsanspruch bzw. die Beratungsverpflichtung besteht durch die Streichung der Beratung in § 7 nur noch nach § 7a in der Form der Pflegeberatung. Folglich dürfen Pflegekassen nur noch qualifizierte Pflegeberater nach § 7a einsetzen. In der Praxis wird es aber nicht die Regel sein, dass tatsächlich der Bedarf für eine Pflegeberatung nach § 7a mit entsprechender Versorgungsplanung besteht. Derzeit nimmt nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen einen umfangreiche Pflegeberatung in Anspruch. Insoweit bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass im Rahmen der §§ 7 und 7a auch eine Beratung – vergleichbar mit einer Beratung nach § 14 SGB I – erfolgen kann, die auch durch nicht besonders qualifizierte Pflegeberater nach § 7a erfolgen kann, wenn kein umfangreicher Beratungsbedarf besteht.

Der Verzicht auf die regelhafte Übersendung der Ausdrucke der Preisvergleichslisten in Papierform wird aus verwaltungsökonomischen Gründen befürwortet. Die Erweiterung der Informationen für Pflegebedürftige um Angaben zur integrierten Versorgung, aber vor allem um die Angebote zur Unterstützung im Alltag, ermöglicht den Pflegebedürftigen und Pflegenden einen optimalen Überblick über ihre Versorgungsmöglichkeiten und die Auswahl des persönlichen Versorgungsmixes.

Die elektronische Übermittlung der Informationen von den nach Landesrecht zuständigen Stellen an die Landesverbände der Pflegekassen ist sachgerecht und verwaltungsarm. Die Veröffentlichung der zusätzlichen Informationen sollte auf den bereits bestehenden Portalen der Pflegekassen, z. B. www.pflegelotse.de, erfolgen, da die Nutzer mit den Portalen bereits vertraut und alle Informationen an einem Ort abrufbar sind. Um eine Vergleichbarkeit der Angebote, gerade in Versorgungsgebieten an Landesgrenzen, gewährleisten zu können, ist eine möglichst bundeseinheitliche Datenübertragung wünschenswert. Der GKV-Spitzenverband sollte daher in den Empfehlungen nach § 45c auch Grundlagen für die einheitliche Datenübertragung beschließen.

Änderungsvorschlag:
Klarstellung, dass eine Beratung nach § 14 SGB I ohne besonders qualifizierte Pflegeberater nach § 7a erfolgen kann, wenn kein umfangreicher Beratungsbedarf besteht.

In § 45c Absatz 7 -neu- wird Satz 1 wie folgt gefasst:
„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung, sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen sind auch Grundsätze zu Inhalten der Datenübermittlung nach § 7 Absatz 4 zu regeln.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6
§ 7a (Pflegeberatung)

Sachverhalt:
Die Pflegekassen sollen den Anspruchsberechtigten möglichst schnell eine/n festen Pflegeberater/in bzw. eine Pflegeberatungsstelle für die Pflegeberatung nennen, der/die auch für spätere Anfragen zur Verfügung steht. Die Pflegeberatung hat nach den einheitlichen Vorgaben der neu zu schaffenden Richtlinien zur Pflegeberatung nach § 17 Absatz 1a zu erfolgen. Zukünftig sind die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 bei der Pflegeberatung zu be-

rücksichtigen. Die Erstellung eines Versorgungsplans hat nach den einheitlichen Vorgaben der neu zu schaffenden Richtlinien zur Pflegeberatung nach § 17 Absatz 1a zu erfolgen. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch des Anspruchsberechtigten auch gegenüber den Angehörigen ohne seine Anwesenheit erfolgen. Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31.7.2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern abzugeben. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren mit der PKV, den Sozialhilfeträgern und den kommunalen Spitzenverbänden Rahmenverträge zur Zusammenarbeit in der Beratung. Der GKV-Spitzenverband hat dem BMG alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2020, einen Bericht über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung vorzulegen.

Bewertung:
Die zunehmende Angebotsvielfalt und die Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme haben einen höher werdenden Beratungsbedarf bei den Versicherten zur Folge. Die Erweiterung des Beratungsauftrages der Pflegekassen, die Vereinheitlichung der Beratungsinhalte und die stärkere Vernetzung der Akteure gewährleistet die notwendige Unterstützung und Begleitung der Anspruchsberechtigten bei der Auswahl des individuellen Versorgungsmixes und wird vom vdek befürwortet.

Der Wegfall der Beratung nach § 7 hat zur Folge, dass nur noch der Beratungsanspruch bzw. die Beratungsverpflichtung nach § 7a in Form der Pflegeberatung besteht. Folglich dürften die Pflegekassen für jegliche Formen der Beratung nur noch qualifizierte Pflegeberater nach § 7a einsetzen. In der Praxis wird in der Regel nicht der Bedarf für eine Pflegeberatung nach § 7a mit entsprechender Versorgungsplanung bestehen. Insoweit bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass im Rahmen des § 7a auch eine Beratung – vergleichbar mit einer Beratung nach § 14 SGB I – erfolgen kann und dass diese nicht durch qualifizierte Pflegeberater nach § 7a durchgeführt werden muss.

Änderungsvorschlag:
Die Pflegekasse hat immer eine Pflegeberatung nach § 7a durch einen konkret benannten Ansprechpartner aktiv anzubieten. Dieser Ansprechpartner muss über die entsprechende Qualifikation zum Pflegeberater nach § 7a verfügen. Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass eine Beratung nach § 14 SGB I ausreichend ist, muss keine Pflegeberatung nach § 7a mit Versorgungsplanung erfolgen. Für diese Beratung bedarf es auch keiner Qualifikation nach § 7a.

In § 7a Absatz 3 ist der Satz „*Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31.8.2008 Empfehlungen ab.*“ aus redaktionellen Gründen zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7
§ 7b (Beratungsgutscheine)

Sachverhalt:
Die Verpflichtung, einen Beratungstermin innerhalb von 14 Tagen anzubieten, wird von Erstanträgen grundsätzlich auf alle Beratungsgesuche von Anspruchsberechtigten ausgeweitet.

Bewertung:
Eine möglichst zeitnahe Pflegeberatung und damit hilfreiche Unterstützung der Anspruchsberechtigten ist bereits heute das Ziel aller Ersatzkassen. Durch die Neuregelung sind die Pflegekassen ergänzend zum Erstantrag auch bei weiteren Anlässen verpflichtet, aktiv eine Pflegeberatung nach § 7a mit konkretem Ansprechpartner und Termin anzubieten. Diese Ausweitung geht an der wirklichen Bedarfslage der Pflegebedürftigen vorbei und führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand. Nur ein Bruchteil der so vergebenen Termine würde tatsächlich in Anspruch genommen werden. Bereits heute besteht bei erstmaligen Anträgen auf Pflegeleistungen eine Verpflichtung der Pflegekassen zu einer Pflegeberatung nach § 7a, die zukünftig ergänzt wird durch Vorgaben im Rahmen der Begutachtung nach § 18, wonach der Antragssteller über die besondere Bedeutung der Pflegeberatung mit Versorgungsplanung aufzuklären ist. Um der Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, sollte ein zusätzlicher Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a auf Wunsch des Pflegebedürftigen aufgenommen werden. An der Verpflichtung zum aktiven Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a durch die Pflegekassen sollte nur festgehalten werden, wenn schwerwiegende, kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt werden (Fälle nach § 115).

Änderungsvorschlag:
§ 7b Satz 1 wird wie folgt gefasst: „*Die Pflegekasse hat dem Antragssteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrages auf Leistungen nach diesem Buch, auf Wunsch des Antragsstellers und in den Fällen des § 115 Absatz 4 entweder*“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 9
§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)

Sachverhalt:
Die dem neuen Qualitätssauschuss nach § 113b Absatz 6 zuarbeitende, quali-

fizierte Geschäftsstelle sowie die zur Weiterentwicklung der Qualitätsprüfung- und Darstellung notwendigen wissenschaftlichen Projekte werden aus Mitteln nach § 8 Absatz 3 finanziert.

Bewertung:
Die Finanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds, die für Modellprojekte bestimmt sind (§ 8 Absatz 3), ist sinnvoll und kann ohne Einschränkung anderer Modellprojekte erfolgen.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 13
§ 14 (Begriff der Pflegebedürftigkeit)

Sachverhalt:
Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird eingeführt.

Bewertung:
Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird eine langjährige Forderung des vdek umgesetzt. Ausdrücklich begrüßt wird die eindeutige Regelung der für die Beurteilung maßgeblichen Aktivitäten und Fähigkeiten, da hiermit die Grundlage für eine möglichst rechtssichere Umsetzung geschaffen wird.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14
§ 15 (Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument)

Sachverhalt:
Die Vorschrift regelt die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit anhand des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Hierzu gehört die Definition der Module, der möglichen Schweregrade der Beeinträchtigung, der Punktbereiche, der Gewichtung der Module und schlussendlich der Pflegegrade 1 bis 5. Die Festlegung der Punktbereiche und gewichteten Punktwerte wird im Gesetz

nicht vorgenommen und soll per Rechtsverordnung durch das BMG erlassen werden.

Bewertung:
Die Einführung des NBA ist die logische Konsequenz der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das NBA ermöglicht die einheitliche Erfassung kognitiver, psychischer und somatischer Beeinträchtigung und stellt somit eine Verbesserung zum jetzigen Begutachtungsinstrument dar. Durch die Regelung zur Festlegung und Änderung der Punktwerte und gewichteten Punktwerte durch das BMG im Rahmen einer Rechtsverordnung, besteht die Möglichkeit - entgegen pflegefachlicher Gründe - die Zuordnung zu den Pflegegraden zu steuern.

