



**Spitzenverband**

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0131(14)

gel VB zur öAnhörung am 30.09.

15\_PSGII

28.09.2015

# **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 25.09.2015**

**zum Gesetzentwurf  
eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen  
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften  
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)  
BT–Drucksache 18/5926**

**GKV–Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>6</b>
<b>II. Stellungnahme zum Gesetz .....</b>	<b>10</b>
<b>Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>10</b>
§ 7 Absatz 1 Aufklärung, Auskunft .....	10
§ 7a Pflegeberatung .....	15
§ 7b Beratungsgutscheine .....	17
§ 7c Pflegestützpunkte .....	19
§ 8 Gemeinsame Verantwortung .....	20
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen .....	21
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen .....	22
§ 17a Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs .....	24
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	25
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten .....	30
§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	31
§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung .....	32
§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe .....	33
§ 38 Kombination von Geldleistungen und Sachleistung (Kombinationsleistung) .....	34
§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson .....	35
§ 42 Kurzzeitpflege .....	39
§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung .....	40
§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen .....	42
§ 92c Neuverhandlung der Pflegesätze .....	43
§ 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze .....	44
§ 92e Verfahren für die Umrechnung .....	45
§ 92f Pflichten der Beteiligten .....	46
§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse .....	48
§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekasse .....	49
§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst .....	50
§ 108 Auskünfte an Versicherte .....	51
§ 113 Absatz 1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität .....	52
§ 113a Absatz 1 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege .....	56
§ 113b Absatz 1 Qualitätsausschuss .....	57
§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen .....	73
§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen .....	75

§ 114a Absatz 7 Durchführung der Qualitätsprüfungen .....	80
§ 115 Absatz 1a Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung .....	82
§ 135 Zuführung der Mittel .....	87
<b>Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>88</b>
§ 2 Selbstbestimmung .....	88
§ 4 Art und Umfang der Leistungen .....	89
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen .....	90
§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit .....	91
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument .....	93
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen .....	97
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	98
§ 19 Begriff der Pflegepersonen .....	100
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1 .....	102
§ 36 Pflegesachleistung .....	104
§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen .....	107
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ..	110
§ 41 Tagespflege und Nachtpflege .....	112
§ 42 Kurzzeitpflege .....	113
§ 43 Inhalt der Leistung .....	114
§ 43b Inhalt der Leistung .....	116
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen .....	117
§ 44a Absatz 2 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen .....	120
§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung .....	121
§ 45b Entlastungsbetrag .....	123
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung .....	124
§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung .....	125
§ 46 Absatz 3 Pflegekassen .....	126
§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte .. .....	129
§ 55 Absatz 1 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze .....	130
§ 65 Absatz 4 Kostenerstattung wegen Verwaltung des Pflegeausgleichsfonds .....	131
§ 75 Absatz 3 Satz 4 Anpassung der Personalrichtwerte in den Rahmenverträgen der Länder . .....	132
§ 84 Absatz 2 Bemessungsgrundsätze .....	133
§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts .....	136
§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse .....	137
§ 109 Absatz 1 Pflegestatistiken .....	138
§ 127 Pflegevorsorgezulage; Förderungsvoraussetzungen .....	139

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade .....	140
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	142
§ 142 Absatz 1 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren .....	148
§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung .....	152
<b>Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>153</b>
§ 26 Absatz 2b Sonstige Versicherungspflichtige .....	153
§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag .....	155
§ 345 Nummer 8 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger .....	156
§ 345b Satz 1 Nummer 1 Beitragspflichtige Einnahmen bei einem Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag .....	157
§ 347 Nummer 10 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten .....	158
§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige .....	159
§ 446 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften .....	160
<b>Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>161</b>
§ 33 SGB V Hilfsmittel .....	161
§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege .....	163
§ 252 Absatz 2a Beitragszahlung .....	165
<b>Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>166</b>
§ 3 Sonstige Versicherte .....	166
§ 5 Absatz 2 Versicherungsfreiheit .....	167
§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter .....	168
<b>III. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>169</b>
<b>Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>169</b>
§ 18 Absatz 3a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	169
§ 46 Pflegekassen .....	170
§ 74 Absatz 2 Kündigung von Versorgungsverträgen .....	172
§ 84 Absatz 7 Bemessungsgrundsätze .....	173
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	174
§ 114 Qualitätsprüfungen .....	176
§ 114a Absatz 1 Satz 3 Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflege- einrichtungen .....	177
§ 115 Absatz 2 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen .....	180

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 5 von 180

## **Hinweis**

Der Gesetzentwurf enthält aufgrund der weitreichenden Umstellungen zahlreiche redaktionelle Änderungen. Wegen der besseren Lesbarkeit der Stellungnahme wird auf die Aufführung dieser Änderungen verzichtet.

## **I. Vorbemerkung**

Nachdem zum 1. Januar 2015 mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und verbessert wurden, führt die Bundesregierung mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das hierfür notwendige neue Begutachtungsverfahren ein. Damit setzt die Bundesregierung die von ihr angekündigte und vom GKV-Spitzenverband schon lange geforderte Neuausrichtung der Pflegeversicherung um. Künftig erhalten alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung. An die Stelle der bisherigen drei Pflegestufen sowie dem eingeschränkten Zugang zur Pflegeversicherung für Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen treten künftig fünf Pflegegrade. Damit wird der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen (insbesondere auch bei kognitiven und psychischen Einschränkungen) besser berücksichtigt. Mit dem Gesetzentwurf werden zudem auch die Qualitätsprüfungen weiterentwickelt.

### **Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich an dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit orientiert, das der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt hat, wird ausdrücklich begrüßt. Es ist richtig, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit deutlich erweitert wird. Mit der Einführung einer neuen Definition geht ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit einher. Anders als bisher ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht mehr geprägt von einer an den Defiziten des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise, sondern der Blick wird auf das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit bzw. Fähigkeiten jedes pflegebedürftigen Menschen und der danach bestehenden Abhängigkeit von personeller Hilfe gerichtet. Indem der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen erfasst wird, werden körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung künftig gleichberechtigt behandelt. Infolgedessen ist es sachgerecht, dass die Leistungsinhalte an das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit angepasst werden. Entsprechend können künftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung je nach Bedarf des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

### **Neues Begutachtungsassessment**

Die Begutachtung zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit wird grundlegend neu ausgerichtet. Dadurch werden die Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen künftig umfassender abgebildet und die individuelle Situation der pflegebedürftigen Menschen besser berücksichtigt. Insgesamt führt das neue Instrument inklusive der Bewertungssystematik zu mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Durch die auf Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 durchgeführte Studie zur Praktikabilität des neuen Begutachtungsassessment wurde das neue Begutachtungsassessment vor seiner Einführung erprobt. Damit liegen wertvolle Erkenntnisse für den Implementierungsprozess vor.

### **Überleitungs- und Bestandschutzregelungen**

Mit den vorgesehenen Überleitungsregelungen in die jeweiligen Pflegegrade soll erreicht werden, dass eine Neubegutachtung für Bestandsfälle entfällt. Für den Leistungsbezieher wird ein Vertrauensschutz geschaffen, damit er auch nach einer Neudefinition der Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung mindestens im bisherigen Umfang in Anspruch nehmen kann. Mit der Überleitung wird sich der Leistungsbezug für die Mehrheit der gegenwärtigen Leistungsbezieher sogar verbessern. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Umfassende Bestandschutzregelungen sorgen dafür, dass kein gegenwärtig Pflegebedürftiger mit zusätzlichen Belastungen nach der Umstellung rechnen muss. Die Möglichkeit, sich trotz Übergangsregelungen nach dem neuen Begutachtungsassessment begutachten zu lassen und bei einer nachgewiesenen Schlechterstellung trotzdem in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben zu können, wird jedoch voraussichtlich zu zusätzlichen Antragstellungen für Neubegutachtungen bei Bestandsfällen führen. Derartige Belastungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind zum Umstellungszeitpunkt zu berücksichtigen. Insgesamt wird die Umsetzung der weitreichenden Übergangsregelungen bei den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung erhebliche personelle Ressourcen binden.

Für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten in der stationären Pflege wird es künftig einrichtungseinheitliche Eigenanteile für Pflegebedürftige geben. Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit nicht mehr steigt. Ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegebedürftigen liefert diesen sowie

den gegebenenfalls zuständigen Sozialhilfeträgern die notwendige finanzielle Sicherheit im Falle der Einstufungen in höhere Pflegegrade. Für die in die neuen Pflegegrade übergeleiteten Pflegebedürftigen gilt Bestandsschutz.

### **Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen**

Für die Pflegeberatung der Pflegekassen sind eine Vielzahl an Maßnahmen zur Verbesserung und inhaltlichen Ausgestaltung vorgesehen. Mit der Errichtung einer Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung verbindlicher und einheitlicher Grundsätze zum Verfahren, zur Durchführung und zu den Inhalten kann die Qualität der Pflegeberatung weiterentwickelt und ein bundesweit hohes Niveau professioneller Beratung, insbesondere in den Beratungsstellen der Pflegekassen und in den Pflegestützpunkten, erreicht werden.

### **Weiterentwicklung der Qualitätssicherung**

Die von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung soll künftig als Qualitätsausschuss entscheiden. Die grundlegende Änderung der Entscheidungsfindung im Bereich der Qualität in der Pflege ist zu begrüßen. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird abgelehnt.

Das vorgeschlagene Modell lehnt sich an die Regelungen zur Entscheidungsfindung und gegebenenfalls Konfliktlösung im Bereich der ärztlichen Vergütung an. Damit die im Qualitätsausschuss vertretenen Entscheidungsträger ausreichend legitimiert sind, wird empfohlen, Kriterien für die Maßgeblichkeit der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene festzulegen.

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das BMG stellt allerdings einen systemwidrigen und völlig unnötigen Eingriff in die Selbstverwaltung dar, indem der unparteiische Vorsitzende von der Exekutive bestimmt wird. Der Gesetzgeber sollte auf eine solche Bestimmung verzichten. Es ist in vielen Bereichen erfolgreich geübte Praxis, dass sich die Selbstverwaltungspartner auf Unparteiische verständigen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 9 von 180

## **Finanzierung**

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 Prozent angehoben, für Kinderlose auf 2,8 Prozent. Damit steigen die Einnahmen in 2017 um ca. 2,5 Mrd. Euro. Mit den Mehreinnahmen und den Rücklagen der Pflegeversicherung soll die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs finanziert und ein Perspektivwechsel in der Pflege eingeleitet werden. Die vorhandenen Mittel der Pflegeversicherung reichen – soweit erkennbar – aus, die notwendige Reform bis ins Jahr 2021 zu finanzieren.

## **II. Stellungnahme zum Gesetz**

### **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3a) bis b)

#### **§ 7 Absatz 1 Aufklärung, Auskunft**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Wort „Beratung“ wird durch das Wort „Auskunft“ ersetzt. Aufgabe der Pflegekassen nach dem hier geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft der Versicherten. Diese Aufgaben können auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen ohne Qualifikation als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater im Sinne von § 7a wahrgenommen werden.

##### **B) Stellungnahme**

Die Änderung wird begrüßt. Mit der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a und der Anpassung der Begrifflichkeiten erfolgt eine bessere Abgrenzung der Inhalte der Regelungen in den §§ 7 und 7a, was auch zu einer besseren Lesbarkeit der Vorschriften führt.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3c) aa) bis cc)

### **§ 7 Absatz 2 Aufklärung, Auskunft**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verpflichtung der Pflegekasse zum Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den Pflegestützpunkt nach § 7c (neu) sowie zur Übermittlung der Leistungs- und Preisvergleichsliste wird von Absatz 3 in Absatz 2 verschoben.

Zudem wird geregelt, dass die Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung getroffenen Festlegungen gibt bzw. den Versicherten durch eine Internet-Veröffentlichung zugänglich macht.

#### **B) Stellungnahme**

Es ist bereits gängige Praxis, dass die Pflegekassen ihren Versicherten bei Teilnahme an integrierten Versorgungsformen hierüber Auskunft erteilen. Bei der gesetzlichen Normierung des Informationsrechts des Versicherten handelt es sich um eine Klarstellung. Die Zugänglichmachung von Informationen über Internet-Veröffentlichungen wird ausdrücklich begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3d)

### **§ 7 Absatz 3 Aufklärung, Auskunft**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflicht der Pflegekasse zur Aushändigung einer Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Leistungs- und Preisvergleichsliste) wird auf die Fälle beschränkt, in denen der Pflegebedürftige einen entsprechenden Ausdruck anfordert. Die Pflegekasse kann ansonsten den Antragstellenden auf entsprechende Internet-Veröffentlichungen der Landesverbände der Pflegekassen hinweisen (Absatz 2).

Neu eingeführt wird die Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote aufzunehmen, wobei letztere aufgrund von Vereinbarungen nach Absatz 4 von den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser niedrigschwelligen Angebote zuständigen Stellen in einem vereinbarten technischen Standard zu übermitteln sind.

Die bereits nach geltendem Recht durch die Landesverbände der Pflegekassen zu erstellen- den Leistungs- und Preisvergleichslisten sollen zukünftig auf der Internetseite des jeweiligen Verbands veröffentlicht und einmal im Quartal aktualisiert werden. Sie sind den Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Beschränkung der bisherigen Pflicht zur Übersendung der Preis- und Vergleichslisten in Papierform wird aus verwaltungsökonomischen Gründen begrüßt. Darüber hinaus ermöglicht die Veröffentlichung im Internet den Versicherten und ihren Angehörigen eine noch passgenauere Suche in der Region, in der die pflegerische Versorgung erfolgen soll.

Positiv ist zudem, dass die Preis- und Vergleichsliste künftig auch die Angebote zur Unterstützung im Alltag enthalten soll. Diese Ergänzung optimiert den Überblick der Pflegebedürftigen über die Versorgungsangebote und trägt zu einer umfassenden Beratung durch die Pflegekassen bei.

Fraglich ist jedoch, wie in den Listen die regionale Verfügbarkeit dargestellt werden soll. Ob die Leistungsanbieter zum gewünschten Zeitpunkt tatsächlich verfügbar sind, kann von diesen nur direkt beantwortet werden.

Darüber hinaus wird die Formulierung in Absatz 3 Satz 5 kritisch gesehen. Danach sind die Listen auch dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. „vom Landesverband der Pflegekassen (...) zur Verfügung zu stellen“. Hier ist zum einen fraglich, welcher der Landesverbände gemeint ist. Zudem wird darauf hingewiesen, dass nach der derzeitig geplanten Neuregelung dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Listen, deren Erstellung und Aktualisierung einen nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand darstellen, ohne Aufwandsentschädigung von der GKV zur Verfügung gestellt werden sollen, damit die PKV Ihrer eigenen Auskunftspflicht gegenüber Ihren Versicherten nachkommen kann und dies, obwohl die Vergütungsvereinbarungen und somit die für die Erstellung der Listen erforderlichen Informationen dem PKV-Verband vorliegen.

Bei der Vorgabe, auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen, handelt es sich lediglich um eine Klarstellung.

### C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung erstellen Leistungs- und Preisvergleichslisten nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen diese auf der eigenen Internetseite.

§ 7 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Kosten“ werden die Wörter „und der regionalen Verfügbarkeit“ gestrichen.

§ 7 Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie den privaten Krankenversicherungsunternehmen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen sowie vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Verfügung zu stellen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3e)

### **§ 7 Absatz 4 Aufklärung, Beratung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Übermittlung der Angaben zu Leistungen und Kosten niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote soll künftig in gemeinsamen Vereinbarungen zwischen den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen im Rahmen einer elektronischen Datenübermittlung erfolgen. Die Vertragsparteien sollen sich insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich Finanzierung des Datenübermittlungsverfahrens einigen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung abgeben.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung erleichtert es den Leistungsberechtigten, ihr Wahlrecht auszuüben und die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die damit einhergehende Überschaubarkeit der erreichbaren Angebote für pflegerische und betreuerisch bzw. entlastend ausgerichtete Hilfen kommt auch den pflegenden Angehörigen zugute.

Dass die Zusammenführung der Angaben im Rahmen einer bundeseinheitlich standardisierten elektronischen Datenübermittlung erfolgen soll, wird aus verwaltungsökonomischen Gründen ebenfalls begrüßt. Damit wird insbesondere auch eine Vergleichbarkeit der Angebote in Versorgungsregionen an Landesgrenzen gefördert.

Eine finanzielle Beteiligung aus den Verwaltungsmitteln der Pflegeversicherung für das Datenübermittlungsverfahren ist weder sachgerecht noch konsequent, da die Träger weiterer Angebote die Daten im elektronischen Übermittlungsverfahren unentgeltlich bereitstellen sollen. Z. B. erfolgt für die Bereitstellung der Informationen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen keine Finanzierungsbeteiligung der Pflegeversicherung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 4 Satz 1 sind die Wörter „einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung“ zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4

### **§ 7a Pflegeberatung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen werden verpflichtet, Leistungsberechtigten unverzüglich einen zuständigen Ansprechpartner für eine individuelle Beratung zu benennen. Die Durchführung der Pflegeberatung und die Inhalte sollen in einer Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt werden.

Künftig kann die Pflegeberatung auch gegenüber den pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen, sofern der Anspruchsberechtigte nach Absatz 1 dem zustimmt, und nicht nur – wie bisher – in deren Beisein, erfolgen. Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern abzugeben.

Es wird klargestellt, dass Versicherte Leistungsanträge gegenüber den Pflege- bzw. Krankenkassen bei der für sie zuständigen Pflegeberaterin oder dem zuständigen Pflegeberater stellen können, die sie dann an die jeweils zuständige Bewilligungsstelle übermitteln.

Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren mit der PKV, den Sozialhilfeträgern und den kommunalen Spitzenverbänden Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit in der Beratung.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig zum 30. Juni 2020 und nachfolgend regelmäßig alle 3 Jahre einen Bericht erstens über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c, zweitens über die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung in der Häuslichkeit von Pflegegeldempfängern nach § 37 Absatz 3 bis 8 vorzulegen. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

#### **B) Stellungnahme**

Insbesondere Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, und deren Angehörige sind auf eine umgehende und qualifizierte Beratung angewiesen, um die notwendigen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen rechtzeitig organisieren und koordinieren zu können. Die vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Richtlinien werden zu einer Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Beratungsinhalte und -verfahren beitragen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 16 von 180

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 5

### **§ 7b Beratungsgutscheine**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung verpflichtet die Pflegekassen künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen oder gegenseitig anrechenbare Leistungen zum Inhalt haben, einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist bzw. einen Beratungsgutschein auszustellen, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. Dies soll künftig auch bei Anträgen berufstätiger Angehöriger auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a gelten.

#### **B) Stellungnahme**

Eine zeitnahe Pflegeberatung nach § 7a, soweit diese gewünscht wird, ist Ziel aller Pflegekassen. Durch die bestehende Regelung ist die Pflegekasse bereits verpflichtet, bei erstmaligen Anträgen auf Pflegeleistungen, aktiv unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Die Ausweitung dieser Regelung auf sämtliche oben aufgeführte Anträge führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand und geht an der tatsächlichen Bedarfslage der Anspruchsberechtigten vorbei (vgl. Ausführungen zu § 7a). Schon heute haben sämtliche Leistungsbezieher einen Anspruch auf eine umfassende Pflegeberatung nach § 7a, die auf Wunsch auch zeitnah durchgeführt wird. Die Verpflichtung der Pflegekasse zum aktiven Angebot eines konkreten Beratungstermins, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, sollte jedoch auf Erstanträge und Situationen, in denen schwerwiegende, kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt wurden (§ 115 Absatz 4), beschränkt werden. Nicht jeder Antragsteller auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung benötigt eine umfassende Pflegeberatung nach § 7a mit Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. In den überwiegenden Fällen reicht die gezielte Aufklärung und Auskunft aus.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 18 von 180

**C) Änderungsvorschlag**

§ 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie in  
Fällen des § 115 Absatz 4“ eingefügt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 6

### **§ 7c Pflegestützpunkte**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die in § 92c getroffenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 sowie 7 bis 9 werden unverändert in die im ersten Kapitel geregelten Vorschriften zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7 ff. verschoben. Absätze 5 und 6 werden aufgehoben.

#### **B) Stellungnahme**

Die Verschiebung der Vorschrift wird aus Gründen des Sachzusammenhangs begrüßt. Die Aufhebung der Absätze 5 und 6 dient der Rechtsbereinigung, da die Regelungen zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung ausgelaufen sind.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 7

### **§ 8 Gemeinsame Verantwortung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 8 Absatz 4 sieht vor, dass aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach Absatz 3 ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge der Vertragsparteien nach § 113b Absatz 4 erfolgen soll. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen mit einem Anteil von 10 Prozent an den o. g. Aufwendungen des Qualitätsausschusses.

#### **B) Stellungnahme**

Für die Finanzierung der mit der Einrichtung der Geschäftsstelle zusammenhängenden Aufgaben für den geplanten Zeitraum von fünf Jahren stehen aus dem Modellprogramm nach § 8 Absatz 3 finanzielle Mittel zur Verfügung. Um eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten, sollte eine enge Koordination zur Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband gewährleistet sein. Eine finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist sachgerecht, sofern der PKV-Verband stimmberechtigtes Mitglied im Qualitätsausschuss wird (vgl. Ausführung zu Nr. 34 § 113b Absatz 2).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10

### **§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 als Einnahme zum Lebensunterhalt gilt und als Einkommen bei Sozialleistungen anzurechnen ist, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist.

#### **B) Stellungnahme**

Das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a stellt eine Lohnersatzleistung für entgangenes Arbeitsentgelt dar. Somit ist es folgerichtig, dass dieses ebenso wie andere Entgeltersatzleistungen als Einnahme zum Lebensunterhalt gilt und als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 11

### **§ 17 Richtlinien der Pflegekassen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch Absatz 1a (neu) wird eine neue Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS eingeführt, mit der einheitliche Grundsätze zu Verfahren, qualitätsgesicherter Durchführung und wesentlichen Inhalten der Pflegeberatung nach § 7a vorgegeben werden (Pflegeberatungs-Richtlinie). Die Richtlinie soll für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c (neu) unmittelbar verbindlich sein.

An den Richtlinien sind die Fachkreise sowie die Länder zu beteiligen.

#### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Neuregelung, da einheitliche Richtlinien erforderlich sind, um die Qualität der Pflegeberatung sicherzustellen und ein bundesweit hohes Niveau für die professionelle Beratung der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b und den Pflegestützpunkten nach § 7c (neu) zu erreichen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass derzeit knapp ein Viertel der Pflegestützpunkte allein in kommunaler Trägerschaft sind, für die die Richtlinien keine bindende Wirkung haben.

Die vorgesehene Beteiligung der Fachkreise an der Erarbeitung der Richtlinien ist bereits geübte Praxis. Auf diese Weise wird nicht nur die notwendige Transparenz hergestellt, sondern auch die Möglichkeit geschaffen, Verbesserungen an den vorgeschlagenen Standards zu optimieren. Die Beteiligung der Fachkreise bedarf einer Klarstellung.

Erstmalig sind auch die Länder an der Erarbeitung von Richtlinien zu beteiligen. Auch wenn ihr Votum keine Bindungswirkung hat, ist diese Beteiligung nicht nachvollziehbar. Die Erfüllung der Beratungspflichten nach § 7a obliegt den Pflegekassen. Eine Umsetzungsverantwortung für die Länder gibt es im SGB XI nicht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 1a (neu) Satz 2 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „die Länder“ sind zu streichen.

Nach dem Wort „Bundesebene“ werden die Wörter „sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängige Sachverständige, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen“ einzufügen.

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen“ werden gestrichen.

Vor dem Wort „ist“ wird das Wort „Ihnen“ eingefügt.

Nach dem Wort „ist“ werden die Wörter „unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist“ eingefügt.

Nach dem Wort „geben“ wird ein Semikolon gesetzt und die Wörter: „ die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen“ angefügt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 12

### **§ 17a Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung in Absatz 4 Satz 1 und 2 soll mit Blick auf Absatz 1 Satz 4 sicherstellen, dass die Begutachtungs-Richtlinien rechtzeitig vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des neuen Begutachtungsinstruments sowie des neuen Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden können, damit eine termingerechte Erledigung von entsprechenden Vorbereitungsmaßnahmen durch die an der Umstellung beteiligten Stellen erfolgen kann. In Satz 1 wird klargestellt, dass die Genehmigung und damit die neuen Begutachtungs-Richtlinien erst zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die in Absatz 4 Satz 2 enthaltene Genehmigungsfiktion ist geübte Praxis und findet sich in ähnlicher Form in verschiedenen Regelungen des SGB wieder. Das weite Vorziehen des Genehmigungsverfahrens sorgt frühzeitig für die notwendige Rechtssicherheit und ist daher zu begrüßen. Allerdings stimmt die in der Begründung zu dieser Regelung genannte Vorlagefrist (25. März 2016) nicht mit der sich aus Absatz 1 Satz 4 ergebenden Frist (25. April 2016) überein. Um Missverständnissen vorzubeugen wird angeregt, in der Begründung klarzustellen, dass die Begutachtungs-Richtlinien dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 25. April 2016 zur Genehmigung vorzulegen sind.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 4 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Richtlinien nach Absatz 1 werden nach Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit frühestens am 1. Januar 2017 wirksam.“

Die Gesetzesbegründung zu Absatz 4 wird wie folgt angepasst:

„In Satz 2 ist das Datum „25. März 2016“ durch das Datum „25. April 2016“ zu ersetzen und die Wörter „innerhalb von acht Monaten“ sind durch die Wörter „innerhalb von neun Monaten“ zu ersetzen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 13a)

### **§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Neuregelung handelt es sich um die gesetzliche Verpflichtung, Feststellungen zu Rehabilitationsbedarfen im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens, zu treffen.

#### **B) Stellungnahme**

Zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ soll mit dem neuen Begutachtungsinstrument zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit auch ein bestehender Rehabilitationsbedarf der Antragsteller besser erkannt werden. Darüber hinaus ist Grundlage eines bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens auch die regelmäßige Schulung der Gutachter, z. B. in Form von Fallbesprechungen zur einheitlichen Anwendung von Reha-Indikationskriterien, die als Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation vorliegen müssen. Als Ergebnis eines Projekts des GKV-Spitzenverbandes zur „Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK“ wird die optimierte Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung der MDK seit Juli 2014 umgesetzt. Einen besonderen Schwerpunkt stellt dabei, neben der angepassten Ausfüllanleitung zur Rehabilitationsempfehlung, eine professionsübergreifende standardisierte Schulung der Pflege-Gutachter und ärztlichen Gutachter dar. Insoweit handelt es sich bei der Neuregelung um eine Klarstellung des bereits in der Praxis umgesetzten Ziels.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 13b)

### **§ 18 Absatz 6a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Vereinfachung der Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zwecken nach § 40 dienen, sowie zur Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Pflegekasse und MDK soll die bereits heute in den Pflegegutachten enthaltene Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung künftig mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als Antrag auf Leistungsgewährung gelten, sofern der Versicherte gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung zustimmt.

Die Konkretisierung, welche Hilfsmittel den „Zwecken von § 40 SGB XI“ dienen und damit von dieser Regelung umfasst sind, erfolgt in den Begutachtungsrichtlinien nach § 17 SGB XI unter Berücksichtigung der Hilfsmittelrichtlinie (HilfsmRL).

Der Gutachter hat für die von der Regelung umfassten Hilfsmittel die Art, die Ausführung und die benötigte Menge festzulegen. Für die nicht von der Regelung umfassten Hilfsmittel spricht der Gutachter eine unverbindliche Versorgungsempfehlung aus. Die konkrete Verordnung dieser Hilfsmittel obliegt weiterhin dem Vertragsarzt.

Die medizinische Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 SGB V oder die Notwendigkeit nach § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird bei den, von der Neuregelung umfassten Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, vermutet. Die Vermutungsregelung hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 SGB V tritt am 31. Dezember 2019 außer Kraft. Damit ist die fachliche Überprüfung der Notwendigkeit grundsätzlich abgeschlossen, es sei denn die Kranken- oder Pflegekasse stellt in Ausnahmefällen die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist darüber hinaus das Vorliegen der jeweiligen leistungs- und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel soll dem Antragsteller von der Pflegekasse unverzüglich, spätestens jedoch mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, übermittelt werden.

Diese Regelung soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten (Artikel 8 Absatz 1 zum PSG II).

## **B) Stellungnahme**

Die Vereinfachung der Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln für Versicherte wird grundsätzlich begrüßt.

Mit den Regelungen zu den doppelunktionalen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln in § 40 Absatz 5 SGB XI sind aber bereits die Hilfsmittel konkretisiert, die den Zielen der geplanten Neuregelung dienen.