Bei der Einstufung der Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten liegt ein redaktioneller Fehler vor. Für die Zuordnung zu Pflegegrad 5 werden zwei Punktbereiche angegeben.

Änderungsvorschlag:
§ 15 Absatz 5 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern: „*Ab 70 bis 100 Punkten in den Pflegegrad 5.*“

§ 15 Absatz 5 Nr. 5 wird gestrichen.

Im Sinne von Planbarkeit und Transparenz sollte die Festlegung der Punktwerte und gewichteten Punktwerte verbindlich im Rahmen des § 15 erfolgen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

Sachverhalt:
Der GKV-Spitzenverband erlässt eine Richtlinie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments, die die heutigen Begutachtungsrichtlinien ersetzt. Er erhält zudem eine neue Richtlinienkompetenz zum Erlass einer Richtlinie zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung, die für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kassen, der Beratungsstellen nach § 7b und der Pflegestützpunkte verbindlich ist. Die Richtlinie ist bis zum 31.7.2018 zu erlassen. Diese steht unter Genehmigungsvorbehalt des BMG. Es wird die Möglichkeit des Selbsteintrittes des BMG für den Fall festgeschrieben, dass der Erlass der o. g. Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband nicht fristgemäß erfolgt.

Bewertung:
Der Erlass einer Richtlinie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments ist notwendig und eine Folgeänderung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des NBA. Die Einführung einer Richtlinie zur Pflegeberatung vereinheitlicht die Pflegeberatung sinnvoll.

Die Notwendigkeit der Genehmigung von Richtlinien durch das BMG entspricht der geübten Praxis des SGB XI. Das Selbsteintrittsrecht dient aus Sicht des BMG in diesem Fall der Absicherung des Gelingens der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Damit greift das BMG in das Selbstverwaltungsrecht ein. Es ist nachvollziehbar, dass bei einem Projekt von hoher sozialpolitischer Bedeutung wie der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes eine rechtssichere „Reißleine“ etabliert werden soll.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 17
§ 18 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Sachverhalt:
Die Neuregelung des § 18 umfasst verschiedene redaktionelle Änderungen bei der gesetzlichen Beschreibung der Pflegebegutachtung in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Antragssteller werden zudem zukünftig im Rahmen der Begutachtung auf die Bedeutung des Gutachtens für die Beratung und Erstellung eines Versorgungsplans hingewiesen. Das Gutachten wird dem Antragssteller mit dem Bescheid über die Feststellung des Pflegegrades übermittelt, sofern der Übermittlung nicht widersprochen wurde. Es wird darüber hinaus klargestellt, dass sich die Regelung zur Verzögerungsgebühr nicht auf Antragssteller in vollstationären Pflegeeinrichtungen bezieht. Im Rahmen der Begutachtung hat der MDK auch Beeinträchtigungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung (Module 7 und 8) festzustellen. Es wird ebenfalls geregelt, dass die Feststellung zur medizinischen Rehabilitation aufgrund eines bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens zu erfolgen hat.

Die Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelempfehlung des MDK im Rahmen des Gutachtens gilt bei Zustimmung des Versicherten als Antrag. Die medizinische Erforderlichkeit und Notwendigkeit der Versorgung wird vermutet. Eine Überprüfung durch die Kasse ist damit grundsätzlich abgeschlossen. Über den Antrag auf Hilfsmittel muss spätestens mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegbedürftigkeit entschieden werden.

Bewertung:
Die Änderungen sind weit überwiegend sinnvoll. Grundsätzlich gilt das auch für den Ansatz, die Neuregelung der Antragsstellung auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel versichertenfreundlich zu gestalten. Schon heute werden zudem Empfehlungen für eine Hilfsmittelversorgung aus den MDK-Gutachten in einen Antrag auf Hilfsmittel umgedeutet; somit findet hier eher eine gesetzliche Klarstellung statt. Der Gesetzesvorschlag berücksichtigt jedoch nicht, dass die Entscheidung über die Hilfsmittelversorgung nicht durch die Pflegekassen, sondern durch die Krankenkassen erfolgen muss. Daher scheidet eine gemeinsame Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit und die Hilfsmittelversorgung aus.

Für eine kurzfristige Leistungsgewährung gelten schon heute die Fristen nach § 13 Absatz 3a SGB V bzw. § 14 SGB IX, sofern ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. Der Antrag kann frühestens mit der Zustimmung des Versicherten als gestellt gelten, nicht rückwirkend mit Eingang des Gutachtens.

Die Letztentscheidung über die Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln muss durch die Kranken- bzw. Pflegekasse getroffen werden. Alles andere wäre nicht systemgerecht. Die Begründung ist diesbezüglich unklar und daher zu ergänzen. Ebenfalls präzisiert werden sollte, dass das Einverständnis des Versicherten durch den Gutachter des MDK dokumentiert wird.

Änderungsvorschlag:
§ 18 Absatz 6a (neu) wird wie folgt gefasst:
„(*6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Zustimmung des Versicherten wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter dokumentiert. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt.*“

In der Begründung zu Nr. 17 Buchstabe f) werden die Sätze 7-10 gestrichen. Angefügt wird der Satz „*Die leistungsrechtliche Entscheidung verbleibt bei der Pflege- oder Krankenkasse.*“ angefügt.

Artikel 1
Nr. 20
§ 19 (Begriff der Pflegepersonen)

Sachverhalt:
Die Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson wird neu definiert. Leistungen erhalten Pflegepersonen zukünftig, wenn sie regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegen.

Bewertung:
Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden im Begutachtungsverfahren bei der Einstufung in einen Pflegegrad keine Pflegezeiten mehr festgestellt. Die zeitliche Anknüpfung (bisher 14 Stunden wöchentlich) an die Pflegetätigkeit muss daher entfallen. Die neue Regelung ist aus Sicht des vdek jedoch nicht ausreichend differenziert. Rentenversicherungsrechtliche Ansprüche können zukünftig beispielsweise schon entstehen, wenn der (alleinige) Pflegende zweimal wöchentlich den Pflegebedürftigen für eine halbe Stunde betreut. Hier muss nachgebessert werden.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1
Nr. 23
§ 28a (Leistungen bei Pflegegrad 1)

Sachverhalt:
Die Leistungen bei Pflegegrad 1 werden definiert. Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten Beratungs- und Geldleistungen. Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Sachleistungsangebote können ebenfalls im Rahmen der Kostenerstattung bis zu einem Betrag von 125 Euro in Anspruch genommen werden.

Bewertung:
Aufgrund des verhältnismäßig geringen zur Verfügung stehenden Betrages für Sachleistungen wurde das Kostenerstattungsprinzip gewählt. Dies betrifft auch die Vertragspartner der Pflegekassen (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen). Zukünftig gibt es also regelhaft zwei Abrechnungswege für Leistungserbringer: Zum einen die Direktabrechnung mit der Pflegekasse und zum anderen den Weg über den Pflegebedürftigen im Rahmen der Kostenerstattung.

Die Kostenerstattung ist aus Sicht des vdek nicht zielführend. Sie führt zu erhöhtem Aufwand für Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftige und Pflegekassen

(Rechnung ausstellen, Bezahlen, Einreichen, Rechnungsprüfung und Erstattung). Allenfalls für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2, die oft kurzfristig in Anspruch genommen werden, könnte das Kostenerstattungsprinzip nützlich sein.

Änderungsvorschlag:
§ 28a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„*(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 eingesetzt werden. Die Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 werden den Anspruchsberechtigten auf Antrag erstattet.*“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 24
§ 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt:
Der nächste Zeitpunkt für die Überprüfung durch die Bundesregierung, ob eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung notwendig ist, wird von 2017 auf 2020 verschoben.

Bewertung:
Die vorgesehene Regelung ermöglicht eine Dynamisierung der Leistungen frühestens im Jahr 2020. Zudem wird weiter auf ein Prüfrecht der Bundesregierung abgestellt. Der vdek fordert schon länger verbindliche Regelungen, die an eine wirtschaftliche Kenngröße gekoppelt ist, um die Leistungsbeträge in der Zukunft vor einer schleichenden Entwertung zu schützen.

Änderungsvorschlag:
Aufnahme einer Regelung, die eine verbindliche Anpassung der Leistungsbeträge gemessen an einer wirtschaftlichen Kenngröße vorsieht.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 27
§ 36 (Pflegesachleistung)

Sachverhalt:
Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und Leistungsbeträge werden neu definiert. Die Sachleistung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 umfasst zukünftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Definiert werden auch die Bereiche, die von der Leistungserbringung ausgeschlossen sind (Kindergarten, Schule, Krankenbehandlung, usw). Des Weiteren werden die Formulierungen zum Leistungsausschuss für Fälle, in denen die Eingliederungshilfe für die Erbringung zuständig ist, an die neuen Regelungen angepasst. Anspruch auf häusliche Pflegehilfe besteht auch, wenn die Anspruchsberechtigten nicht im eigenen Haushalt gepflegt werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 (z. B. Krankenhäuser) gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe kann durch Pflegekräfte, die bei Pflegekassen oder Pflegediensten angestellt sind sowie durch Einzelpflegekräfte nach § 77 erbracht werden. Ambulante Pflegeleistungen können gepoolt werden.

Bewertung:
Die Neudefinition der Leistungsinhalte ist eine notwendige Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und spiegelt das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit wider. Hierdurch ergibt sich ein völlig neues Leistungsspektrum. Die Integration der Leistungen der Betreuung als gleichwertige und regelhafte Leistung neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und den Hilfen der Haushaltsführung wird ausdrücklich begrüßt, weil hiermit die Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen in Bezug auf die gewünschte Unterstützung erheblich gestärkt und eine Gleichbehandlung kognitiver, psychischer und somatischer Beeinträchtigung erreicht wird.

Die Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe, der Krankenversicherung und Pflegeversicherung wird seit Längerem kontrovers diskutiert. Durch die Verankerung der Betreuungsleistungen als gleichberechtigte Leistung der Pflegeversicherung wird sich die Abgrenzungsproblematik weiter verschärfen. Problematisch ist die Formulierung, dass Pflegeleistungen nicht erbracht werden dürfen, wenn Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe „finanziert“ werden. Es ist bereits heute zu beobachten (z. B. im Bereich der häuslichen Krankenpflege), dass sich die Träger Eingliederungshilfe aus der Finanzierung mittels vertraglicher Anpassung immer weiter zurückziehen. Dies ist nicht akzeptabel, da sich dadurch die Leistungsverpflichtung in den Bereich der Pflegeversicherung und damit z. T. in die Finanzierungsverantwortung der Pflegebedürftigen verschiebt. Die Regelung sollte – auch im Zusammenhang mit der Diskussion zum Bundesteilhabegesetz – konkretisiert werden, um Rechtssicherheit für die Betroffenen zu gewährleisten. Das Vorrang-Nachrang-

Verhältnis ist klar herauszustellen. Es darf nicht zu finanziellen Verschiebebahnhöfen zulasten der Sozialen Pflegeversicherung kommen.

Änderungsvorschlag:
In § 36 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „*finanziert werden*“ durch die Wörter „*zu gewähren sind*“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 28
§ 37 (Pflegegeld)

Sachverhalt:
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstatt Sachleistungen Pflegegeld wählen. Voraussetzung hierfür ist die Sicherstellung der häuslichen Pflege. Hälftiges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen weitergezahlt. Die Beträge für den Beratungseinsatz werden um jeweils einen Euro erhöht. Pflegegeldbezieher der Pflegegrade 2 und 3 müssen halbjährlich, Pflegegeldbezieher der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich einen Beratungseinsatz nachweisen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 und Pflegebedürftige, die Sachleistungen nach § 36 beziehen, dürfen halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen bis zum 1.1.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.

Bewertung:
Die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes über vier Wochen hinaus entspricht einer Forderung des vdek im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes.

Die Ausweitung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch auf Sachleistungsbezieher wird ebenfalls begrüßt. Dies ist vor dem Hintergrund der immer vielfältiger werdenden Leistungsangebote und der Verabschiedung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche gemäß Absatz 5 -neu- und der damit einhergehenden Verbesserung der Qualität der Beratungseinsätze sinnvoll.

Aufgrund der Blockadehaltung der Leistungserbringerverbände konnten bisher keine Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche verabschiedet werden. Mit der gesetzlichen Verpflichtung zum Beschluss von Empfehlungen schlägt der Gesetzgeber den richtigen Weg ein.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 29
§ 38 (Kombinationsleistungen)

Sachverhalt:
Hälftiges anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen weitergezahlt.

Bewertung:
Die Weiterzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes über vier Wochen hinaus entspricht einer Forderung des vdek im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 30
§ 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Sachverhalt:
Der pauschale monatliche Wohngruppenzuschlag wird von 205 Euro auf 214 Euro erhöht. Die Formulierungen zu den Leistungsvoraussetzungen werden an die neuen Begriffe zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit angepasst.

Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen haben regelhaft keinen Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege. Anspruch besteht für diesen Personenkreis nur, wenn die Pflege ohne teilstationäre Leistungen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die Beurteilung übernimmt der MDK.

Bewertung:
Die Regelung zum Anspruch auf teilstationäre Leistungen für Wohngruppenmitglieder ist sachgerecht, da das originäre Ziel einer Wohngruppe die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung rund um die Uhr innerhalb einer Gemeinschaft ist. Angebote der Tages- und Nachtpflege sind in dieser Versorgungsform regelhaft nicht notwendig. Die Regelung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 31
§ 39 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

Sachverhalt:
Anspruch auf Verhinderungspflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Bei einer Ersatzpflege durch Personen, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können die Aufwendung der Pflegekassen sich auf bis zu 1.612 Euro belaufen. Der Leistungsbetrag von 1.612 Euro kann um bis zu 806 Euro aus nicht in Anspruch genommen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden. Bei erwerbsmäßiger Pflege durch Angehörige sowie für den Fall, dass notwendige Aufwendungen von nahen Angehörigen oder Haushaltmitgliedern nachgewiesen werden, können ebenfalls bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege genutzt werden.

Bewertung:
Die Regelung zur Übertragung von Mitteln der Kurzzeitpflege wird klarer gefasst und auf alle Fallkonstellationen der Verhinderungspflege ausgeweitet. Dies führt zu einer Leistungsverbesserung und Verfahrensvereinfachung und wird begrüßt.

Der vdek schlägt darüber hinaus vor, die Leistungen der Verhinderungs- und Ersatzpflegepflege noch flexibler zu gestalten.

1. Die Unterscheidung zwischen pflegenden Angehörigen, die die Pflege erwerbsmäßig durchführen, und denen, die diese nicht erwerbsmäßig durchführen, sollte entfallen. Dies wäre besser nachvollziehbar und würde die Leistung entbürokratisieren. Bei einer Pflege durch Angehörige sollte generell auf den Pflegegeldbetrag abgestellt werden. Dabei sollten die bisherigen Regelungen zu einer darüber hinausgehenden Erstattung von nachweisbaren Aufwendungen beibehalten werden.

2. Die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sollten unter voller Berücksichtigung beider Leistungsbeträge zu einer Leistung zusammengefasst werden. Pflegebedürftige könnten diese Leistung flexibel und bedarfsgerecht einsetzen. Durch weniger Ausnahmeregelungen wäre sie gleichzeitig transparenter. Durch die höhere Verständlichkeit wäre es möglich, ihre Akzeptanz zu erhöhen. Zudem ließe sich die Pflege entbürokratisieren, da Prüfungen entfielen.

3. Ebenfalls entfallen sollte die zeitliche Begrenzung des Anspruches. Hiermit setzt der Gesetzgeber eine Hürde, die faktisch nicht greift, trotzdem aber die Handhabung der Leistung verkompliziert: In der Praxis begrenzt nicht die Dauer der Inanspruchnahme die Leistung – sondern der Höchstbetrag. Dieser ist regelmäßig vor Erreichen der 42 Tage erschöpft. Die bisher not-

wendige Vorpflegezeit von sechs Monaten als Anspruchsvoraussetzung müsste bei einer zusammengelegten Leistung entsprechend entfallen.

Änderungsvorschlag:
Die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden unter Wegfall der Vorpflegezeit und der Unterscheidungen zwischen erwerbsmäßiger und nicht erwerbsmäßiger Pflege durch die Angehörigen zusammengefasst.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 33
§ 42 (Kurzzeitpflege)

Sachverhalt:
Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für einen Zeitraum von maximal acht Wochen.

Bewertung:
Die maximale Anspruchsdauer wird von grundsätzlich vier auf acht Wochen heraufgesetzt. Die betragsmäßige Höchstgrenze verbleibt bei 1.612 Euro und kann um bis zu 1.612 Euro aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege erhöht werden. Die einheitliche Höchstanspruchsdauer vereinfacht die Beratung und Leistungsgewährung.

Der vdek schlägt zudem vor, die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege durch Zusammenlegung noch flexibler zu gestalten (siehe Kommentierung von Artikel 1 Nr. 31).

Änderungsvorschlag:
Die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden zusammengefasst.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 34
§ 43 (Inhalt der Leistung für vollstationäre Pflege)

Sachverhalt:
Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5; ebenfalls wird die Höhe der Leistungsbeträge definiert. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Form einer Kostenerstattung zur vollstationären Pflege in Höhe von 125 Euro. Ist vollstationä-

re Pflege nicht erforderlich, erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Der einheitliche Eigenanteil des Pflegebedürftigen erhöht sich in diesem Fall entsprechend.

Bewertung:
Die Abschlagsregelung bei Nichterforderlichkeit einer vollstationären Versorgung hält der vdek für nicht sachgerecht. Pflegebedürftige sollten die Auswahl der Versorgungsform aufgrund ihrer individuellen Präferenzen treffen können und nicht aufgrund finanzieller Sanktionen. Zudem ist die Abschlagsregelung vor dem Hintergrund der neu festgelegten Leistungsbeträge für ambulante und stationäre Sachleistungen zu bewerten. Vor allem deshalb, weil Leistungsbeträge für die ambulante Sachleistung teilweise sogar höher als für die vollstationäre Versorgung sind. Zudem ist zu bedenken, dass neben den Leistungen zur vollstationären Versorgung keine weiteren Leistungen der Pflegeversicherung gewährt werden. Im ambulanten Bereich können hingegen neben der Pflegesachleistung noch etliche andere Leistungen (Tages- und Nachtpflege, Wohngruppenzuschlag, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag, häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V) in Anspruch genommen werden.

Änderungsvorschlag:
§ 43 Absatz 4 (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 37
§ 44 (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen)

Sachverhalt:
Die Pflegekassen entrichten für Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich arbeiten, Rentenversicherungsbeiträge. Weitere Voraussetzung ist die Feststellung des MDK, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Erfolgt die Pflege durch mehrere Pflegepersonen ermittelt der MDK den Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit am Gesamtpflegeaufwand durch ehrenamtliche Personen. Beiträge zur Rentenversicherung werden nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst. Mehrere Pflegetätigkeiten können zusammengerechnet (Additionspflege) werden.

Bewertung:
In Absatz 1 Satz 1 ist hinter der Angabe des Pflegegrades 3 auch die Angabe des Pflegegrades 4 einzufügen.