Die Konkretisierung, welche Pflegehilfsmittel allein den Zielen von § 40 SGB XI dienen, erfolgt bereits durch das Pflegehilfsmittelverzeichnis, da im Pflegehilfsmittelverzeichnis von der Leistungspflicht umfasste Pflegehilfsmittel aufzuführen sind.

Das Ziel der Konkretisierung der mit der Neuregelung gemeinten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel kann somit durch den alleinigen Verweis auf die Richtlinien nach § 40 Absatz 5 SGB XI sowie auf die originären Pflegehilfsmittel erreicht werden.

Eine Konkretisierung derjenigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die von dieser Regelung umfasst sind, sowohl in den Begutachtungs-Richtlinien als auch die Benennung der Produkte in der Gesetzesbegründung, ist somit entbehrlich bzw. würde zu nicht nachvollziehbaren Parallelstrukturen führen, da zwei konkurrierende Normen mit gleichem Regelungsgehalt vorliegen würden. Vielmehr könnte in den Begutachtungsrichtlinien durch einen dynamischen Verweis (im Sinne eines Anhangs) auf die Richtlinien zu den doppelunktionalen Hilfsmitteln und das Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis der Konkretisierung der Produkte für die Begutachtungspraxis Rechnung getragen werden.

Die entgegen der Gesetzesbegründung nicht in der Richtlinie aufgeführten Hilfsmittel bedürfen nahezu regelhaft einer ärztlichen Erstdiagnostik (z. B. Hilfsmittel gegen Dekubitus) oder es ist gesichert davon auszugehen, dass der Versicherte bereits mit ihnen versorgt ist (z. B. Stomaartikel).

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel an dem Tag, an dem das diesbezügliche Gutachten des MDK oder des beauftragten Gutachters bei der Pflegekasse eingeht. Die Entscheidung über die empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel ebenfalls mit Übersendung des Bescheides über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Versicherten zu übermitteln, wird den nachgelagerten Versorgungsabläufen nicht gerecht.

Erst durch einen konkreten Versorgungsvorschlag eines Leistungserbringers wird die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegekasse, unter Berücksichtigung der konkreten Vertragssituation und der leistungsrechtlichen Voraussetzungen, möglich. Diese hat nach § 40 Absatz 5 SGB XI sowohl als Träger, bei dem die Leistung beantragt wird, als auch als zuständiger Träger für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die Entscheidung über die von der Neuregelung umfassten Anträge zu treffen.

Eine Entscheidung der Pflegekasse über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel kann vor dem Hintergrund dieses notwendigen Versorgungsablaufs nicht bereits auf Basis der Empfehlung im Pflegegutachten getroffen werden und damit nicht bereits mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den Antragsteller übermittelt werden.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass die Pflegekasse über den in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Antrag zu entscheiden hat. Für Hilfsmittel, die in die Zuständigkeit der Krankenkasse fallen, gilt § 16 Absatz 2 SGB I. Durch die Klarstellung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel künftig als beantragt gelten, und der sich diesbezüglich bereits aus den geltenden Normen ergebenden Zuständigkeit der Pflegekasse für die Entscheidung über die so beantragten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bedarf es dieser Klarstellung jedoch nicht. Sonst entsteht der Eindruck, dass auch über die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Rahmen des § 40 Absatz 5 SGB XI sowie die im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI definierten Pflegehilfsmittel hinaus, mit dem Pflegegutachten Anträge gegen die Krankenkassen auf Basis der Empfehlungen möglich sind, wenngleich der Gutachter hierzu lediglich eine unverbindliche Versorgungsempfehlung aussprechen kann.

Ein Außer-Kraft-Treten am 31. Dezember 2019 bedeutet eine Gültigkeit bis 30. Dezember 2019. Da das nicht gewollt ist, sollte entweder das Außer-Kraft-Treten am 1. Januar 2020 oder eine Gültigkeit bis zum 31. Dezember 2019 geregelt werden.

Diese Regelung soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Die damit im Zusammenhang stehende Folgeänderung in § 33 Absatz 5a SGB V (Artikel 4 Ziffer 2) soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Aufgrund des Sachzusammenhangs dieser Änderungen ist einheitliches Inkrafttreten zum 1. Januar 2017 notwendig.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 18 Absatz 6a SGB XI wird unter Artikel 2 Nr. 10 verortet wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzu-

geben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne des Satzes 2 sind die in den Richtlinien gemäß § 40 Absatz 5 genannten doppel funktionalen Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel. Darüber hinaus zählen dazu alle übrigen im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 aufgeführten Pflegehilfsmittel. Hinsichtlich der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne des Satzes 2 wird die Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bezüglich der Vermutung der Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches tritt die Regelung am 1. Januar 2020 außer Kraft. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich, die Entscheidung über die nach Satz 2 beantragten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 14

### **§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung wird die bestehende Berichtspflicht über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert. Darüber hinaus wird die Anwendung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zum verpflichtenden Gegenstand der Berichterstattung gemacht.

#### **B) Stellungnahme**

Die Verlängerung der Berichtspflicht der Pflegekassen um drei Jahre ist insbesondere vor dem Hintergrund der Veränderungen im Begutachtungsverfahren, die sich auch auf das verbesserte Erkennen von Rehabilitationsbedarfen erstrecken, nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 15

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 regelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium einrichtet, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt.

Absatz 2 regelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl für die Vorbereitung als auch für die Umsetzung der Umstellung auf den neuen Begriff und das neue Begutachtungsverfahren durchführen lässt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung wird begrüßt. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens stellt eine große Herausforderung dar, die ein enges Zusammenwirken aller Beteiligten erforderlich macht.

Mit den Regelungen in Absatz 1 und Absatz 2 wird die Anregung des Expertenbeirats aufgegriffen, Vorsorge für eine nachhaltige Begleitung des Gesamtprozesses zu treffen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 16

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung erfolgt im Jahr 2020.

#### **B) Stellungnahme**

Vor dem Hintergrund der für das Jahr 2017 vorgesehenen Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung unmittelbar in zeitlicher Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es nachvollziehbar und praktikabel, die für das Jahr 2017 ggf. vorzunehmende Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt zu integrieren. Jedoch lässt sich nicht nachvollziehen, ob die Bundesregierung die Notwendigkeit und insbesondere die Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung geprüft hat. Die ambulanten Leistungsbeträge entsprechen, mit Ausnahme des Pflegegeldes für Pflegegrad 5, den heutigen erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Durch die Überleitungsregelungen gemäß § 140 (neu) erhalten Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach dem SGB XI bezogen haben, durch den Stufensprung in höhere Pflegegrade und durch den Besitzstandsschutz zwar in der Regel ab 1. Januar 2017 höhere Leistungsbeträge. Diese entsprechen jedoch den bisherigen erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Für Leistungsempfänger der Pflegegrade 2 und 3 stehen hingegen die Leistungen der vollstationären Pflege anders als bisher in geringerem Umfang zur Verfügung. Insofern ist nicht erkennbar, dass die Höhe der Anpassungen der Leistungsbeträge aufgrund einer durchgeführten Prüfung dynamisiert wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 18

### **§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das bisher bezogene Pflegegeld wird statt wie bisher für eine Dauer von bis zu vier Wochen während einer Verhinderungspflege nach § 39 nunmehr für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 nunmehr für bis zu acht Wochen zur Hälfte fortgezahlt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erweiterung der Leistungsdauer zur Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege nach § 39 und einer Kurzzeitpflege nach § 42 wird grundsätzlich begrüßt und entspricht der Forderung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetz. Hierdurch wird die Leistungsdauer der Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes an die durch das Erste Pflegestärkungsgesetz ausgeweitete Leistungsdauer der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angepasst. Dies stellt eine Leistungsverbesserung für den Pflegebedürftigen und seiner pflegenden Angehörigen dar. Zugleich wird die Inanspruchnahme für den Pflegebedürftigen vereinfacht und transparenter. Die Ausweitung der Leistungsdauer stärkt den Grundsatz ambulant vor stationär.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten die beiden Leistungsarten zu einer Gesamtleistung zusammengefasst werden. Es wird insoweit auf die Stellungnahme zu § 39 und § 42 verwiesen. Dementsprechend bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Ersatz- und Kurzzeitpflege nach § 39 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 19

### **§ 38 Kombination von Geldleistungen und Sachleistung (Kombinationsleistung)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das bisher bezogene anteilige Pflegegeld wird statt wie bisher für eine Dauer von bis zu vier Wochen während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen zur Hälfte fortgezahlt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erweiterung der Leistungsdauer zur Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege nach § 39 und einer Kurzzeitpflege nach § 42 wird grundsätzlich begrüßt und entspricht der Forderung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetz. Hierdurch wird die Leistungsdauer der Fortzahlung des anteiligen hälftigen Pflegegeldes an die durch das Erste Pflegestärkungsgesetz ausgeweitete Leistungsdauer der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angepasst. Dies stellt eine Leistungsverbesserung für den Pflegebedürftigen und seiner pflegenden Angehörigen dar. Zugleich wird die Inanspruchnahme für den Pflegebedürftigen vereinfacht und transparenter. Die Ausweitung der Leistungsdauer stärkt den Grundsatz ambulant vor stationär.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten die beiden Leistungsarten zu einer Gesamtleistung zusammengefasst werden. Es wird insoweit auf die Stellungnahme zu § 39 und § 42 verwiesen. Dementsprechend bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, dass das anteilige hälftige Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Ersatz- und Kurzzeitpflege nach § 39 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Ersatz- und Kurzzeitpflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 20

### **§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann um den nicht verwendete Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 in Höhe von bis zu 806 Euro künftig auch erhöht werden, wenn die Verhinderungspflege von Ersatzpflegepersonen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. In diesem Fall sind die Aufwendungen wie bisher grundsätzlich auf die Höhe des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen beschränkt. Bei höheren nachgewiesenen Aufwendungen kann der Leistungsbetrag jedoch auf insgesamt bis zu 2.418 Euro erhöht werden.

#### **B) Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 in Höhe von bis zu 806 Euro nunmehr auch für die Verhinderungspflege verwendet werden können, wenn diese durch Ersatzpflegepersonen erbracht werden, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, unabhängig davon, ob die Verhinderungspflege von diesem Personenkreis erwerbsmäßig erbracht wird. Damit wird die Verhinderungspflege noch flexibler als bisher gestaltet. Eine Benachteiligung der Pflegebedürftigen, die ausschließlich die Verhinderungspflege durch Angehörige in Anspruch nehmen, entfällt insofern, als dass sie ebenfalls den Leistungsumfang der Verhinderungspflege erhöhen können.

Wie bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetz vorgebracht, erscheint es jedoch nicht sachgerecht, dass die Leistungen der Kurzzeitpflege nicht zu 100 vom Hundert für die Leistungen der Verhinderungspflege eingesetzt werden können, wie es umgekehrt der Fall ist. Anspruchsberechtigten, die eine längere Verhinderungspflege ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer vollstationären Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen wollen oder müssen, steht im Vergleich zu Anspruchsberechtigten, die für einen längeren Zeitraum in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden, ein geringerer Leistungsumfang zur Verfügung. Die Leistungen der Verhinderungspflege können im Vergleich zu den Leistungen der Kurzzeitpflege somit nur bedingt flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden.

Für eine flexible und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen in Krisensituationen sollten die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einer einzigen Leistung zusammengelegt werden. Hierdurch entfallen die bisherigen Ausnahme- und Anrechnungsregelungen, wodurch die Leistungsgestaltung für die Versicherten transparenter und einfacher wird. Durch die Zusammenfassung der Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege kann der Versicherte eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung entscheiden. Insbesondere stehen Anspruchsberechtigten, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden müssen, zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten. Bei einer Zusammenfassung der Leistungen ist klarzustellen, dass bei der Verhinderungspflege die durch Ersatzpflegepersonen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, das anteilige Pflegegeld – also 1/56 des zur Verfügung stehenden Gesamtbetrags pro Tag – zugrunde zu legen ist.

Die vorgeschriebene Wartezeit von sechs Monaten, in der die Pflegeperson den Anspruchsberechtigten in der häuslichen Umgebung gepflegt haben muss, stellt ein weiteres Hindernis zur Inanspruchnahme der Leistungen dar. Der Bedarf einer Verhinderungspflege kann bereits kurz nach der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz auftreten. In der Regel geht dem Zeitpunkt der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bereits eine Betreuung des Anspruchsberechtigten voraus. Deshalb ist die Wartezeit zu streichen.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 39 wird wie folgt gefasst:

#### **§ 39 Ersatz- und Kurzzeitpflege**

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht.

(2) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder noch nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht ein Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

(3) Der Anspruch nach den Absätzen 1 und 2 ist insgesamt auf acht Wochen je Kalenderjahr beschränkt. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 3.224 Euro belaufen. Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 gilt dies, soweit die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer vollstationären Pflege nach Absatz 2 übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

(4) Abweichend von Absatz 2 Satz 3 dürfen die Aufwendungen bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, regelmäßig den anteiligen Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu acht Wochen für die in Anspruch genommenen Tage nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 2 Satz 3 belaufen. Bei Bezug der Leistungen in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 besteht der Anspruch auf vollstationäre Pflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(6) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation er-

bringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

„§ 42 wird aufgehoben.“

Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe zu § 39 wird wie folgt gefasst:  
„§ 39 Ersatz- und Kurzzeitpflege“
- b) Die Angabe zu § 42 wird wie folgt gefasst:  
„§ 42 (weggefallen)“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 21

### **§ 42 Kurzzeitpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Leistungsdauer wird generell auf acht Wochen je Kalenderjahr erhöht, unabhängig davon, ob die nicht verwendeten Mittel der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die generelle Ausweitung der Leistungshöchstdauer von bis zu acht Wochen stellt eine Vereinfachung der Anwendung der Regelung dar und ist für den Versicherten transparenter und verständlicher.

Für eine flexible und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen in Krisensituationen sollten die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einer einzigen Leistung zusammengelegt werden. Hierdurch entfallen die bisherigen Ausnahme- und Anrechnungsregelungen, wodurch die Leistungsgestaltung für die Versicherten transparenter und einfacher wird. Durch die Zusammenfassung der Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege kann der Versicherte eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung entscheiden. Insbesondere stehen Anspruchsberechtigte, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden müssen, zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Zu dem Änderungsvorschlag wird auf Artikel 1 Nr. 20 verwiesen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 22

### **§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Pflegeunterstützungsgeld stellt eine Entgeltersatzleistung dar, deren Bezug bestimmte versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen in der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung nach sich zieht. Die Beiträge werden – ausgenommen der Zusatzbeitrag – grundsätzlich hälftig von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen (bei einem Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Beihilfe anteilig unter Einbeziehung der Beihilfestelle) und dem Bezieher der Leistung getragen. Zu zahlen sind die Beiträge vom jeweiligen Leistungsträger an die Krankenkasse, den Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit.