Die zeitliche Anknüpfung (bisher 14 Stunden wöchentlich) an die Pflegetätigkeit muss aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes aufgegeben werden, da nun keine Pflegezeiten mehr festgestellt werden. Die neue Regelung ist aus Sicht des vdek jedoch nicht ausreichend differenziert. Rentenversicherungsrechtliche Ansprüche können zukünftig beispielsweise schon entstehen, wenn der (alleinige) Pflegende zweimal wöchentlich den Pflegebedürftigen für eine halbe Stunde betreut. Die 30-Prozent-Regelung wird nur angewendet, wenn mehrere Pflegende an der Pflege beteiligt sind. Zudem ist die angedachte Prüfverpflichtung des MDK mit unverhältnismäßig hohen Aufwänden verbunden. Hier muss nachgebessert werden.

Die Regelungen zur Additionspflege und anteiligen Beitragszahlung verursachen einen hohen, kontinuierlichen bürokratischen Aufwand, da bei einer Änderung des jeweiligen Anteils der Pflegetätigkeit am Gesamtpflegeaufwand auch einer Änderung der Beitragszahlungen für alle an der Pflege beteiligten Pflegenden erfolgen muss.

Gesetzlich nicht geregelt ist, wie der Gesamtpflegeaufwand und der Umfang der Pflegetätigkeiten für die 30-Prozent-Regelung bei mehreren Pflegenden zu ermitteln ist. Für eine eindeutige Beurteilung der Rentenversicherungspflicht ist es erforderlich, dass der Gesetzgeber diese Definition nachholt. Sind zum Beispiel nur die Anzahl der Tage maßgebend oder sind in diesen Fällen doch wieder Zeitanteile nach Minuten zu ermitteln oder sind andere Kriterien maßgebend? Hier hat eine gesetzliche Klarstellung zu erfolgen.

Änderungsvorschlag:
In § 44 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „*3*“ die Angabe „*, 4*“ eingefügt.

Überprüfung der Regelung, dass eine (alleinige) Pflege an zwei Tagen in der Woche rentenversicherungsrechtliche Ansprüche auslöst.

Aufnahme einer gesetzlichen Regelung, wie der Gesamtpflegeaufwand und der Umfang der Pflegetätigkeiten für die 30-Prozent-Regelung bei mehreren Pflegenden zu ermitteln ist.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 40
Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels

Sachverhalt:
Im neuen § 45a entfallen die Sonderreglungen zu Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Regelung zu den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten wird neu geordnet und sprachlich angepasst: Die

„neuen“ Angebote zur Unterstützung im Alltag umfassen Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden und Angebote zur Entlastung im Alltag. Pflegebedürftige, die Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 haben, können auch weiterhin bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanspruches unter Anrechnung auf den Selbigen für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Kostenerstattung verwenden.

Im neuen § 45b wird geregelt, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich für Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags haben.

Die §§ 45c und d strukturieren die Regelungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und des Ehrenamts neu. Die bisherige Förderhöhe wird beibehalten.

Bewertung:
Durch die Neuordnung der niedrigschwelligen Unterstützungsleistungen Alltag wird die Nutzung bzw. Umsetzung in der Praxis für Pflegebedürftige, Leistungserbringer und Pflegekassen einfacher. Begrüßt wird vor allem die zukünftige Transparenz über Leistungen und Preise der Angebote zur Unterstützung im Alltag. Hierdurch wird die Vergleichbarkeit erhöht und eine gute Informationsgrundlage für die Pflegeberatung geschaffen.

Der Entlastungsbetrag entspricht der Zielrichtung des bisher geltenden Anspruchs auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Die Übernahme der Regelung wird begrüßt, da bestehende niedrigschwellige Strukturen erhalten bleiben.

Die Inhalte die Selbsthilfe betreffend sind redaktionelle Anpassungen.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 41
§ 46 (Pflegekassen)

Sachverhalt:
Derzeit erstatten die Pflegekassen den Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale von 3,5 Prozent des Mittelwertes aus Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen. Diese Pauschale wird ab dem 1.1.2018 auf 3,2 Prozent abgesenkt.

Begründet wird dieser Schritt damit, dass es durch die geplanten Leistungsausweitungen zu einem Anstieg der Verwaltungskostenpauschale käme. Dieser gehe über die tatsächliche Verwaltungstätigkeit hinaus. Durch die Absenkung ab 2018 sollen die erhöhten Aufwände durch die Umstellungsarbeiten in 2017 ausgeglichen werden. Das BMG geht von einer Verringerung der Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 90 Millionen Euro in 2018 aus.

Bewertung:
Bereits in der Vergangenheit gab es z. T. deutliche Leistungsausweitungen. Als Beispiel sei das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 genannt, dass Leistungsausgabensteigerungen von mehr als zehn Prozent bewirkte. Demgegenüber ist seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 der Verwaltungskostenanteil mit 3,5 Prozent stets konstant geblieben. Der Grund dafür ist, dass ein Ausgabenzuwachs in der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob es sich um eine Leistungsausweitung oder -dynamisierung handelt – eine Steigerung des Verwaltungsaufwandes zur Folge hat. Eine Begründung warum das mit dem PSG II anders sein sollte, bleibt das BMG schuldig. Das Gegenteil wird der Fall sein: Insbesondere in den Bereichen Auskunft, Information, Beratung und der Gewährung von Leistungen im Kostenerstattungsprinzip werden dauerhaft höhere Verwaltungsausgaben anfallen.

Zudem ist die Verwaltungskostenpauschale die einzige Möglichkeit der Pflegekasse, die anfallenden Verwaltungskosten zu finanzieren. Ist die Pauschale zu gering, bleiben nur die Querfinanzierung durch den KV-Bereich oder eine Reduzierung des Personaleinsatzes (mit entsprechenden Qualitätseinbußen).

Es ist ferner zu befürchten, dass es sich bei der geplanten Anpassung um den Einstieg in eine diskretionäre Finanzierung der Pflegeversicherung handelt.

Die Änderung wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag:
Keine Änderung der bisherigen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 43
§ 55 (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze)

Sachverhalt:
Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung wird mit Wirkung vom 1.1.2017 an (vgl. Artikel 8 Absatz 2 des Gesetzentwurfes) um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht. Der Beitragssatz beträgt ab diesem Zeitpunkt 2,55 Prozent, bei Kinderlosigkeit 2,8 Prozent.

Bewertung:
Die Beitragssatzerhöhung ist zur Finanzierung der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gerechtfertigt. Der Beitragssatzerhöhung stehen Leistungen für einen erweiterten Personenkreis entgegen.

Die Mehrausgaben durch das PSG II sind allein aus dem Beitragssatz nicht zu finanzieren. Die Pflegekassen werden auf Rücklagen zurückgreifen müssen. 2014 ergaben sich für die Pflegekassen rechnerisch Rücklagen von

- einer Betriebsmittelobergrenze (gesetzlich maximal 100 Prozent einer Monatsausgabe) in Höhe von 2,540 Milliarden Euro und
- einem Rücklagesoll (gesetzlich minimal 50 Prozent einer Monatsausgabe) in Höhe von 1,270 Milliarden Euro; insgesamt also rund 3,810 Milliarde Euro.

Die Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sind gesondert zu betrachten. Sie betrugen nach dem vorläufigen Jahresabschluss 2014 6,634 Milliarden Euro nach dem ersten Quartal 2015 6,980 Milliarden Euro. Rechnerisch wäre es also möglich, die Mehrausgaben durch das PSG II aus den Mitteln des Ausgleichsfonds zu finanzieren; wenngleich die Mittel des Fonds dann beträchtlich abgeschmolzen werden würden.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 44
§ 75 (Rahmenverträge)

Sachverhalt:
Bei der Regelung zur personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 wird der Begriff „Pflegestufen“ durch den Begriff „Pflegegrad“ ersetzt. Infolgedessen sind durch die Vereinbarungspartner nach § 75 Absatz 1 die Personalrichtwerte nach § 75 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 anzupassen bzw. neu zu vereinbaren.

Da in allen Ländern landesrechtliche Regelungen zum Heimrecht umgesetzt werden, entfällt der Hinweis auf die Heimpersonalverordnung des Bundes.

Bewertung:
Die Änderung ist notwendige Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstrumentes. Die derzeit in den Landesrahmenverträgen vereinbarten Personalrichtwerte in stationären Einrich-

tungen sind hinsichtlich der fünf Pflegegrade anzupassen bzw. neu zu vereinbaren. Für die Anpassung der Personalrichtwerte in den Landesrahmenverträgen sind im Gegensatz zur Einstufung und zu den Pflegesätzen keine Überleitungsregelungen vorgesehen. Hieraus folgt, dass die Personalrichtwerte durch die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 festgelegt werden müssen. Da mit dem derzeitigen Personal bereits eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt wird, sollte eine Anpassung der Personalrichtwerte nicht zu einem höheren Personalbedarf der Pflegeeinrichtungen führen.

Gut ist, dass keine festen Vorgaben für die Personalrichtwerte gemacht werden, weil so die vorhandenen, regional unterschiedlichen Ausprägungen in den Bundesländern bei den Verhandlungen berücksichtigt werden können.

Bei der Festlegung der Personalrichtwerte sind die Versorgungsaufwände für die neuen Pflegegrade zu berücksichtigen. Bei der Umstellung sollen die vorliegende Erfahrungswerte der Studien „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ und „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)“ genutzt werden.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 46
§ 84 (Bemessungsgrundsätze)

Sachverhalt:
Die Pflegeklassen werden abgeschafft, die Einteilung der Versorgungsaufwände erfolgt nur nach Pflegegraden. In vollstationären Pflegeeinrichtungen sind für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Das heißt, unabhängig von der Einstufung der Pflegebedürftigkeit haben sich alle Bewohner eines Pflegeheims mit einem gleich hohen Beitrag an den Pflegekosten zu beteiligen. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden erstmalig anhand der Überleitungsregelungen nach Artikel 3 § 3 festgelegt. Danach werden diese im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen verhandelt, müssen aber auch nach einer Änderung der Leistungsbeträge nach § 43 angepasst werden.

Die vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen für die zusätzlichen Leistungen für Betreuung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird (vormals durch den § 87b geregelt), werden in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung stationärer Einrichtungen integriert. Die Finanzierung des zusätzlichen Betreuungsangebots über einen separaten Zuschlag bleibt erhalten. Die bisher fakultative Regelung, eine Vereinbarung über die zusätzliche Betreuung und Aktivierung abzuschließen,

wird für alle voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen obligatorisch. Die Vergütungszuschläge sind von der Pflegekasse zu tragen, die Pflegebedürftigen werden nicht belastet. Mit den Zuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten.

Bewertung:
Die Abschaffung der Pflegeklassen wird begrüßt. In der Praxis waren die Pflegeklassen in der Regel deckungsgleich mit den Pflegestufen.

Aus Sicht des vdek sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile eine sozialpolitisch sinnvolle Regelung. Im Vergleich zu den heutigen Regelungen ist der Eigenanteil nach der neuen Systematik in den niedrigeren Pflegegraden tendenziell höher, dafür in den höheren Pflegegraden geringer. Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit werden in der Regel verschiedene Pflegegrade durchlaufen. Durch den einrichtungsindividuellen Eigenanteil in gleichbleibender Höhe findet ein individueller Ausgleich zwischen den Pflegegraden statt, was zu begrüßen ist, da dieser Ausgleich dem Pflegebedürftigen die Sicherheit gibt, dass seine Betreuung finanziell abgesichert ist. Für Versicherte der niedrigeren Pflegegrade liegt der einrichtungseinheitliche Eigenanteil in der Regel über dem Eigenanteil, der nach heutiger Berechnung zu zahlen ist. Nach den Überleitungsregeln nach Artikel 3 gilt die Bestandsschutzregelung nach Artikel 2 § 2 Absatz 3, das heißt, die Pflegebedürftigen erhalten von der Pflegekasse einen Zuschlag in Höhe des Differenzbetrags. Personen, die nach der neuen Systematik als pflegebedürftig eingestuft werden, zahlen allerdings in den niedrigeren Pflegegraden künftig einen höheren Eigenanteil als nach der aktuellen Systematik. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Bedeutung des Umstiegs auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Umstand, dass sich die Belastung bei Umstufungen in höhere Pflegegrade relativiert bzw. umkehrt, vertretbar.

Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile sind zukünftig auch bei einer Leistungsdynamisierung neu zu berechnen.

Die leistungsrechtliche Integration der Betreuungsleistungen gemäß § 87b in das vierte Kapitel entspricht einer vdek-Forderung und der Intention der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, eine Gleichbehandlung kognitiver, psychischer und somatischer Beeinträchtigung zu erreichen und die Betreuungsleistungen neben der körperbezogenen Pflege und der häuslichen Pflegehilfe als gleichwertige Leistung zu etablieren.

Jedoch wird an der bisherigen Finanzierung der zusätzlichen Betreuungsleistung durch einen separaten Zuschlag festgehalten. Die Zuschläge für die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden nicht in Leistungsbeträge des § 43 integriert. Die Integration der Zuschläge in die Leistungsbeträge des § 43 hätte die Intention der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nochmals gestärkt, Betreuungsleistungen nicht als zusätzlichen, sondern als regelhaften Bestandteil der Leistungserbringung zu betrachten. Die Integration der Zu-

schläge für die zusätzlichen Betreuungsleistungen darf jedoch nicht zu einer Anhebung der Pflegesätze führen, ohne die Leistungsbeträge entsprechend anzupassen, da dies zu einer Mehrbelastung des Versicherten führen würde. Aufgrund der regional unterschiedlichen Ausprägungen der Zuschläge müsste ein Durchschnittsbetrag berechnet werden, der zu den Leistungsbeträgen addiert wird. Durch separate Zuschläge ergibt sich zudem ein höherer Aufwand im Abrechnungsverfahren. Des Weiteren würde mit einer Integration der Zuschläge für die stationäre Versorgung ein vergleichbarer Umgang mit den Betreuungsleistungen in der ambulant-häuslichen Versorgung erreicht, in welchem die Betreuungsleistungen nicht durch separate Zuschläge an die Leistungserbringer finanziert werden.

Änderungsvorschlag:
Der § 84 Absatz 8 wird gestrichen. Integration der Zuschlagsbeträge für zusätzliche Betreuungsleistungen in die Leistungsbeträge nach § 43. Die Änderung darf jedoch nicht zu einer Mehrbelastung der Versicherten führen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 47
§ 85 (Pflegesatzverfahren)

Sachverhalt:
Stationäre Einrichtungen sind nun verpflichtet, neben der Pflegesatzvereinbarung eine Vereinbarung für die Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonals abzuschließen. Es werden die Voraussetzungen für die Zahlungen des Zuschlages definiert, die bisher durch den aufgehobenen § 87b geregelt wurden. Die Punkte 1 bis 3 sind unverändert zu den Punkten 2 bis 4 des § 87b. Die Einrichtung muss über zusätzliches Personal für das zusätzliche Betreuungsangebot verfügen (in vollstationären Einrichtungen sozialversicherungspflichtig) bei einem Personalschlüssel von 1/20. Der Zuschlag darf nicht abgerechnet werden, wenn die Leistung nicht erbracht wird.

Voraussetzung für den Abschluss einer Vereinbarung über den Zuschlag nach § 87b nach bisheriger Rechtslage war, dass die anspruchsberechtigten Personen und ihre Angehörigen darauf hingewiesen werden, dass ein Betreuungsangebot besteht. Da der Abschluss einer Vereinbarung über die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungsangebote nun für alle stationären Einrichtungen verpflichtend ist, ist die Information der anspruchsberechtigten Personen und ihrer Angehörigen als Voraussetzung für den Abschluss einer Vereinbarung hinfällig. Die Einrichtungen sind nun verpflichtet, anspruchsberechtigte Personen und ihre Angehörigen nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht.

Bewertung:
Durch die Aufhebung des § 87b werden die vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen für den Zuschlag für die zusätzlichen Betreuungsangebote in die §§ 84 (Bemessungsgrundsätze) und 85 (Pflegesatzverfahren) aufgenommen. Durch die Verpflichtung zum Abschluss einer (vormals freiwilligen) Vereinbarung über zusätzliche Betreuungsangebote werden die Bestimmungen redaktionell angepasst. Sollten die separaten Zuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung nicht in die Leistungsbeträge nach § 43 integriert werden (siehe Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 46 § 84), sollte eine Klarstellung erfolgen, dass die Vereinbarungen über die Zuschläge im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mit identischen Laufzeiten wie die Pflegesätze vereinbart werden, um das Verhandlungsgeschehen und das Abrechnungsverfahren zu vereinfachen.

Änderungsvorschlag:
Integration der Zuschlagsbeträge für zusätzliche Betreuungsleistungen in die Leistungsbeträge nach § 43.

Sollte dies nicht erfolgen, sollte in § 85 Absatz 8 folgender Satz ergänzt werden: „*Die Vereinbarungen über die Zuschläge gemäß § 84 Absatz 8 werden im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen und mit identischen Laufzeiten zu den Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen.*“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 55
§92c alt / § 7c neu (Pflegestützpunkte)

Sachverhalt:
Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die bislang in § 92c vorgesehenen Rahmenvorgaben zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte (PSP) mit denen derzeitig in den §§ 7 ff. stringenter gefassten Aufgaben und Verpflichtungen an die Auskunft, Beratung und Unterrichtung durch die Pflegekassen zusammengeführt. Der bisherige Normzweck und Regelungsinhalt zu den Pflegestützpunkte gilt als § 7c fort.

Ausgenommen davon sind die Regelungen § 92c Absatz 5 und 6 zum Aufbau von Pflegestützpunkten, die aufgehoben werden, da das Förderverfahren am 30.6.2011 endete.

Bewertung:
Die Diskussionen zur Pflegeberatung nach § 7a sowie die Errichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c dominierten bereits das Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Der Gesetzgeber hält im Rahmen der anstehenden Pflegereform unverändert am Normzweck des § 92c fest und

überführt ihn in einen eigenen § 7c. Der vdek befürwortet die Änderung, da sie für mehr Transparenz sorgt. Bereits heute erfolgen Pflegeberatungen im Sinne des § 7a in Pflegestützpunkten. Die Fortführung des Betriebs von Pflegestützpunkten kann den Aufbau von Doppelstrukturen hin zu mehr Beratungsstellen vermeiden.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 62
§ 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

Sachverhalt:
Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Qualität sind neu bzw. mit neuen Inhalten zu vereinbaren. Im Gleichklang mit den Regelungen zu § 113b Absatz 4 Nummer 2 und 3 sind diese für den stationären Bereich bis 30.6.2017 und die für den ambulanten Bereich bis 30.6.2018 neu zu vereinbaren. Die Interessenvertretung der Selbsthilfe und pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf Bundesebene ist beratend zu beteiligen. Zudem sind auch die Anforderungen an eine schlanke und praxistaugliche Pflegedokumentation zu regeln.