Mit dem ergänzenden Halbsatz in § 44a Absatz 3 Satz 4 SGB XI, der Auszahlungsbetrag (des Pflegeunterstützungsgeldes) vermindere sich um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen, soll laut Begründung klargestellt werden, dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie gegebenenfalls die Beihilfestelle den jeweiligen Beitragsanteil des Leistungsbeziehers bei der Auszahlung mit dem Pflegeunterstützungsgeld verrechnen können.

#### **B) Stellungnahme**

Die Berechtigung der das Pflegegeld zahlenden Stelle, die Beitragsanteile des Leistungsbeziehers bei der Auszahlung des Pflegeunterstützungsgeldes einzubehalten und einen insoweit geringeren Betrag auszuzahlen, ergibt sich bisher für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus § 349 Absatz 5 Satz 1 SGB III und für die Beiträge zur Rentenversicherung aus § 176 Absatz 1 Satz 1 und 3 SGB VI (jeweils in Verbindung mit § 28g SGB IV). In der entsprechenden Vorschrift über die Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung (§ 252 Absatz 2a SGB V) fehlt es bislang an einer entsprechenden Regelung, die jetzt mit Artikel 4 Nr. 5 durch einen Verweis in § 252 Absatz 2a Satz 3 SGB V auf § 28g SGB IV nachgeholt werden soll.

Allein aus der Begründung und ohne entsprechende Hintergrundinformationen erschließt sich nicht, aus welchen Gründen daneben eine – an sich zu begrüßende – Klarstellung für das Pflegeunterstützungsgeld in § 44a Absatz 3 Satz 4 SGB XI für sinnvoll oder notwendig erachtet wird. Für andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld) sieht das SGB eine derartige Klarstellung nicht vor. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass beim

Pflegeunterstützungsgeld die Person, aus deren Versicherung die Leistung gewährt wird, und die Person, die die Leistung bezieht, nicht identisch sind und nicht nur die Pflegekassen, sondern auch private Versicherungsunternehmen und Beihilfestellen betroffen sind.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Es wird jedoch für sinnvoll gehalten, wenn in der Begründung deutlich gemacht wird, warum eine Klarstellung im Gegensatz zu anderen Entgeltersatzleistungen vorgenommen wird.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 23

### **§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen haben Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nunmehr verpflichtend durchzuführen. Der Zugang zu Einzelschulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen wird erleichtert. Bei einer Schulung im häuslichen Umfeld ist die Einwilligung des Pflegebedürftigen nach den Maßgaben des § 114a Absatz 3a einzuholen.

#### **B) Stellungnahme**

Das Angebot an Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen ist bereits ein bestehendes Leistungsangebot der Pflegekassen. Durch die verpflichtende Durchführung entsprechender Pflegekurse wird die Wichtigkeit betont, die Pflegepersonen in der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Personen zu unterstützen. Hiervon profitieren sowohl die Pflegepersonen als auch der Pflegebedürftige selbst.

Sofern die Schulung im häuslichen Umfeld und damit in einem vom Grundgesetz geschützten Bereich erfolgt, ist die Einholung einer Einwilligung folgerichtig.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 27

### **§ 92c Neuverhandlung der Pflegesätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber befristet alle ab dem Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen von Gesetzes wegen bis zum 31. Dezember 2016. Für den vorgesehenen Übergang am 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind auch für die in der vollstationären Pflege untergebrachten Pflegebedürftigen für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Die Pflegesatzkommissionen sowie vergleichbare landesspezifische Gremien der Selbstverwaltung können ein landesweit einheitliches Verfahren für alle Pflegesatzverhandlungen bestimmen. Kommt eine Einigung über ein solches Verfahren nicht zustande, ist dieses schiedsstellenfähig.

#### **B) Stellungnahme**

Die Überleitung der Vergütungen von Pflegesätzen der über 13.000 voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen ist notwendig. Daher wird sowohl eine Stichtagssetzung als auch die Möglichkeit der Vereinbarung eines landeseinheitlichen Verfahrens begrüßt. Damit werden die Verhandlungspartner in die Lage versetzt, ein eigenständiges Verhandlungsverfahren zu entwickeln, das die spezifischen Besonderheiten in den einzelnen Bundesländern berücksichtigt. Ein solches einheitliches Verfahren wird zudem als dringend notwendig angesehen, da ansonsten in einer solch kurzen Zeit die Neuverhandlungen durch die Verhandlungspartner schwer umsetzbar sein dürften.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 27

### **§ 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Kommt bis zum 30. September 2016 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung zustande, ist als Auffangregelung eine alternative Überleitung der Pflegesätze vorgesehen. Das Verfahren zur Berechnung ist in § 92e geregelt.

#### **B) Stellungnahme**

Das Subsidiaritätsprinzip, dass zunächst Verhandlungen nach § 92c zu führen sind und erst bei Nichteinigung die Berechnungen des § 92e gelten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Es ist jedoch zu befürchten, dass zahlreiche Überleitungsverfahren zu Verzögerungen in der Umsetzung führen werden. Es wird deshalb angeregt, das Datum 30. September 2016 durch das Datum 31. August 2016 zu ersetzen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund sachgerecht, dass die Bewohner der Pflegeeinrichtung nach § 92f Absatz 3 spätestens bis zum 30. November 2016 über die neuen Pflegesätze schriftlich zu informieren sind.

Da die Regelung auch für teilstationäre Einrichtungen gilt, ist der Gesetzestext entsprechend zu ändern.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Im § 92d wird das Wort „drei“ durch „vier“ ersetzt.

In Satz 1 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die stationäre Pflegeeinrichtung“ ersetzt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 27

### **§ 92e Verfahren für die Umrechnung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung beschreibt das Verfahren zur Umrechnung der Pflegesätze, sofern bis zum 30. September 2016 keine neue Pflegesatzvereinbarung für 2017 geschlossen wurde.

#### **B) Stellungnahme**

Die Berechnung der Pflegesätze zu einem Stichtag wird begrüßt. Jedoch ist zu bedenken, dass es einen erheblichen Aufwand für die Vertragsparteien bedeutet, für die Pflegeheime eine neue Vereinbarung zu schließen. Im Zusammenhang mit § 92d wird empfohlen, den Stichtag für die Erhebung der Grundlage zur Ermittlung der zu zahlenden Pflegesätze vom 30. September 2016 auf den 31. August 2016 zu verschieben.

Gleichzeitig wird empfohlen, für einen rechtssicheren und verlässlichen Übergang die festgelegte Vergütungsvereinbarung im Systemübergang für ein Jahr festzuschreiben. Damit werden Anreize gesetzt, im Rahmen der Landespflegesatzkommissionen Verfahren zur vereinfachten Überleitung festzulegen. Ebenso werden hierdurch direkte Neuverhandlungen von Pflegesätzen vermieden. Das Umrechnungsverfahren gemäß Absatz 2 ist sachgemäß und ermittelt im vereinfachten Verfahren sowohl die übergeleiteten Pflegesätze und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil.

In Absatz 1 sind lediglich Pflegeheime benannt, obwohl auch teilstationäre Einrichtungen in die Regelung einbezogen werden. Der Begriff „Pflegeheim“ entspricht im Übrigen nicht dem heute gängigen Sprachgebrauch.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 werden die Wörter „30. September 2016“ durch die Wörter „31. August 2016“ und die Wörter „dem Pflegeheim“ durch die Wörter „der stationären Pflegeeinrichtung“ ersetzt.

Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

Die Vereinbarungen nach §§ 92c und 92d gelten bis zum 31. Dezember 2017 fort.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 27

### **§ 92f Pflichten der Beteiligten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung beschreibt die Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten der am Umrechnungsverfahren Beteiligten. Sollten keine Daten von den Pflegeheimen an die Kostenträger fristgerecht übermittelt werden, sind diese zu einer Schätzung berechtigt. In diesem Fall müssen die Pflegeheime informiert werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung legt in Absatz 1 sachgemäß fest, dass die Pflegeheime den Pflegekassen zum Stichtag die für die Umrechnung relevanten Daten mitteilen müssen. Da keine Verhandlung, sondern lediglich eine Umrechnung vorgesehen ist, ist das Verfahren maßgeblich von der Mitwirkung der Beteiligten abhängig. Daher ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Pflegeheime die Verpflichtung haben, die neuen Pflegesätze anhand des in § 92e geregelten Verfahrens zu ermitteln. Im Zusammenhang mit den §§ 92c und 92d wird angeregt, die Meldefrist um einen Monat nach vorne zu verschieben, sodass das Pflegeheim bis zum 30. September 2016 die entsprechenden Angaben mitteilen muss. Es ist zu befürchten, dass es aufgrund der zahlreichen Überleitungsverfahren ansonsten zu einer Verzögerung im Ablauf kommen kann.

Die Regelung der Möglichkeit einer Schätzung bei fehlender Mitwirkung ist sachgerecht und praktikabel.

Die Regelung über die Beanstandungen der von den Pflegeheimen übermittelten Angaben gemäß Absatz 2 ist nicht zielführend. In allen Fällen eine vom Gesetzgeber geplante Mehrheitsentscheidung der Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 herbeizuführen, ist besonders zeitaufwändig. Daher sollten die Pflegekassen als Empfänger der zu übermittelnden Angaben der Pflegeheime unplausible Angaben beanstanden dürfen.

Letztlich bedarf es im Absatz 1 Satz 1 einer redaktionellen Anpassung, da das Verfahren auch auf teilstationäre Einrichtungen angewandt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Im Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Das Pflegeheim“ durch die Wörter „Die stationäre Pflegeeinrichtung“ und die Wörter „31. Oktober“ durch die Wörter „30. September“ ersetzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 47 von 180

Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befindet die als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 28

### **§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um zum einen um Folgeänderungen aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschriften des § 7a. Zum anderen werden die Pflegekassen ermächtigt, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen und Hilfen zur Pflege zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erhebung der Daten der Erbringer von Leistungen und Hilfen zur Pflege ist für die Ergänzung der Preis- und Vergleichslisten um niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45c (ab 1. Januar 2017 Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a) erforderlich.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 29

### **§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekasse**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Ermächtigungsregelung für die Verbände der Pflegekassen zur Erhebung personenbezogener Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ermächtigungsregelung ist erforderlich, damit die Verbände der Pflegekassen die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Angebote der Leistungserbringer erstellen und veröffentlichen können und so ihrem Auftrag nach § 7 Absatz 3 nachkommen können.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 30

### **§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Medizinische Dienst wird ermächtigt, personenbezogene Daten im Rahmen der Prüfung nach § 38a Absatz 1 Satz 2 zu erheben und zu verarbeiten. Nach § 38a Absatz 2 Satz 2 prüft der Medizinische Dienst, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung ist eine Folgeänderung zur Einführung des § 38a Absatz 1 Satz 2 und ist erforderlich, damit der Medizinische Dienst dem Prüfungsauftrag nach § 38a Absatz 1 Satz 2 nachkommen kann.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 31

### **§ 108 Auskünfte an Versicherte**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

#### **B) Stellungnahme**

Durch die Neuregelung erhalten Versicherte auf Wunsch eine Auskunft auch über die im laufenden Jahr und nicht wie bisher im letzten Geschäftsjahr erbrachten Leistungen. Die Regelung stellt zugleich eine Harmonisierung mit dem Auskunftsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 305 Absatz 1 SGB V dar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 32a)

### **§ 113 Absatz 1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Zusammenarbeit der Vertragsparteien in der Pflege wird neu strukturiert. Das Kriterium der „Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit“ von Vereinbarungen wird im Hinblick auf den neu einzusetzenden Qualitätsausschuss nach § 113b gestrichen. Die bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind von den Vertragsparteien durch den Qualitätsausschuss neu zu vereinbaren. Dazu gehören insbesondere auch die Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation und an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Pflegequalität. Die Maßstäbe und Grundsätze müssen bis zum 30. Juni 2017 für den stationären Bereich und bis 30. Juni 2018 für den ambulanten Bereich neu vereinbart werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigten Neuregelungen werden begrüßt.

Die Bedeutung der Aufgaben der Vertragsparteien erfordert eine rechtssichere Struktur.

Das bisherige Einstimmigkeitsprinzip des § 113 hat dazu geführt, dass Vereinbarungen in der Vergangenheit fast ausschließlich im Wege des Schiedsverfahrens entschieden und geschlossen werden konnten. Die erhebliche Anzahl von 14 Leistungserbringerverbänden, die größtenteils uneinheitlich abstimmen, hat die Entscheidungsfindung vor erhebliche Probleme gestellt. Die Aufhebung der Wörter „gemeinsam und einheitlich“ ist daher zu begrüßen.

Kritisch wird jedoch die Unterscheidung zwischen Vertragsparteien nach § 113 und Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b gesehen. Nach den vorgesehenen Regelungen sind die Vertragspartner nach § 113 auf der Seite der Leistungserbringer in ihrer Anzahl nicht identisch mit den Mitgliedern des Qualitätsausschusses auf der Bank der Leistungserbringer. Dadurch werden Vereinbarungen im Qualitätsausschuss getroffen, die Vertragspartner ohne Mitgliedsstatus betreffen. Damit stellt sich das Problem der rechtlichen Legitimation und der Bindungswirkung der Entscheidungen. Während sich die Problematik auf Seiten der Kostenträger nicht stellt, sollte eine Regelung getroffen werden, die klarstellt, dass die maßgeblichen Vereinigungen von Trägern von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gleichzeitig Mitglied im Qualitätsausschuss sind. Im anderen Falle müssten unterschiedliche

Entscheidungsgremien eingerichtet werden, in dem die nicht im Qualitätsausschuss vertretenen Organisationen sich verpflichten, die Beschlüsse des Qualitätsausschusses auch für sich als bindend anzuerkennen. Daher sollte § 113 festlegen, dass die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b die in § 113 genannten Vereinbarungen festlegen. Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses sollte in § 113b geregelt werden.