Weiterhin wird die vorrangige Aufgabe der Vertragsparteien festgeschrieben, für die stationäre Pflege ein indikatorengestütztes Verfahren für die Qualitätsmessung und Darstellung (Pflegenoten) zu vereinbaren. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit ist die Vergabe eines Auftrages zu beschließen. Zudem wird festgelegt, dass dabei auf den Daten aus dem internen Qualitätsmanagement aufgebaut werden soll. Für die Datenzusammenführung soll eine externe qualifizierte Stelle beauftragt werden.

Bis zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarungen gelten die alten Vereinbarungen fort. Lediglich die Regelungen zu den sogenannten gleichwertigen Prüfungen und Zertifizierung (§ 114 Absatz 4 vgl. Nr. 65 c) werden mit sofortiger Wirkung gegenstandlos.

Bewertung:
Die Änderungen sind ein Teil der Neuordnung des Gesamtverfahrens zur Qualitätsmessung, -prüfung und -darstellung. Dies wird begrüßt. Die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität erhalten eine neue Bedeutung, daher ist es nachvollziehbar, dass hier die verbindliche Beteiligung der Interessenvertretung der Selbsthilfe und pflegebedürftiger und behinderter Menschen herausgehoben

und auch die Anforderungen an eine zeitgemäße Pflegedokumentation geregelt wird.

Bei der Weiterentwicklung der Pflegenoten soll auf das „Verknüpfungsmodell“ zurückgegriffen werden. Es entspricht dem aktuellen fachlichen Diskussionsstand und ist sinnvoll. Für die Zusammenführung der Daten sollte nach Auffassung des vdek die bereits von den Verbänden der Krankenkassen (auf Bundesebene) eingerichtete DatenClearingStelle (DCS) Pflege genutzt werden, die bereits seit Jahren die Daten der MDK-Prüfungen zentral zusammenführt. Hier könnte zudem die geforderte Plausibilitätsprüfung der Daten angesiedelt werden. Dies würde eine bürokratisch schlanke und schnelle Umsetzung gewährleisten.

Das Fortgelten der „alten“ Vereinbarungsinhalte bis zu den Neuvereinbarungen ist sinnvoll. Lediglich die Regelungen zu den sogenannten gleichwertigen Prüfungen werden mit sofortiger Wirkung gegenstandslos. Dies wurde vom vdek gefordert und baut Bürokratie ab.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 64
§ 113b (Qualitätsausschuss)

Sachverhalt:
Mit Inkrafttreten des Gesetzes zum 1.1.2016 wird die bisherige Schiedsstelle Qualitätssicherung zum Qualitätsausschuss umfunktioniert. Der Qualitätsausschuss trifft Vereinbarungen und Beschlüsse zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängen (§ 37 Absatz 5), den Maßstäben und Grundsätzen (§ 113), den Expertenstandards (§ 113a) und der Qualitätsdarstellung (§ 115). Dem Qualitätsausschuss gehören jeweils zehn Vertreter von Kostenträgern und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen pflegebedürftiger und behinderter Menschen nehmen beratend teil.

Sofern im Qualitätsausschuss keine Einigung erzielt werden kann, wird dieser um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Der unparteiische Vorsitzende wird von BMG benannt. Kommt eine Einigung über die weiteren unparteiischen Mitglieder nicht zustande, werden auch diese durch das BMG benannt. Die Finanzierung soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4 (Modellvorhaben) erfolgen.

Der Qualitätsausschuss wird verpflichtet, fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige bei der Neuentwicklung des Qualitätssystems für den stationären Bereich (bis 31.3.2017) und den ambulanten Bereich (bis 30.6.2017) sowie für die Entwicklung von Befragungsinstrumenten zur Messung von Lebensqualität einzubinden. Auch die Evaluation der neuen Qualitätssysteme sowie ein Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen soll wissenschaftlich begleitet werden. Zur konkreten Abwicklung der Weiterentwicklungsprojekte und der Einbindung der Wissenschaft wird für fünf Jahre eine qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet. Auch diese soll aus Mitteln zu Modellvorhaben finanziert werden.

Die Beschlüsse des Qualitätsausschusses sind dem BMG zur Genehmigung vorzulegen. Zudem wird das BMG ermächtigt, Ersatzvornahmen zu den nach Absatz 4 beschriebenen Weiterentwicklungen der Qualitätsmessungssysteme vorzunehmen, wenn diese nicht fristgerecht vereinbart werden.

Bewertung:
Die Straffung der Entscheidungsstrukturen mit einem Konfliktmechanismus in der Selbstverwaltung mit der verpflichtenden Einbindung der Wissenschaft bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmessungssysteme wird ausdrücklich begrüßt. Auch positiv ist, dass das bisherige Notensystem bis zur Überarbeitung der Messsysteme im ambulanten und stationären Bereich nicht ausgesetzt wird. Die verbindlich vorgegebenen Fristen tragen dafür Sorge, dass ein fachlich und wissenschaftlich fundiertes Bewertungssystem in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen wird.

Strikt abgelehnt wird jedoch die viel zu weitgehende Rolle des BMG, das den unparteiischen Vorsitzenden bestimmen darf. Dies ist ein Eingriff in die Selbstverwaltung, der weder erklärlich noch zielführend ist.

Vor dem Hintergrund, dass in den vergangenen Jahren im Durchschnitt max. 50 Prozent des jährlichen Fördervolumens (5 Millionen Euro) verausgabt wurden, ist die angedachte Finanzierung der neuen Strukturen und der wissenschaftlichen Einbindung nachvollziehbar. Gleichwohl ist auf eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel zu achten, dies gilt insbesondere für die Vergabe der wissenschaftlichen Aufträge und die zeitlich befristete Einrichtung der qualifizierten Geschäftsstelle.

Änderungsvorschlag:
§ 113b Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „*Der unparteiische Vorsitzende, die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses gemeinsam benannt.*“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 65
§ 114 (Qualitätsprüfungen)

Sachverhalt:
Neben Folgeänderungen umfasst diese Änderung, dass die Abrechnungsprüfung verpflichtender Bestandteil der Regelprüfungen des MDK wird. Bisher war dies eine „Kann"-Regelung. Zudem wird die Regelung aufgehoben, wonach die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen oder Zertifizierung, welche Einrichtungsträger selbst veranlasst haben, den Umfang der MDK-Regelprüfung reduzieren. Wiederholungsprüfungen werden zukünftig für die Einrichtungen nicht mehr kostenpflichtig sein. Ebenfalls gestrichen wird die Regelung, die in der Vergangenheit klargestellt hat, dass von den Landesverbänden der Pflegekassen für die Wiederholungsprüfungen keinerlei Pauschal – oder Durchschnittswerte zum Ansatz gebracht werden durften.

Bewertung:
Die Änderungen sind allesamt zu begrüßen. Sie dienen den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und entfernen praxisuntaugliche Regelungen.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 67
Nr. 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Sachverhalt:
Die Landesverbände der Pflegekassen bleiben zuständig für die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse. Der Qualitätsausschuss soll im Rahmen von sogenannten Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festlegen, welche Ergebnisse in welcher Form zu veröffentlichen sind. Dies hat auf der Grundlage der (neuen) Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 – vgl. Nummer 62) zu geschehen. Die Vereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31.12.2017, die für den ambulanten Bereich bis zum 31.12.2018 zu schließen. Bis dahin gelten die Pflegenoten (Pflegetransparenz-Vereinbarungen) weiter. Darüber hinaus werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, dem Verband der privaten Krankenversicherung die Qualitätsdaten zu übermitteln.

Bewertung:
Es wird begrüßt, dass die Landesverbände der Pflegekassen weiterhin für die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse im Internet verantwortlich sind. Damit

ist gewährleistet, dass die bewährten Datenverfahren und Veröffentlichungsplattformen (wie z. B. www.vdek-pflegelotse.de) weiterhin genutzt werden können. Es ist auch sinnvoll bis zum Abschluss der neuen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen weiterhin die Pflegenoten zu veröffentlichen. Auch wenn die Noten einer Optimierung bedürfen, so geben sie doch den Verbrauchern in der Übergangszeit zumindest eine grobe Orientierung. Mit der klaren Fristsetzung und der verpflichtenden Orientierung an wissenschaftlichen Ergebnissen wird der Qualitätsausschuss angehalten, zügig ein neues und wissenschaftlich fundiertes System zu vereinbaren.

Die Übermittlung der einschlägigen Daten erfolgt bereits heute auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen der PKV und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Hierbei wurde allerdings eine angemessene finanzielle Beteiligung des PKV-Verbandes an den Kosten für die DCS-Pflege vereinbart. Aus Sicht des vdek ist daher eine gesetzliche Festlegung nicht nötig bzw. sollte – sofern daran festgehalten wird – auch eine angemessene finanzielle Beteiligung geregelt werden.

Änderungsvorschlag:
§ 115 Absatz 1b wird in seiner bisherigen Form belassen.

Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)

§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

Sachverhalt:
Maßgeblich für die Entscheidung welches Begutachtungsinstrument in der Zeit des Übergangs angewandt wird, ist der Zeitpunkt der Antragsstellung. Es wird eine Überleitungsregelung für Bestandsfälle eingeführt. Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz werden im einfachen Stufensprung übergeleitet (Bsp.: PS I zu PG 2). Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden in einem doppelten Stufensprung überführt (Bsp.: PS 0 zu PG 2). Werden Pflegebedürftige nach der formalen Überleitung begutachtet, ist eine Rückstufung unter den im Rahmen der Überleitung erreichten Pflegegrad nicht möglich, außer in dem Fall das keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Eine Höherstufung ist indes möglich.