Das Nähere dazu sollte in der Geschäftsordnung nach Absatz 7 vereinbart werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 1 Satz 1 sollte wie folgt formuliert werden:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren im Qualitätsausschuss nach § 113b unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 32b)

### **§ 113 Absätze 1a und 1b Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Weiterentwicklung der Pflegequalität**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Absatz 1a konkretisiert die bisherigen Regelungen aus Absatz 1 Nr. 4 zu Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren. Von den Vertragsparteien sind insbesondere die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Plausibilität und Richtigkeit der Daten auf wissenschaftlicher Grundlage und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen festzulegen. Ferner ist ein Datenschutzkonzept mit den zuständigen Datenschutzbeauftragten abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit ist die Vergabe eines Auftrages von den Vertragsparteien zu beschließen.

Absatz 1b regelt, dass von den Vertragsparteien nach § 113 im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution zu beauftragen ist, die Daten des indikatoren-gestützten Verfahrens zusammenzuführen und leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar auszuwerten. Die beauftragte Institution hat die Daten zum Zwecke der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff und Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a an die Landesverbände der Pflegekassen weiterzuleiten. Die Verfahren zur Weiterleitung der Daten sind unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu vereinbaren.

#### **B) Stellungnahme**

Die in Absatz 1a beabsichtigten Neuregelungen werden grundsätzlich begrüßt. Die im Gesetzentwurf genannten Konkretisierungen zum Indikatorenmodell berücksichtigen zu einem großen Teil die bereits von den Vertragsparteien getroffenen Regelungen zu den Anforderungen an das indikatoren-gestützte Verfahren, die in einer Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen in der vollstationären Pflege vereinbart wurden. Die Anlage 2 wurde am 15. Juni 2015 im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt zum 1. Juli 2015 in Kraft.

Notwendig ist, die Regelungen um die Forderung zu ergänzen, eine Einordnung der Daten des Indikatorenmodells in eine vergleichende Bewertungssystematik am Durchschnitt aller Einrichtungen vorzunehmen. Die Empfehlungen von Wingenfeld et al. (2011) sehen eine Einordnung der Indikatorenergebnisse am Durchschnitt aller Einrichtungen vor. Dieses Vorgehen wird u. a. hinsichtlich der Differenzierbarkeit der Ergebnisse begrüßt, sollte jedoch um die

Anforderung ergänzt werden, wie bei Unterschreiten eines festzulegenden Mindestniveaus mit der Darstellung der Ergebnisse umgegangen werden soll.

Nicht notwendig erscheinen an dieser Stelle diesbezüglich die in Satz 6 getroffenen Regelungen, die eine Auftragsvergabe zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit vorsehen. Im Juni 2015 wurde von den Vertragsparteien nach § 113 ein wissenschaftlicher Auftrag zur modellhaften Pilotierung der gesundheitsbezogenen Indikatoren in Auftrag gegeben, in dem die in Satz 3 genannten Anforderungen berücksichtigt werden. Satz 6 sollte daher gestrichen werden.

In Absatz 1b sollte ergänzend gesetzlich geregelt werden, dass die stationären Pflegeeinrichtungen eine Mitwirkungspflicht haben. Dies betrifft insbesondere die Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtungen, entsprechend den von den Vertragspartnern in den Maßstäben und Grundsätzen bestimmten Vorgaben, die indikatorenbezogenen Daten an die zu bestimmende fachlich qualifizierte Stelle zu übermitteln. Mit der DatenClearingstelle (DCS) gibt es bereits eine geeignete Struktur für eine bundesweite Datenannahme.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 1a ist wie folgt zu ändern:

In Satz 2 sind nach dem Wort „Prüfung“ die Wörter „der Plausibilität und Richtigkeit“ einzufügen.

Absatz 1a Satz 6 sollte gestrichen werden.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 33

### **§ 113a Absatz 1 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den in § 113b neu getroffenen Regelungen zur Zusammensetzung des Qualitätsausschusses.

Die durch die Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Geschäftsstelle Expertenstandards soll nunmehr laut Gesetzesbegründung mit der neu einzurichtenden qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 (n. F.) verbunden werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 113b grundsätzlich begrüßt. Die Integration der bisherigen Geschäftsstelle Expertenstandards in die neu einzurichtende Geschäftsstelle ist aus Gründen der Effizienzsteigerung und Bündelung von Ressourcen ebenso zu begrüßen. Es ist jedoch auch hier auf die Differenzierung zwischen Vertragsparteien und Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b hinzuweisen. Die Expertenstandards sollen unter die Entscheidungsfindung des Qualitätsausschusses fallen, jedoch sind in der Formulierung nach § 113a weiterhin die Vertragsparteien nach § 113 die entscheidenden Akteure, die über die Anzahl der Mitglieder im Qualitätsausschuss hinausgehen könnten. Zur Legitimation der Entscheidungen ist es auch hier notwendig, im Satz 5 von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses zu sprechen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Der Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgt jeweils durch einen Beschluss der stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b.“

Der Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Qualitätsausschuss nach § 113b stellt die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 1 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss. Inhalt der Beschlüsse und Vereinbarungen sind die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern (§ 37 Absatz 5), die Maßstäbe und Grundsätze (§ 113), Expertenstandards (§ 113a) und die Qualitätsdarstellung (§ 115). Der Qualitätsausschuss sieht einen Konfliktlösungsmechanismus in Absatz 3 vor.

#### **B) Stellungnahme**

Die Straffung der Entscheidungsstrukturen bei den Vertragspartnern in der Pflege durch die Bildung eines Qualitätsausschusses wird begrüßt. Das vorgeschlagene Modell entspricht teilweise dem vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Modell analog dem ärztlichen Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 SGB V. Es ermöglicht eine sachgemäße und arbeitsfähige Besetzung der Mitglieder und hat einen straffen Konfliktlösungsmechanismus.

Die bisherige Form der Entscheidungsstruktur sieht ein Einstimmigkeitsprinzip vor, das einzelnen Verbänden ermöglicht, ansonsten konsentierete Beschlüsse und Vereinbarungen zu blockieren. Da mangels gesetzlicher Regelung keine Benennung oder Begrenzung der Leistungserbringerverbände möglich war, waren teilweise Einigungen schwer möglich. Die im bisherigen § 113b eingerichtete Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus hat sich grundsätzlich von der Entscheidungsstruktur und der Organisation bewährt, jedoch hat sich das an einen Zivilprozess angelehnte Schiedsverfahren als langwierig erwiesen.

Kritisch wird gesehen, dass die gesetzliche Regelung eine ausdrückliche Fortführung der bisherigen Schiedsstelle in Form des künftigen Qualitätsausschusses beinhaltet. Auch in der Gesetzesbegründung wird ausführlich auf die Übertragbarkeit der Regelungen der bisherigen Schiedsstelle abgestellt. Richtig ist, dass auf eine grundsätzlich funktionierende Struktur zurückgegriffen werden kann, ohne eine neue bürokratische Institution zu schaffen. Es muss jedoch bedacht werden, dass nicht alle bisherigen Regelungen der Schiedsstelle auf den Qualitätsausschuss übertragbar sind. So darf bezweifelt werden, dass – wie in der Gesetzesbegründung zu Absatz 2 beschrieben – die Mitgliederbesetzung auf Seiten der Leistungserbringer von der Schiedsstelle übernommen werden kann, ohne dass aufwändige und strittige Ei-

nignungsverfahren zur Benennung der Mitglieder nötig werden. Die Schiedsstelle war als Konfliktlösungsmechanismus der vorangegangenen einstimmigen Vereinbarungslösung des § 113 gedacht. Entsprechend wurde sich sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch auf Seiten der Leistungserbringer auf eine Sitzverteilung samt Stellvertreter geeinigt. Der künftige Qualitätsausschuss soll dagegen kein Konfliktlösungsmechanismus, sondern das Entscheidungsgremium sein. Die Konfliktlösung ist erst mit der Erweiterung durch unparteiische Mitglieder gemäß des nachfolgenden Absatzes 3 vorgesehen. Daher wird vorgeschlagen, den Bezug zur bisherigen Schiedsstelle zu streichen.

Die Aufnahme der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 in das Aufgabengebiet des Qualitätsausschusses wird aufgrund der Vereinheitlichung der Entscheidungsgremien grundsätzlich befürwortet. Es wird jedoch zu bedenken gegeben, dass eine Gleichsetzung mit den übrigen Vereinbarungen nach §§ 113, 113a und 115 wegen der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Verantwortlichen weiterer Konkretisierungen bedarf. Näheres dazu wird unter Artikel 2 Nummer 18b) bis d) aufgeführt. Aufgrund der fehlenden Verantwortung der im Qualitätsausschuss mitentscheidenden stationären Trägerverbände und Sozialhilfeverbände bei den Empfehlungen nach § 37 Absatz 3 wird vorgeschlagen, eine dem Gemeinsamen Bundesausschuss angelehnte Regelung (§ 91 Absatz 2a SGB V) zu treffen und diese verpflichtend in die zu vereinbarende Geschäftsordnung nach dem künftigen Absatz 7 zu verankern. Diese besagt, dass bei Beschlüssen, die nur einen bestimmten Leistungssektor betreffen, die Stimmenverteilung entsprechend angepasst wird. Näheres wird dazu unter Absatz 7 dieser Nummer beschrieben.

### **C) Änderungsvorschlag**

Es wird vorgeschlagen, den Absatz 1 wie folgt zu fassen:

„Der von den Vertragsparteien nach § 113 eingesetzte Qualitätsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Der Qualitätsausschuss trifft die Vereinbarungen und erlässt die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 2 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl. Sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. angehören. Die Entscheidung dazu obliegt diesem. Der Sitz wird in diesem Fall auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe soll dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Jedes Mitglied besitzt eine Stimme. Alle Stimmen werden gleich gewichtet. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an der Beschlussfassung beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken an den Beratungen und Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form, beratend mit.

#### **B) Stellungnahme**

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber Anhaltspunkte für die Stimmrechtsverteilung im Qualitätsausschuss vorgibt. Die Mitglieder auf der Bank der Leistungserbringer sollten nach Repräsentativität der in Deutschland zugelassenen Pflegeeinrichtungen besetzt werden. Die Maßgeblichkeit von Verbänden von Pflegeeinrichtungen war in der Vergangenheit bereits Gegenstand der Rechtsprechung.

Es sollte bei der Regelung auf das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23. Mai 2012 (Az.: L 10 P 84/09) zur Feststellung einer Vertragspartei abgestellt werden. Die Vereinigungen müssten per Satzung zur Vertretung auf Bundesebene berechtigt und in einer Vielzahl von Bundesländern vertreten sein. Zudem sollten diejenigen Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene eine Stimme bekommen, die die höchsten Mitgliederzahlen aufweisen und der Geschäftsstelle notariell nachweisen können. Die geplante

Regelung sieht ein zweistufiges Entscheidungsverfahren vor. Bevor der Konfliktlösungsmechanismus des erweiterten Qualitätsausschuss nach Absatz 3 greift, soll eine einstimmige Vereinbarungslösung angestrebt werden. Zur Beschleunigung der Entscheidungsverfahren wird eine bankweise Abstimmung nach dem Mehrheitsprinzip jeweils auf der Seite der Leistungsträger bzw. der Leistungserbringer befürwortet. Stimmen beide Bänke mehrheitlich zu bzw. dagegen, kommt ein Beschluss zustande. Stimmt eine Bank zu und die andere dagegen, kommt kein Beschluss zustande und es wäre der erweiterte Qualitätsausschuss anzurufen. Die Abstimmungen der letzten Jahre im sogenannten Plenum der Vertragspartner nach § 113, welches die Funktion des bisherigen (einstimmigen) Vereinbarungsremiums hatte, haben gezeigt, dass bei einem solchen bankweisen Abstimmungsverfahren Beschlüsse bereits in der Vergangenheit einfacher und schneller hätten gefasst werden können. Ein solches Verfahren dient der Stärkung der Vereinbarungspartner in der Pflege. Viele Aufgaben könnten auch ohne die Hinzuziehung von unparteiischen Mitgliedern erledigt werden.

Um ein solches bankweises Abstimmungsverfahren möglich zu machen, ist jedoch eine ungerade Anzahl von Mitgliedern je Bank nötig. Es wird daher vorgeschlagen, die im Absatz 2 benannten Mitgliederhöchstzahlen auf 13 Mitglieder festzulegen.

Grundsätzlich ist auch die jeweilige Anrechnung der Vertreter der Sozialhilfe und sachgerecht. Kritisch ist jedoch zu beurteilen, dass die geplante Stimmenverteilung auf der Bank des GKV-Spitzenverbandes (maximal sieben Stimmen für den GKV-Spitzenverband, zwei Stimmen für die Vertreter der Sozialhilfe, ein Vertreter des PKV-Verbandes) nicht mehr einer sachgerechten Verantwortungslage entsprechen. Nach jüngsten Statistiken liegt die Ausgabenverantwortung der sozialen Pflegeversicherung bei ca. 24 Milliarden Euro, die der Sozialhilfe bei 3 Milliarden Euro und die des PKV-Verbandes bei 720 Millionen Euro. Daher sollte die Anrechnung der Vertreter der Sozialhilfe angepasst und auf einen Vertreter beschränkt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens dreizehn Mitglieder entsenden.“

Zusätzlich sollte eine Regelung gefasst werden, die auf Seiten der Leistungserbringer die Benennung der Mitglieder nach der Repräsentativität der in Deutschland zugelassenen Pflegeeinrichtungen ausrichtet. Die Mitgliederzahl der jeweiligen Vereinigung sollte regelmäßig der Geschäftsstelle notariell nachgewiesen werden.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 3 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nicht durch Einigung zustande, wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Die Mitglieder des Qualitätsausschusses müssen von den einzelnen Organisationen bis zum 31. März 2016 benannt werden. Anderenfalls wird der Qualitätsausschuss von den unparteiischen Mitgliedern gebildet. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest.

#### **B) Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass den Organisationen nach Absatz 1 eine Frist zur Benennung der Mitglieder gesetzt wird. Grundsätzlich ist ebenso zu begrüßen, dass anderenfalls „der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet wird.“ Jedoch dürfte es eine Ungenauigkeit der Formulierung darstellen, dass man diese Regelung auch in der Form verstehen kann, dass der Qualitätsausschuss dann nur noch aus den drei unparteiischen Mitgliedern besteht. Darüber hinaus fehlt es an Kriterien für die unparteiischen Mitglieder zur Benennung der Mitglieder selbst in der Gesetzesbegründung. Sollte von einer Definition der Maßgeblichkeit der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in § 113 abgesehen werden, wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber für die Stimmenverteilung auf Seiten der Leistungserbringer eine Berechnungsgrundlage zumindest in der Gesetzesbegründung hinterlegt. Diese könnte an dem jeweiligen Mitgliederanteil von zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Deutschland berechnet werden.

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das BMG wird abgelehnt. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung und auch bei der Besetzung der Schiedsstelle nach § 113b etabliert und bewährt, den Vereinbarungspartnern den

notwendigen Entscheidungsspielraum bei der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden zu geben.

Die gesetzliche Regelung zum erweiterten Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen sieht vor, dass sich die jeweiligen Vertreter im Bewertungsausschuss über den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr (vgl. §§ 87 Absatz 4, 89 Absatz 3 SGB V). Im Falle der geplanten Regelung besteht die Gefahr eines Interessenskonflikts: Das Bundesministerium für Gesundheit erhält weitgehende Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Qualitätsausschuss. u. a. kann es die Erweiterung des Ausschusses verlangen, in dem der vom Bundesgesundheitsministerium benannte unparteiische Vorsitzende bei Nichteinigung die Abstimmung mit seiner Stimme entscheidet. Insofern sollte eine wie oben beschriebene staatsferne Lösung gefunden werden.

Kritisch wird zudem gesehen, dass im Qualitätsausschuss vor der Erweiterung gemäß Absatz 3 weiterhin von einer einvernehmlichen und einstimmigen Entscheidung ausgegangen wird. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass eine einstimmige Lösung nahezu in keinen Fällen herbeigeführt werden konnten. Hier sind die Vertragsparteien nach § 113 und deren Zusammenarbeit in der Form zu stärken, dass sie die Möglichkeit bekommen, durch eine bankweise Abstimmung eine Entscheidung ohne Erweiterung herbeizuführen. Dadurch können Mindermeinungen auf einer Bank überstimmt werden. Es wird auf das unter § 113b Absatz 2 Beschriebene verwiesen. Der Absatz 3 ist in der geplanten gesetzlichen Regelung entsprechend anzupassen.

Des Weiteren ist auch an dieser Stelle zu kritisieren, dass der Gesetzgeber zwischen Vertragsparteien nach § 113 und den Mitgliedern des Qualitätsausschusses unterscheidet. Dieses führt zu den unter Nr. 32a) benannten Ungenauigkeiten im Verhältnis der Vertragsparteien nach § 113 zu den Mitgliedern des Qualitätsausschusses.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

„Eine Abstimmung über einen Beschlussantrag erfolgt im Qualitätsausschuss mehrheitlich auf der jeweiligen Bank der Leistungsträger und Leistungserbringer. Näheres ist in der Geschäftsordnung nach Absatz 7 zu regeln.“

Absatz 3 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Kommt im Qualitätsausschuss ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einem Mitglied des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss).“

Absatz 3 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder in der nach Absatz 2 Satz 1 insgesamt vorgesehenen Anzahl benannt haben, benennen die drei unparteiischen Mitglieder die Mitglieder des Qualitätsausschuss.“

Absatz 3 Sätze 4 bis 8 sind wie folgt zu fassen:

„Der unparteiische Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und je zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 1, 3 und 4 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, der geeignet ist, bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zugrunde zu legen. Hierbei sind die 2011 von Wingenfeld et al. empfohlenen Indikatoren, die dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte sowie Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen.

Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, in dem bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege entwickelt werden. Bis zum 31. März 2018 soll die Pilotierung der zu entwickelnden Instrumente durchgeführt sein sowie einen Abschlussbericht vorliegen.

Absatz 4 Satz 1 Nr. 4 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, die Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität entwickeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 sowie die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a wird begrüßt. Dass im stationären Bereich neben Daten aus einem indikatorengestützten Verfahren auch Aspekte der Struktur- und Prozessqualität für die Verbraucherinformation zugrunde gelegt werden sollen, deckt sich mit der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes auch deswegen, weil derzeit auf Grundlage von Indikatoren bei Weitem nicht alle relevanten pflegerischen Leistungsbereiche für Qualitätsprüfungen und Qualitätsdarstellung auf Ebene der Ergebnisqualität abgedeckt werden können. Insbesondere im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen wird ferner davon ausgegangen, dass es zwingend notwendig ist, die den Pflegeergebnissen zugrunde liegenden Strukturen und Prozesse zu erfassen, um Aussagen über die Versorgungs- und Betreuungsqualität tref-

fen zu können und die Landesverbände in die Lage zu versetzen, fachlich begründete Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 erteilen zu können.

Zur Sicherstellung eines inhaltlich und methodisch aufeinander aufbauenden Verfahrens bei der Festlegung der für Qualitätsprüfungen relevanten Themenbereiche, der daraus resultierenden Prüffragen und Ausfüllanleitungen für die MDK-Prüfer/Prüfer des PKV-Prüfdienstes sowie der verfahrensrechtlichen Umsetzungsfragen sieht es der GKV-Spitzenverband als zwingend erforderlich an, Aufträge zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Entwicklung der Grundlagen und Verfahren für die Qualitätsprüfung in einer Hand zu bündeln und durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner bestehenden Richtlinienkompetenz zu vergeben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftrag gebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu, einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen ihre gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Bei der Richtlinienerstellung sind sowohl die Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sowie auch die Strukturanforderungen einer entbürokratisierten Pflegedokumentation zu berücksichtigen.

Zur Vorbereitung einer Vergabe eines Auftrages an unabhängige wissenschaftliche Institutionen hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2012 in einem strukturierten Prozess begonnen, unter wissenschaftlicher Begleitung ein Qualitätsverständnis zu entwickeln, das Maßstab für die Beurteilung ist, welche Qualitätsmerkmale bei der Ausgestaltung der externen Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind. Deshalb wird gegenwärtig im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes für das Thema Qualität in der pflegerischen Versorgung ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis entwickelt. Das Qualitätsverständnis für die pflegerische Versorgung wird auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erarbeitet. Herangezogen werden insbesondere Literatur zur Pflegequalität, Gesetze, Berufsordnungen, die Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen und die Expertenstandards in der Pflege. Anhand eines theoretischen Erklärungsrahmens, wie derzeit in Deutschland Qualität pflegewissenschaftlich definiert wird, ist eine Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen zur Messung, Prüfung und Berichterstattung von Pflegequalität getroffen worden.

Für den Bereich der Lebensqualität in der stationären Pflege hat der GKV-Spitzenverband einen Auftrag zur Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells vergeben. Das theoretische Rahmenmodell dient zur Identifikation von Kennzeichen/Merkmalen zur Messung, Prüfung

und Berichterstattung von Lebensqualität in der stationären Pflege. Die Kennzeichen/Merkmale werden auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erarbeitet. Das theoretische Rahmenmodell der Lebensqualität ist als Teilbereich der Pflegequalität konzipiert worden, d. h. es sind nur Kennzeichen/Merkmale der Lebensqualität berücksichtigt worden, die durch konkrete Maßnahmen der stationären Pflegeeinrichtungen beeinflusst bzw. verändert werden können.

Zudem sind bei der Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen die prüfpraktischen Erfahrungen der Medizinischen Dienste einzubinden. Hierzu wurde vom GKV-Spitzenverband ein Auftrag an ein Gremium mit Vertretern der Medizinischen Dienste vergeben. Dieses hatte aus prüfpraktischer Perspektive notwendige Weiterentwicklungsbedarfe an den Instrumenten der Qualitätsprüfungen identifiziert. Dabei wurde kritisch hinterfragt, welche Prüfkriterien aufgrund von Anpassungsprozessen der Pflegeeinrichtungen nicht mehr zielführend sind, welche Kriterien inhaltlich neu gestaltet werden sollten und in welchen Bereichen neue Kriterien sinnvoll sein könnten. Der Bericht des Projektteams liegt dem GKV-Spitzenverband seit Mai 2015 vor. Damit ist sichergestellt, dass einem vom GKV-Spitzenverband benannten Auftragnehmer die zur Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen für den stationären Bereich relevanten Grundlagen kurzfristig zur Verfügung stehen.

Zur Vorbereitung der Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege hat der GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2013 eine Literaturstudie über Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse können für die Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege genutzt werden.

Bei der Entwicklung der Instrumente zur Qualitätssicherung für den ambulanten Bereich sind die neuen Wohnformen zu berücksichtigen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 4 Satz 1 Nr. 1, Nr. 3 und Nr. 4 werden gestrichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 für den stationären Bereich ein Auftrag an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, um bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens und unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit die Instrumente zur Datenerhebung sowie Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der indikatorenbearbeiteten Daten einschließlich Bewertungssystematik sowie die externe statistische und inhaltliche Prüfung der Daten zu entwickeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Regelung wird begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Einbeziehung von Fragen zur statistischen und inhaltlichen Prüfung der Daten. Die Prüfung der Richtigkeit der von Einrichtungen zur Verfügung gestellten Daten (Verifizierung) ist einerseits zwingende Voraussetzung dafür, dass diese Daten für Qualitätsprüfungen nach § 114 ff und Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 von den Landesverbänden der Pflegekassen berücksichtigt werden können, andererseits Voraussetzung für eine in der Sache wahrheitsgemäße und damit für Verbraucher verlässliche Qualitätsdarstellung.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien nach § 113 bereits zum 1. Juni 2015 ein Projekt mit den in Absatz 4 Nr. 2 aufgeführten Inhalten in Auftrag gegeben haben (Modellhafte Pilotierung der 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren von Wingefeld et al. 2011, Auftragnehmer ist die Universität Bremen). Die Ergebnisse werden den Vertragsparteien Ende November 2016 vorliegen. Entsprechend sollte die gesetzliche Regelung vorsehen, dass die Ergebnisse des wissenschaftlichen Projekts von den Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Beschlüsse zum indikatorengestützten Verfahren zu berücksichtigen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 wird gestrichen. Es wird ein neuer wie folgt lautender Absatz 5 eingefügt:

„Bis zum 31. März 2017 ist von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zum indikatorengestützten Verfahren unter

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 68 von 180

Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument,  
bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer  
Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Plausibilität  
und Richtigkeit der Daten zu entwickeln.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 5 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 4 Satz 1 Nr. 5 sieht vor, dass entwickelte Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung von den Vertragsparteien wissenschaftlich zu evaluieren sind und Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sind.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelungen zur wissenschaftlichen Evaluation der Verfahren zur Qualitätsprüfung und zur Qualitätsdarstellung werden prinzipiell begrüßt. Unter Verweis auf die Ausführungen zu Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 sowie zu § 114a Absatz 7 wird darauf verwiesen, dass die Zuständigkeit für die Evaluation der Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach § 114 beim GKV-Spitzenverband und die Zuständigkeit für die Qualitätsdarstellung bei den Vertragsparteien nach § 113 liegen sollte.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 6 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 4 Satz 1 Nr. 6 sieht vor, dass durch die Vertragspartner nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, die ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln sollen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die beabsichtigte Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen für die Entwicklung eines Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird positiv gesehen. Es wird darauf hingewiesen, dass zurzeit ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt und von der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband betreut wird. Es findet eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluation des Modellprogramms und der insgesamt über 50 Projekte und Konzepte neuer Wohnformen statt, in der die Analyse und Bewertung der Qualitätssicherungsstrukturen bei neuen Wohnformen einen wesentlichen Schwerpunkt bilden. Auch in der Vergangenheit wurden bereits im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 SGB XI Studien zu diesem Thema, z. B. zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften, durchgeführt. Von daher wird vorgeschlagen, die Ergebnisse der Modellprogramme nach §§ 8 Absatz 3 und 45f SGB XI bei der Erarbeitung eines Konzeptes für die Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Damit besteht die Möglichkeit, dass aktuelle Erkenntnisse aus dem Evaluationsprozess in die Konzeptentwicklung für eine Qualitätssicherung neuer Wohnformen einfließen. Das Konzept muss ferner auch vertragsrechtliche und ordnungsrechtliche Aspekte für eine Umsetzung der Qualitätssicherung neuer Wohnformen aufgreifen. Die Entwicklung einer Qualitätssicherung kann nur einhergehen mit vertragsrechtlichen Konstellationen zwischen Anbieter der neuen Wohnform und den Kostenträgern. Daher ist sowohl der Aufwand einer neuen vertragsrechtlichen Gestaltung als auch die Einbindung von ordnungsrechtlichen Vorschriften zu beachten.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 71 von 180

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 5 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die in Absatz 4 geplanten Regelungen zur Verpflichtung von Auftragsvergaben über wissenschaftliche Studien soll aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach dem neu eingeführten § 8 Absatz 4 finanziert werden.

#### **B) Stellungnahme**

Der Ausgleichsfonds des jetzigen § 8 Absatz 3 beinhaltet bereits jetzt die Finanzierung solcher wissenschaftlicher Studien, die zur Weiterentwicklung der Pflegequalität in Auftrag gegeben werden, sodass die Analogie bei dieser Regelung begrüßt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 113b Absatz 7 Qualitätsausschuss**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eine Geschäftsordnung zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses. Insbesondere sollen Vereinbarungen zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder, der Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung, zum Vorsitz, zum Beschlussverfahren, zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle, zur Auftragserteilung nach Absatz 4, zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger, zur Bildung von Arbeitsgruppen, zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und weiteren Sachverständige getroffen werden. Sollte eine Einigung bis zum 29. Februar 2016 nicht zustande kommen, wird der Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung im Falle einer Nichteinigung wird abgelehnt. Ist eine Bestimmung des Inhaltes bei Nichteinigung durch das Bundesgesundheitsministerium noch nachvollziehbar, wird eine Erweiterung des Einflusses auf ein weiteres Bundesministerium abgelehnt.

Ferner sollten in der Geschäftsordnung zur Beschlussfassung Regelungen analog des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten sein, die die Stimmenverteilung bei den Themen bestimmt, die lediglich einen Teilsektor (z. B. ambulant oder stationär) betreffen. Näheres wurde bereits unter Artikel 2 Nummer 18 aufgeführt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Satz 2 und 3 sind die Wörter „im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 35

### **§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Künftig sollen die Vertragsparteien nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs sowohl in ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 30. Juni 2020 sicherstellen. Dafür sollen sie eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung beauftragen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind zu beteiligen. Der Auftrag ist bis zum 31. Dezember 2016 zu erteilen.

#### **B) Stellungnahme**

Die geplante Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs spielt die Frage der Personalbemessung bei der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade eine wesentliche Rolle. Deshalb stellt die Gesetzesbegründung zu Recht klar, dass die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen unabhängig von dieser Regelung in den Rahmenverträgen nach § 75 zügig und ergebnisorientiert zu vereinbaren sind.