Bewertung:
Die Regelung führt dazu, dass auch nach Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einem zeitlichen Rahmen von zwei bis drei Monaten Begutachtungen nach dem alten Recht und dem alten Begutachtungsinstrument durchgeführt werden müssen. Dies wird zu Unverständnis bei den betroffenen Antragsstellern führen.

Die Stufensprünge entsprechen der Empfehlung des Expertenbeirates, an dessen Erstellung der vdek beteiligt war. Nicht den Empfehlungen des Beirates entspricht hingegen, dass Pflegebedürftige bei Neubegutachtung nicht herabgestuft werden können. Diese Regelung erscheint versichertenfreundlich, wird jedoch zu einer Flut von Höherstufungsanträgen führen. Gleichzeitig wird die Mehrzahl dieser Anträge und der darauf folgenden Begutachtungen nicht zu einer Höherstufung führen. Dies schafft ggf. hohen bürokratischen Aufwand. Natürlich wird es auch einige Fälle geben, bei denen sich die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Zeitverlauf verringert. In diesen Fällen führt der Bestandsschutz zu ungerechtfertigtem Leistungsbezug.

Ungeachtet dessen ist das Vorgehen der Bundesregierung in diesem Punkt nachvollziehbar. Nicht zuletzt aus Gründen der Akzeptanz des NBA erscheint es wichtig, dass bei keinem Betroffenen der Eindruck entsteht, schlechter gestellt zu werden. Neubegutachtungen dürfen jedoch nicht dazu führen, dass Erstbegutachtungen verzögert werden.

Änderungsvorschlag:
In Absatz 3 wird folgender Satz ergänzt: „*Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt bundesweit einheitliche Kriterien, um sicherzustellen, dass Erstbegutachtungen durch Neubegutachtungen nicht verzögert werden.*“

Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)
§ 2 (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen)

Sachverhalt:
Es wird ein Bestandsschutz für verschiedene Personengruppen eingeführt. Bei bisherigen Leistungsbeziehern bezieht er sich bei häuslicher Versorgung grundsätzlich auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei Pflegebedürftigen, die derzeit den erhöhten Betrag nach § 45b beziehen, gilt der Schutz, wenn sie bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielen würden. Die Ermittlung des Gesamtwertes hat über einen Zeitraum von 18 Monaten zu erfolgen. Die Pflegekassen haben den Betroffenen die Ermittlung der Bezugsgröße und ihr Zustandekommen zu vermitteln. Ebenfalls wird ein Bestandsschutz für den zu entrichtenden Eigenanteil im vollstationären Bereich eingeführt. Pflegepersonen, für die bereits Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet werden, sichert der Gesetzesentwurf ebenfalls den Bezug, außer es ergibt sich aus der neuen gesetzlichen Regelung eine höhere Beitragszahlung. Auch Pflegepersonen, die einer berufs-

ständischen Versorgungseinrichtung angehören, haben Anrecht auf einen Bestandsschutz genauso wie Pflegepersonen, die von der Versicherungspflicht auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung Gebrauch machen. Der Besitzstandsschutz für Pflegepersonen endet, wenn die gepflegte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist oder die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 ist.

Bewertung:
Die Besitzstandsschutzregelung für Bezieher des erhöhten Leistungsbetrages in § 2 Absatz 2 ist äußerst verwaltungsaufwändig. Hinzu kommt: Nicht alle Anspruchsberechtigten nehmen derzeit den Betrag in Anspruch bzw. häufig wird nur ein Teil abgerufen. In diesen Fällen ist kein Besitzstandsschutz notwendig. Zudem gibt die Ermittlung des Gesamtwertes der letzten 18 Monate ein unrealistisches Bild, u.a. durch den möglichen Wechsel von Leistungsarten, Kombinationsleistungen und Kassenwechsel. Darüber hinaus ist die Regelung komplex und für den Versicherten schwer nachvollziehbar. Die Ersatzkassen schlagen daher vor, den erhöhten Betrag genauso wie die anderen regelmäßig wiederkehrenden Leistungen zu behandeln.

Für Personen, die am 31.12.16 an zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig einen Versicherten der Pflegestufe 0 mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz gepflegt haben, kann aus Sicht der Ersatzkassen eine Besitzstandsregelung, wie sie in § 2 Absatz 4 Satz 3 und 4 vorgesehen ist, nicht greifen. Für die Pflege von Pflegebedürftigen in der Pflegestufe 0 bestand bisher keine Rentenversicherungspflicht. Angebrachter erscheint, dass für diese Personen ein Rentenversicherungsschutz unter den dann geltenden Bedingungen eingeräumt wird.

§ 2 Absatz 5 – die Aufhebung des Besitzstandsschutzes – sollte auch gelten für Fälle, in denen sich Änderungen in den Verhältnissen ergeben, die sich nachteilig auf die Beitragszahlung auswirken, zum Beispiel durch neue Begutachtung, Wechsel der Leistungsart, Wechsel oder Hinzutritt von Pflegepersonen. Bisher gilt für diese Personen keine Aufhebung des Besitzstandsschutzes. Das widerspricht dem bisherigen Prinzip, dass sich Änderungen in den Verhältnissen auch auf die Beitragszahlung auswirken.

Änderungsvorschlag:
Der Besitzstandsschutz in § 2 Absatz 3 und 4 sollte geprüft werden.

§ 2 Absatz 2 wird gestrichen.

§ 2 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
„*Absatz 4 Satz 1 bis 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, ab dem eine Begutachtung im Rahmen des ab dem 1.1.2017 geltenden Rechts durchgeführt wird oder sich nach dem 1.1.2017 eine Änderung in den Verhältnissen ergibt.*“

Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 3 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 1 und 2

Sachverhalt:
Bis zum 1.1.2019 werden bei Bestandsfällen keine Wiederholungsbegutachtungen von Amts wegen durchgeführt. Die Begutachtungsfrist von fünf Wochen wird regelhaft vom 1.1.2017 bis 31.12.2017 ausgesetzt. Sie gilt nur für Fälle bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. Der GKV-Spitzenverband entwickelt einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

Bewertung:
Die Gesetzesbegründung führt aus, dass durch die Überleitung bereits ausgesprochene Fristen zur Wiederbegutachtung als überholt zu betrachten und vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden sind. Eine Nachholung der Wiederbegutachtung nach der genannten Frist für Bestandsfälle, die lediglich einen befristeten Leistungsbescheid erhalten haben, ist so nicht möglich. Dies würde bedeuten, dass alle befristeten Leistungsbescheide über diese Regelung eine Dauerwirkung erhalten. Eine Neubegutachtung wäre grundsätzlich nicht zulässig. Dies kann vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt gewesen sein.

Die Aussetzung der Begutachtungsfrist wird aufgrund des zu erwartenden Begutachtungsaufkommens begrüßt. Sie sollte jedoch für alle Fälle ausgesetzt werden. Die Abgrenzung von Fällen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf ist in der Praxis schwierig und verwaltungsaufwendig. Die Kapazitäten sollten vorrangig für die Bearbeitung der anfallenden Arbeiten genutzt werden.

Änderungsvorschlag:
§ 3 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2, 3 und 4 werden gestrichen.

Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) § 3 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 3

Sachverhalt:
Unabhängige Gutachter müssen bis zum 31.12.2017 nur benannt werden, wenn bei besonders dringendem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Bewertung:
Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu Absatz 2. Analog gilt hier die Bewertung: Auch die Verpflichtung, unabhängige Gutachter zu benennen, sollte ausgesetzt werden.

Änderungsvorschlag:
§ 3 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„*Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch muss die Pflegekasse bis zum 31.12.2017 keine unabhängigen Gutachter benennen.*“

Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)
§ 4 (Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren) – Absatz 3

Sachverhalt:
Die Regelung zur Verzögerungsgebühr, wenn die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags erteilt oder wenn eine Begutachtungsfrist nicht eingehalten wird, wird vom 1.1.2017 bis 31.12.2017 außer Kraft gesetzt.

Bewertung:
Die Aussetzung der Regelung ist sachgerecht und entspricht einem vernünftigen Umgang mit den Beitragsgeldern der Versicherten.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege)
§ 1 (Neuverhandlung der Pflegesätze)

Sachverhalt:
Die Pflegesätze bei Verkündung des PSG II gelten bis zum 31.12.2016 weiter. Ab dem Tag des Inkrafttretens sind von den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 neue Pflegesätze für die fünf Pflegegrade zu vereinbaren. In der vollstationären Pflege sind für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Die Pflegesatzkommission nach § 86 kann unter Einbezug der

Überleitungsregelungen nach § 2 sowie eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungen vereinfachte Verfahren bestimmen.

Bewertung:
Die Schaffung von Überleitungsinstrumenten der Pflegesätze von den Pflegestufen zu den Pflegegraden entspricht der Forderung des vdek. Da für die Pflegeeinrichtungen bei der alternativen Überleitung keine Zuschläge für eine Kostensteigerung vorgesehen sind, werden die Einrichtungen vermutlich auf eine Übergangsregelung nach § 1 vor dem Stichtag 30.9.2016 drängen. Dies kann zu einem erhöhten Verhandlungsaufkommen vor dem Stichtag führen. Angesichts des (kurzen) Zeitraums bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Umstellung auf die fünf Pflegegrade können die neuen Pflegesätze voraussichtlich nicht für alle Pflegeheime auf dem Verhandlungsweg vereinbart werden.

Änderungsvorschlag:
Keiner.

Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege)
§ 2 (Alternative Überleitung der Pflegesätze)

Sachverhalt:
Für Einrichtungen, die bis drei Monate vor der Umstellung auf dem Verhandlungsweg keine neuen Pflegesätze vereinbaren konnten, werden die Pflegesätze neu berechnet und übergeleitet.