Daneben ist die Entwicklung von Personalbemessungssystemen auf der Basis des NBA auch auf fachwissenschaftlicher Ebene fortzusetzen. Inhaltlich ist ein bundeseinheitlich abgestimmtes Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs zu begrüßen, jedoch darf die schwierige inhaltliche Gestaltung nicht unterschätzt werden. Während man auf Landesebene bereits Personalrichtwerte im stationären Bereich vereinbart hat, existieren solche Vorgaben im ambulanten Bereich noch nicht. Dort muss grundlegend neu ermittelt werden, welcher Personalbedarf bei den neuen Pflegegraden notwendig ist. Es muss jedoch beachtet werden, dass Personaleinsätze in der ambulanten Pflege höchst individuell sind. Eine Regelung erscheint jedoch möglich, da bereits jetzt die Pflegedienste auf Personalplanung angewiesen sind. Es wird begrüßt, dass in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen wird, dass „die historisch gewachsenen Regelungen auf Landesebene zu berücksichtigen sind“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 74 von 180

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36a)

### **§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Änderung betrifft die Prüfung der Abrechnung von Leistungen im ambulanten Bereich. Die bisherige „Kann-Vorschrift“ wird dahingehend geändert, dass die Prüfung der Abrechnung von Leistungen nun regelhaft erfolgt.

#### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass die Regelprüfung zukünftig stets auch die Abrechnung der genannten Leistungen umfassen soll.

Bereits der 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Absatz 6 SGB XI (Dezember 2014) hatte u. a. festgestellt, dass in der ambulanten Pflege bei 11,2 % der Pflegebedürftigen nicht nachvollziehbar war, dass die vertraglich vereinbarten Leistungen zur Mobilität erbracht worden sind, vgl. MDS-Bericht, S. 11. In den dokumentierten Kurzberichten mehrerer MDK wurde ferner festgestellt, dass in der ambulanten Pflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zunehmend an ungelernete Pflegekräfte delegiert werden, ohne dass hierfür das erforderliche Wissen, Können und die Eignung der eingesetzten Hilfskräfte vorliegen (vgl. MDS-Bericht, S. 71, 86 oder 97).

Der MDK Baden-Württemberg überprüft bereits heute bei allen in die Stichprobe einbezogenen gesetzlich versicherten Sachleistungsbeziehern regelhaft, ob die erbrachten Leistungen auch korrekt abgerechnet wurden. Dabei konnte festgestellt werden, dass im Jahr 2013 nur 82 % der geprüften ambulanten Pflegedienste die erbrachten grundpflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet haben bzw. nur 88 % der geprüften Pflegeeinrichtungen die erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet haben (vgl. MDS-Bericht, S. 71).

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH, Urt. v. 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14) erfüllt nicht nur die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen bereits den Straftatbestand des Abrechnungsbetruges gem. § 263 StGB. Der Straftatbestand ist nach der ständigen BGH-Rechtsprechung regelmäßig auch dann erfüllt, wenn Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes nachweislich nicht über die mit der Kranken- und Pflegekasse vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen.

Es ist daher nur konsequent, wenn die Landesverbände der Pflegekassen bei entsprechend festgestellten Diskrepanzen zukünftig auch die notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 76 von 180

von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Absatz 4, 47a SGB XI einleiten können.  
Zur konsequenten Bekämpfung von Fehlverhalten in Pflege besteht aber nach Ansicht des  
GKV-Spitzenverbandes noch weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf gem. § 114 a Ab-  
satz 1 Satz 3 SGB XI, vgl. unten Punkt II.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 77 von 180

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36b)

### **§ 114 Absatz 3 Satz 3 Nr. 3 Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Änderung betrifft die Bedingungen für die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassende Reduzierung des Prüfumfangs bei Regelprüfungen in Bezug auf vorliegende Erkenntnisse zur Ergebnis- und Lebensqualität. Es handelt sich um eine Folgeänderung aus § 115 Absatz 1a.

#### **B) Stellungnahme**

Die Streichung ist folgerichtig und wird begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36c)

**§ 114 Absatz 4 Qualitätsprüfungen**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Streichung des Absatz 4 betrifft die Bedingungen für die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassende Reduzierung des Prüfumfangs bei Regelprüfungen, sofern aus von Pflegeeinrichtungen veranlassten Prüfungen Erkenntnisse zur Struktur- und Prozessqualität vorliegen. Die Streichung korrespondiert mit den Streichungen des § 113 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3. Die dort getroffenen Regelungen wurden bisher faktisch nicht umgesetzt.

**B) Stellungnahme**

Die Streichung ist folgerichtig und wird begrüßt.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 79 von 180

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36d) aa) und bb)

### **§ 114 Absatz 5 Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 5 werden die Regelungen gestrichen, die eine Veranlassung einer Wiederholungsprüfung durch die Pflegeeinrichtungen beinhalten. Weiterhin entfällt die Regelung, dass Wiederholungsprüfungen für Pflegeeinrichtungen kostenpflichtig sind.

#### **B) Stellungnahme**

Die Möglichkeit der Pflegeeinrichtungen eine Wiederholungsprüfung zu veranlassen, wurde bisher kaum in Anspruch genommen. Deshalb wird die geplante Streichung auch vor dem Hintergrund, dass die Durchführung von seltenen Wiederholungsprüfungen mit einem hohen verwaltungsökonomischen Aufwand verbunden ist, begrüßt.

Die Regelung, dass Wiederholungsprüfungen für Pflegeeinrichtungen kostenpflichtig sind, bedeutete insbesondere vor dem Hintergrund, dass hierfür keine Pauschalen oder Durchschnittswerte zugrunde gelegt werden durften, für die Landesverbände der Pflegekassen einen hohen verwaltungsökonomischen Aufwand. Die Änderungen werden daher befürwortet.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 37

### **§ 114a Absatz 7 Durchführung der Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelungen des Absatzes 7 stehen in Verbindung mit dem neuen § 113b Absatz 4 und dem § 115 Absatz 1a. Es ist beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 beschließt. Diese dienen der verfahrensrechtlichen Konkretisierung. Ferner werden die Fristen für entsprechende Beschlüsse festgelegt. Die Richtlinien treten für den stationären und den ambulanten Bereich jeweils gemeinsam mit den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen der Vertragspartner nach § 115 Absatz 1a in Kraft.

#### **B) Stellungnahme**

Unter Bezugnahme auf die Stellungnahme zu § 113b Absatz 4 wird ausdrücklich begrüßt, dass die Sicherstellung von Wissenschaftlichkeit u. a. bei Instrumenten und Verfahren hinsichtlich der Qualitätsprüfungen angestrebt wird und dass hierfür Aufträge an wissenschaftliche Institutionen oder unabhängige Sachverständige vergeben werden sollen. Der GKV-Spitzenverband sieht es als außerordentlich schwierig und nicht zielführend an, wenn durch die Vertragsparteien nach § 113 Aufträge zur Entwicklung von Instrumenten der Qualitätsprüfung vergeben werden und die Ergebnisse dieser Aufträge in einer Richtlinie nach § 114a Absatz 7 münden, in denen lediglich verfahrensrechtliche Fragen zu regeln sind. Die Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen wird durch derartige Regelungen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten unnötig kompliziert.

Die externen Qualitätsprüfungen dienen den Auftrag gebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu, einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssen den Landesverbänden der Pflegekassen eine Bewertung der Qualität und eine Bescheiderteilung über Maßnahmen ermöglichen. Die Erarbeitung der Prüfgrundlagen muss daher im bisherigen Umfang in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Eine Reduktion der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes auf „verfahrensrechtliche Konkretisierungen“ bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen wird abgelehnt. Um einen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess und eine einheitliche Prüfpraxis bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff zu gewährleisten, muss die Entwicklung von Instrumenten, die

Durchführung der Qualitätsprüfung sowie die systematische Evaluation und Anpassung der Prüfinstrumente in einer Hand verbleiben.

Die gesetzliche Neuregelung sollte berücksichtigen, dass die konzeptionellen Grundlagen der Qualitätsprüfungen wissenschaftlich fundiert sein müssen und den methodischen Anforderungen an Qualitätsprüfungen in den unterschiedlichen Versorgungssettings Rechnung tragen. Daher ist vorzusehen, dass zur Weiterentwicklung der Prüfinstrumente Aufträge an wissenschaftliche Institutionen oder unabhängige Sachverständige durch den GKV-Spitzenverband zu vergeben sind. Auf Grundlage der Auftragsergebnisse und unter Beteiligung der im Gesetz genannten Organisationen wird der GKV-Spitzenverband Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 beschließen.

Unter Berücksichtigung vorgenannter Ausführungen ist es folgerichtig und problemlos möglich, die Richtlinien gemeinsam mit den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen in Kraft treten zu lassen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 38c)

### **§ 115 Absatz 1a Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neu gefasste Absatz 1a regelt die Grundsätze für die Qualitätsdarstellungsvereinbarun-  
gen im ambulanten und stationären Bereich sowie die Fristen für Beschlussfassungen der  
Vertragsparteien nach § 113.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelungen werden grundsätzlich für zielführend gehalten und begrüßt. Dies gilt insbe-  
sondere dafür, dass für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen neben den Maßstäben und  
Grundsätzen nach § 113 die Richtlinien zu Qualitätsprüfungen nach § 114 zugrunde zu legen  
sind. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen zu § 114 Absatz 7 verwiesen.

Befürwortet wird ferner, dass Grundlage der Vereinbarungen die Ergebnisse wissenschaftli-  
cher Aufträge gemäß § 113b Absatz 4 sind.

Der Gesetzesbegründung kann entnommen werden, dass zukünftig neben den Anforderun-  
gen der Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit auch eine nach Qualität dif-  
ferenzierende und nutzerfreundliche Darstellung der von Pflegeeinrichtungen erbrachten  
Leistungen und deren Qualität angestrebt wird. Die angestrebte Differenzierung wird aus-  
drücklich begrüßt und sollte sich im Gesetzestext an entsprechender Stelle wiederfinden. Zur  
Einordnung, was gute Qualität in der Pflege ist, bedarf es einer Festlegung von fachlich abge-  
leiteten Grenzwerten für die Festlegung von Qualitätsabstufungen.

Zudem ist Folgendes zu berücksichtigen: Die geplanten Neuregelungen zum Qualitätsaus-  
schluss, Richtlinien zur Durchführung der Qualitätsprüfungen und zur Vereinbarung der Qua-  
litätsdarstellungen sollen zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Insofern wird das alte Recht ab-  
gelöst. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens gelten jedoch wirksame Qualitätsprüfungsrichtlinien  
(QPR) und Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTVA und PTVS) fort, die auf die zum 1. Januar  
2017 abzulösenden Pflegestufen bezogen sind. Die Stichprobenregelung orientiert sich an  
den Pflegestufen. Daher verlieren mit Ablösung der Pflegestufen durch Pflegegrade zum  
1. Januar 2017 die QPR und PTVen ihre Anwendbarkeit. Gleichzeitig ist durch den Gesetzge-  
ber geplant, dass die QPR und PTVen bis zum Inkrafttreten neuer Vereinbarungen und Richt-  
linien unverändert gültig bleiben. Im Ergebnis hätte dies zur Folge, dass ab dem 1. Januar  
2017 Qualitätsprüfungen nicht durchgeführt und die Ergebnisse nicht veröffentlicht werden

können. Daher ist eine Übergangsregelung für die Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellungen erforderlich.

### C) Änderungsvorschlag

In § 115 Absatz 1a Satz 1 werden nach den Wörtern „verständlich, übersichtlich“ die Wörter „nach der Qualität differenzierend“ eingefügt.

Im Absatz 1a Satz 2 werden die Wörter „zur Durchführung der“ durch die Wörter „über die“ ersetzt.

In Satz 3 werden nach den Wörtern „§ 113b Absatz 4“ die Wörter „Nummer 1 bis 4“ gestrichen.

Es werden folgende Absätze (1c) und (1d) eingefügt:

„(1c) Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe des § 118 die jeweils zum 1. Januar 2016 geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant und stationär bis zum 31. März 2016 an die nach diesem Gesetz zum 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Vorschriften an und führen die jeweils betreffenden Regelungen von Pflegestufen in Pflegegrade über. Sollte bis zum 31. März 2016 keine Einigung vorliegen, entscheidet der Qualitätsausschuss in seiner erweiterten Form nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. April 2016. Die übergeleiteten Vereinbarungen gelten ab dem 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 vorgesehenen Vereinbarungen der Qualitätsdarstellungen.

(1d) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt auf Grundlage der übergeleiteten Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. September 2016 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu

beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft. Und gilt bis zum in Kraft treten der in § 114a vorgesehenen Richtlinie zur Durchführung der Qualitätsprüfungen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 85 von 180

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 38d)

### **§ 115 Absatz 1b Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Einfügung eines neuen Satz 2 verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen zur Übermittlung der Informationen zur Regelung der ärztlichen Versorgung sowie Arzneimittelversorgung an den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zum Zwecke der einheitlichen Veröffentlichung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung normiert gesetzlich die bisherige Praxis und wird befürwortet.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 38e)

### **§ 115 Absatz 5 Satz 1 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ergänzung in Absatz 5 Satz 1 dient der Klarstellung, dass dem ambulanten Pflegedienst bei Feststellung schwerwiegender Mängel eine weitere Versorgung der Pflegebedürftigen untersagt werden kann.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie sollte hinsichtlich der in § 36 Absatz 1 genannter Pflegesachleistungen konkretisiert werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Erbringung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 41

### **§ 135 Zuführung der Mittel**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgt eine Klarstellung zur Berechnung der Zuführung zum Sondervermögen des Pflegevorsorgefonds.

#### **B) Stellungnahme**

Aus den Einnahmen des Ausgleichsfonds wird monatlich der zwölfte Teil von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen in den Pflegevorsorgefonds abgeführt. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt eine Rückrechnung über die Beiträge und den erhobenen Beitragssatz. Vor allem durch den gemeinsamen Ausweis der Beiträge nach § 55 Absatz 1 und Absatz 3 (Beitragszuschlag für Kinderlose) stehen Beiträge, Beitragssätze und beitragspflichtige Einnahmen in einem nicht exakt aufzulösenden Verhältnis zueinander.