Bewertung:
Die Schaffung von Überleitungsregelung der Pflegesätze von den Pflegestufen zu den Pflegegraden in vollstationären Einrichtungen entspricht der Forderung des vdek. Es sollte jedoch eine Mindestlaufzeit für die Pflegesätze ergänzt werden, die nach der alternativen Überleitungsregelung bestimmt wurde.

Änderungsvorschlag:
In Artikel 3 § 2 wird folgender Satz ergänzt: „*Die übergeleiteten Pflegesätze gelten bis zum 31.12.2017.*“

Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege)
§ 3 (Verfahren für die Umrechnung)

Sachverhalt:
Das Verfahren für die Ermittlung der Pflegesätze für die fünf Pflegegrade mittels einer Überleitung wird festgelegt.

Bewertung:
Die Berechnung der neuen Pflegesätze zu einem Stichtag entspricht der Forderung des vdek. Für die Hochrechnung auf den Monat sollte der üblicherweise benutzte Faktor 30,42 benutzt werden (statt 30,4).

Bei der Formel zur Berechnung von Pflegesätzen und einrichtungseinheitlichem Eigenanteil fehlt die Berechnung der Beträge pro Tag. Tagessätze werden z. B. für die Berechnung von Abwesenheitstagen in stationären Einrichtungen benötigt.

Aufgrund der täglich unterschiedlichen Belegungen teilstationärer Einrichtungen ist die Stichtagsregel für die Überleitung problematisch. Sowohl die Gesamtanzahl der Belegung als auch die Zusammensetzung nach Pflegestufen ist variabel und kann sich täglich ändern. In der Formel wird der Gesamtbetrag (Σ PS) verwendet. Dieser ist nach Absatz 2 definiert als Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1. In Absatz 1 wird der Gesamtbetrag aus den Pflegesätzen zum Stichtag 30.9.2016 auf den Monat hochgerechnet. Da teilstationäre Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht durchgängig geöffnet sind, ist die Hochrechnung auf den Monat mit dem in der Begründung genannten Faktor nicht sachgemäß.

Die Formel für die Berechnung des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2 in § 3 Absatz 3 ist falsch. Im Ergebnis sind die Pflegesätze zu niedrig. Bei der Gegenprüfung (Anzahl Bewohner pro Pflegegrad multipliziert mit dem neuem Pflegesatz pro Pflegegrad) erhält man nicht wieder das Ausgangsbudget.

In der Definition des PSPG2 wird beschrieben, dass der teilstationäre Leistungsbetrag in Pflegegrad 2 berechnet wird. Mit Leistungsbeträgen sind im Kontext des SGB XI aber die pauschalen Beträge gemeint, welche durch die Pflegekassen getragen werden. Berechnet wird an dieser Stelle der Pflegesatz für den Pflegegrad 2.

Änderungsvorschlag:
In der Begründung zu § 3 Absatz 1 wird der Faktor „*30,4*“ mit dem Faktor „*30,42*“ ersetzt.

In § 3 Absatz 2 werden bei Satz 2 die Worte „*berechnet als Tagessatz*“ ergänzt.

In § 3 Absatz 3 wird in der Definition des PSPG 2 das Wort „*Leistungsbeitrag*“ mit dem Wort „*Pflegesatz*“ ausgetauscht.

In § 3 Absatz 3 wird die Formel für die Berechnung des PSPG2 wie folgt geändert:
„*PSPG2 =Σ PS dividiert durch (PBG2 + PBPG3*1,36+ PBPG4*1,74+PBPG5*1,91)“*

Artikel 3 (Übergangsregelung für die stationäre Pflege)
§ 4 Pflichten der Beteiligten

Sachverhalt:
Das Pflegeheim teilt den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 bis spätestens 31.10.2016 die nach § 3 Absatz 2 und 4 berechneten Pflegesätze für die Pflegegrade 1 bis 5 mit. Des Weiteren muss das Pflegeheim den Vertragsparteien die bisherigen Pflegesätze, die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und den Stichtagsbetrag nach § 3 Absatz 1 mitteilen. Diese Mitteilungen sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es reicht die Mitteilung an eine beteiligte Pflegekasse, welche die Informationen an die übrigen Vertragsparteien sowie die Landesverbände der Pflegekassen weiterleiten wird. Über Beanstandungen befinden die Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Die Heimbewohner sind vom Pflegeheim spätestens bis zum 30.11.2016 über die neuen Pflegesätze und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil schriftlich zu informieren. Auf den Bestandsschutz nach Artikel § 2 ist hinzuweisen.

Bewertung:
In der jetzigen Formulierung wird nur die Informationsübermittlung für die vollstationären Pflegesätze geregelt (§ 3 Absatz 2 und 4), jedoch nicht die Informationsübermittlung für den teilstationären Bereich (§ 3 Absatz 3). Laut Gesetzesbegründung ist jedoch gewollt, dass der § 4 die Datenübermittlung sowohl für den voll- als auch den teilstationären Bereich regelt.

Um die Berechnung der übergeleiteten Pflegesätze nachvollziehen können, müssen die Angaben zu „2. Die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung“ auch die Informationen zur Einstufung mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz enthalten. Ansonsten kann die Überleitung der Bewohner von den Pflegestufen in die Pflegegrade nicht nachvollzogen werden.

Änderungsvorschlag:
In § 4 Absatz 1 wird Satz 1 wird das Wort „*und*“ durch das Wort „*bis*“ ersetzt.

In § 4 Absatz 1 wird das Wort „sowie“ gestrichen und folgende Wörter eingefügt: „*inklusive der Angaben zur eingeschränkten Alltagskompetenz sowie*“.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 46 Absatz 2 Satz 6 SGB XI neu (Gemeinsamer Widerspruchsbescheid bei Beitragsfestsetzung zur Kranken- und Pflegeversicherung)

Kranken- und Pflegekassen sind jeweils selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Pflegekassen wurden aber unter dem Dach der Krankenkassen errichtet. In diesem Zusammenhang ist es den Krankenkassen – im Anschluss an anderslautende Rechtsprechung – nach § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 im Interesse der Verwaltungsvereinfachung ermöglicht worden, dass sie für ihre Mitglieder, die die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen können. Das betrifft zum Beispiel freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller, schwangere Personen in einem zulässig aufgelösten Beschäftigungsverhältnis bzw. während einer Beurlaubung ohne Arbeitsentgelt im Sinne des § 192 Absatz 2 SGB V und Personen ohne anderweitigen Schutz im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V.

Damit wird vermieden, dass zwei formal getrennte Bescheide durch die Krankenkasse und durch die Pflegekasse ergehen müssen. Die Krankenkasse handelt dabei im Namen der Pflegekasse, die bei etwaigen Klagen gegen den Beitragsbescheid weiterhin passiv legitimiert bleibt. In dem Bescheid muss darauf hingewiesen werden, dass der Bescheid über den Pflegeversicherungsbeitrag im Namen der Pflegekasse ergeht (vgl. auch Bundestags-Drucksache 16/8525, Seite 99).

Die Krankenkassen haben diese Regelungen des § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 zum Anlass genommen, auch im Vorverfahren gemäß § 78 ff. SGG bei Erlass des Widerspruchsbescheides nach § 85 Absatz 3 SGG über die Beiträge der vorgenannten Personen in einem gemeinsamen Widerspruchsbescheid zu befinden. Viele Sozialgerichte sehen jedoch in der Legitimation zum Erlass eines gemeinsamen Beitragsbescheides nach § 46 Absatz 2 Sätze 3 und 4 keine ausreichende Grundlage für einen gemeinsamen Widerspruchsbescheid. Die Regelungen über den Erlass eines Widerspruchsbescheides sind ausschließlich den Vorschriften über das Vorverfahren nach § 78ff. SGG zu entnehmen. Diese kennen jedoch das Institut eines gemeinsamen Widerspruchsbescheides nicht. Für eine analoge Anwendung dieser Vorschriften aus dem SGB XI verbleibe kein Raum, weil das Vorfahren ein eigenes abgegrenztes Verfahren darstellt. Insoweit gibt es auch genügend Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit, in denen im Rechtsstreit festgestellt wurde, dass die Beitragsfestsetzung in der Sache zutreffend war und die Klage gegen den Widerspruchsbescheid abgewiesen wurde, soweit es um die Krankenversicherungsbeiträge ging. Für die Pflegeversicherung wurde der Klage jedoch aus dem formalen Grund stattgegeben, weil ein einheitlicher Widerspruchsbescheid erlassen worden war.

Auch im Vorverfahren ist es notwendig zu vermeiden, dass über die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in formal getrennten Widerspruchsbescheiden entschieden werden muss. Deshalb wird angeregt, die Regelungen des § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 auf das Vorverfahren nach dem SGG zu übertragen, um die weitgehend etablierte Praxis des gemeinsamen Widerspruchsbescheides gesetzlich zu legitimieren. Insoweit ist auch auf die Regelungen hinzuweisen, die für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags gelten. Dort ist es Usus, dass die Krankenkasse den Widerspruchsbescheid auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung erlässt. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 28h Absatz 1 Satz 1 SGB IV. Danach entscheidet die Einzugsstelle (Krankenkasse) über die Versicherungspflicht und Beitragshöhe in der Kranken-, Pflege und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung; „sie erlässt auch den Widerspruchsbescheid". Eine ähnliche Regelung ist auch für die o.g. sonstigen Beiträge anzustreben.

Änderungsvorschlag:
In § 46 Absatz 2 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt: „*In den Fällen des Satzes 4 erlässt die Krankenkasse auch den Widerspruchsbescheid; Satz 5 gilt entsprechend*". Der bisherige Satz 6 wird Satz 7.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
info@vdek.com