Die Festlegung der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen unter Berücksichtigung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 ohne anteilige Berücksichtigung des Beitragssatzes nach Absatz 3 ist insofern zwar verzerrend, stellt jedoch die klarste und einfachste Möglichkeit dar. Die Regelung ist zweckmäßig und nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

### **§ 2 Selbstbestimmung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass Pflege auch aktivierend zu erbringen ist.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung des Absatzes 2 trägt der Aufhebung des § 28 Absatz 4 Rechnung, wonach die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel hat.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3

### **§ 4 Art und Umfang der Leistungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung beschrieben. Entsprechend der bisherigen Systematik der Regelung, wird diese mit der Neudefinition von häuslicher Pflegehilfe i. S. d. § 36 parallelisiert. Gemäß § 36 Absatz 1 umfasst die häusliche Pflegehilfe körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Änderung basiert auf der Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des veränderten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und ist daher folgerichtig.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 6

### **§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Leistungen nach SGB V einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bleiben unberührt. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege – wie bisher – Vorrang vor den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben. Eine Verschiebung der Leistungen nach SGB V in die soziale Pflegeversicherung soll damit ausgeschlossen werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 7

### **§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird neu definiert. Demnach sind Personen pflegebedürftig, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten bei den im Gesetz abschließend festgelegten Bereichen der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und in der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit sind die in Absatz 2 festgelegten Bereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte genannten Kriterien. Die Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich. Absatz 2 hat abschließenden Regelungscharakter. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und die Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden im Rahmen der in Absatz 2 genannten Bereiche mit erfasst.

#### **B) Stellungnahme**

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich an dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit orientiert, das der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt hat, wird ausdrücklich begrüßt. Es ist richtig, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit deutlich erweitert wird. Die zu erfassenden Problemlagen umfassen künftig neben körperlichen Beeinträchtigungen auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. Anders als bisher ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht mehr geprägt von einer an den Defiziten des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise, sondern es wird das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen erkennbar gemacht und danach die Abhängigkeit von personeller Hilfe ermittelt. Zentral für das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist, dass das Ausmaß der Pflegebe-

dürftigkeit nicht mehr an dem erforderlichen zeitlichen Umfang bei den Verrichtungen des täglichen Lebens gemessen wird. Da dieser Hilfebedarf bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkommt und ausgeprägter ist, als bei Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, wird der Hilfebedarf bisher ungleich erfasst. Indem der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen erfasst wird, werden körperlich und kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung künftig gleichberechtigt behandelt.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 7

### **§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 bis 3 regeln, dass Pflegebedürftige nach der Schwere der Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) erhalten und wie dieser Pflegegrad, nämlich mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments, ermittelt wird.

Das Begutachtungsinstrument gliedert sich in sechs Module, die die Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen entsprechend ihrer Ausprägung, Häufigkeit oder Dauer für unterschiedliche Teilbereiche erfassen. In jedem Modul wird der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörung in fünf Punktbereichen abgebildet. Jedem Punktbereich werden mittels einer modulspezifischen Gewichtung gewichtete Punkte zugeordnet. Aus den gewichteten Punkten wird für jedes Modul eine Teilsumme gebildet. Die Teilsummen werden über die Module hinweg zu Gesamtpunkten aufaddiert, die auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegen. In den Anlagen 1 und 2 werden die Punktbereiche und gewichteten Punkte festgelegt.

Die Gesamtpunkte werden in Intervalle gegliedert, die den Pflegegraden zugeordnet werden:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Nach Absatz 4 können Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

Nach Absatz 5 sollen auch solche Kriterien berücksichtigt werden, die zu einem Hilfebedarf führen, für die Leistungen nach dem SGB V vorgesehen sind.

Absatz 6 und 7 regeln die Einstufung von Pflegebedürftigen Kindern. Pflegebedürftige Kinder zwischen 0 – 18 Monaten werden bei gleichen Punktwerten regelhaft in einen höheren Pflegegrad eingestuft.

## **B) Stellungnahme**

Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden hinsichtlich der Gliederung des neuen Begutachtungsinstruments in sechs Module, der modulinternen Gliederung in fünf Punktbereiche sowie der modulspezifischen Gewichtung der Module für die Zusammenführung zu einer 100er Skala übernommen. Es wird begrüßt, dass die wesentlichen Elemente zur rechtssicheren Beschreibung der Bewertungssystematik im Gesetz verankert werden. Im Vergleich zum zweiten Expertenbeiratsbericht ist eine Modifikation der Schwellenwerte vorgesehen. Die Klassengrenzen zur Bestimmung der Pflegegrade werden wie folgt geändert:

- Die Zuordnung zum Pflegegrad 1 erfolgt bereits bei 12,5 Punkten statt bei 15 Punkten in der ursprünglichen Variante.
- Der Eingangsschwellenwert zum Pflegegrad 2 wird auf 27 Punkte herabgesetzt (bisheriger Wert 30 Punkte).
- Pflegegrad 3 wird bereits mit 47,5 Punkten erreicht (bisheriger Wert 50 Punkte).
- Die Grenzen für Pflegegrad 4 und 5 bleiben mit 70 bzw. 90 Punkten unverändert.

Bei den Punktbereichen wurden im Vergleich zum Expertenbeiratsbericht folgende Änderungen vorgenommen:

- Im Modul 1 wird die Eingangsschwelle für den Beeinträchtigungsgrad 3 von 7 auf 6 Punkte abgesenkt
- Im Modul 4 wird die Eingangsschwelle für den Beeinträchtigungsgrad 1 von 4 auf 1 Punkte für den Beeinträchtigungsgrad 2 von 10 auf 8 Punkte und für den Beeinträchtigungsgrad 3 von 25 auf 19 Punkte reduziert
- Im Modul 6 wird die Eingangsschwelle für den Beeinträchtigungsgrad 1 von 2 auf 1 Punkt verändert.

Die Absenkung der Schwellenwerte greift die Ergebnisse der beiden Erprobungsstudien auf. Die Änderung der Punktbereiche der einzelnen Module weicht ohne Angabe von Gründen von den bisherigen Empfehlungen des Expertenbeirates ab. Es wird darauf hingewiesen, dass die Neuregelung zu einem deutlichen Zuwachs des Personenkreises mit anerkanntem Pflegegrad

und einer Verschiebung von den niedrigen Pflegegraden 1 und 2 zum Pflegegrad 3 und 4 führen wird.

Die vom Gesetzgeber avisierte gesetzliche Klarstellung in Absatz 5 ist bereits durch die umfassendere Berücksichtigung der Bedarfslagen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff über das Begutachtungsinstrument abgebildet. § 15 regelt die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit anhand von sechs Modulen, zu denen auch die Ermittlung der Bewältigung von und der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen gehört. Hierbei ist nicht auf den Hilfebedarf sondern auf die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten der antragsstellenden Person abzustellen. Damit ist die Pflegegradermittlung abschließend geregelt. Absatz 5 ist daher ersatzlos zu streichen.

Nach Absatz 7 endet der Leistungsanspruch für Kinder in einem Alter bis 18 Monaten kraft Gesetz mit Ablauf des 18. Lebensmonats. Eine Regelung, wie nach dem 18. Lebensmonat zu verfahren ist, fehlt. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, bedarf es in diesen Fällen einer Wiederholungsbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderer unabhängiger Gutachter, um darauf stützend das weitere Verwaltungsverfahren durchzuführen.

In der Darstellung der Ausprägungen der Kriterien 4.8, 4.9 und 4.10 in Anlage 1 liegen redaktionelle Fehler vor, die zu beheben sind.

### C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 wird gestrichen.

Absatz 7 wird wie folgt ergänzt:

„Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse unmittelbar nach Ablauf des 18. Lebensmonats zu prüfen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad das pflegebedürftige Kind zuzuordnen ist.“

Anlage 1 ist bzgl. der Ausprägungen des Kriteriums 4.8 wie folgt zu ändern:

„überwiegend selbständig:	3 Punkte
überwiegend unselbständig	6 Punkte
unselbständig	9 Punkte“

Anlage 1 ist bzgl. der Ausprägungen der Kriterien 4.9 und 4.10 wie folgt zu ändern:

„überwiegend selbständig:	2 Punkte
---------------------------	----------

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 96 von 180

überwiegend unselbständig 4 Punkte

unselbständig 6 Punkte“

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 8

### **§ 17 Richtlinien der Pflegekassen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes zum Erlass von Richtlinien zum Begutachtungs-  
instrument und Begutachtungsverfahren wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und  
die gesetzlichen Festlegungen zum Begutachtungsverfahren angepasst.

#### **B) Stellungnahme**

Die Richtlinien sind inhaltlich an der neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auszu-  
richten. Neben den Berichten des Beirats und Expertenbeirats zum neuen Pflegebedürftig-  
keitsbegriff sind auch die Ergebnisse aus den durch den GKV-Spitzenverband wissenschaft-  
lich begleiteten Erprobungsprojekten zum neuen Begutachtungsverfahren bei der Erarbeitung  
der Begutachtungs-Richtlinien zu berücksichtigen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10

### **§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Neben Änderungen der Begrifflichkeiten aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Absatz 1 soll in Absatz 3 künftig geregelt werden, dass der Antragsteller bei der Begutachtung auf die besondere Bedeutung des Gutachtens, z. B. für die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, hingewiesen wird. Außerdem soll das Gutachten künftig grundsätzlich mit dem Pflegebescheid übermittelt und das Ergebnis des Gutachtens transparent dargestellt und verständlich erläutert werden. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kommt dabei die Aufgabe zu, die Anforderungen an eine transparente Darstellung und verständliche Erläuterung des Gutachtens in den Begutachtungs-Richtlinien zu konkretisieren.

Darüber hinaus wird in Absatz 3b geregelt, dass sich die Einschränkung hinsichtlich der Zahlungsverpflichtung der Pflegekasse bei Nichteinhaltung der Fünf-Wochen-Frist (Satz 1) auf Antragsteller in vollstationärer Pflege bezieht, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) – bisher mindestens Pflegestufe I – anerkannt ist. In der Übergangszeit vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 wird die Zahlungsverpflichtung der Pflegekasse gänzlich ausgesetzt.

#### **B) Stellungnahme**

Durch die umfassende Berücksichtigung aller für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien kann das Gutachten sowohl im Rahmen der Pflegeberatung als auch bei der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans einen wichtigen Beitrag leisten. Es wird daher als positiv bewertet, dass der Antragsteller bereits bei der Begutachtung auf dessen Bedeutung für die Planung und Gestaltung der Versorgung sowie sein Recht auf Erhalt des Gutachtens hingewiesen werden soll. Auch die Forderung nach Transparenz und Verständlichkeit des Gutachtens wird begrüßt. Soweit in der Begründung darauf abgestellt wird, dass dabei insbesondere „bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zur patientenorientierten Darstellung von medizinischen und pflegerischen Sachverhalten“ mit einzubeziehen sind, wird davon ausgegangen, dass im Wesentlichen eine Sprache genutzt werden soll, die der Zielgruppe das Ergebnis der Begutachtung in einfacher Form darstellt.

Um die Regelungen zur Eilbegutachtung in der bewährten Form weiterzuführen, ist ergänzend aufzunehmen, dass mindestens Pflegebedürftigkeit mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegen muss.

Bei der Änderung in Absatz 3b handelt es sich um eine Folgeänderung zu der in § 142 Absatz 2 bestimmten Fristaussetzung. Da zu dieser Regelung vorgeschlagen wird, die Aussetzung der Frist wegen des zu erwartenden erhöhten Aufkommens an Anträgen auf Pflegeleistungen auf den 1. Juli 2016 vorzuverlegen, sollte dazu auch analog die Statistik zur Einhaltung der Begutachtungsfristen für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2017 ausgesetzt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 18 Absatz 3 Satz 6 sind hinter dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ folgende Wörter einzufügen:

„mit mindestens einer erheblichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten (Pflegegrad 2)“.

In § 18 Absatz 3b ist der angefügte Satz wie folgt zu fassen:

„Die Sätze 1 bis 4 finden vom 1. Juli 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.“

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 11

### **§ 19 Begriff der Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung der Vorschrift erhält eine Pflegeperson dann Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI (insbesondere Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zukünftig auch zur Arbeitslosenversicherung), wenn sie nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tagen in der Woche, pflegt. Bisher sind Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen allein an einen Pflegeaufwand dieser Pflegeperson von wenigstens 14 Stunden wöchentlich gekoppelt.

Außerdem wird eine Vermutungsregelung implementiert, nach der Pflegepersonen, die einen pflegebedürftigen mit einem Pflegegrad 1 pflegen, weniger als zehn Stunden wöchentlich pflegen.

#### **B) Stellungnahme**

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 14 SGB XI) soll auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen neu geregelt werden, und zwar in der Weise, dass im Vergleich zur derzeitigen Regelung ein niedrighschwelliger Zugang zur sozialen Sicherung geschaffen wird. Diese politische Zielsetzung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Um zu gewährleisten, dass nicht bereits geringfügige, gelegentliche oder alltägliche Unterstützungsleistungen Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung auslösen, ist weiterhin eine „maßvolle Mindestanforderung“ an den Zeitaufwand der Pflegeperson vorgesehen. Allerdings wird zusätzlich zu einem weiterhin vorgesehenen wöchentlichen Mindestzeitaufwand (abgesenkt von 14 auf zehn Stunden) eine Pflege an regelmäßig mindestens zwei Tagen in der Woche vorausgesetzt.

Gegen diese neuen Voraussetzungen bestehen keine Einwände, wenngleich ausschließlich für diesen Zweck weiterhin ein wöchentlicher Zeitaufwand für die Pflegetätigkeit(en) zu ermitteln ist, und dies nicht nur für die Prüfung des Mindestpflegeumfangs bei Mehrfach- und Additionspflegefällen (vgl. Artikel 2 Nr. 27 – § 44 Absatz 1 SGB XI), sondern in allen Pflegefällen einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an sich und die Einstufung in einen Pflegegrad sind aufgrund der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit keine Pflegezeiten mehr festzustellen.

Da eine Absicherung von Pflegepersonen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung (und Unfallversicherung) nach § 44 Absatz 1 SGB XI und den einzelnen Vorschriften im SGB III, SGB VI und SGB VII mindestens den Pflegegrad 2 voraussetzt, erschließt sich auch nach der Begründung nicht, warum in § 19 Satz 3 SGB XI zusätzlich eine (laut Begründung widerlegbare) Vermutung vorgesehen wird, wonach bei einem Pflegegrad 1 von einer Pflege von weniger als zehn Stunden wöchentlich auszugehen ist. Dies suggeriert, dass bei einem Pflegegrad 1 ein tatsächlicher Pflegeaufwand von wenigstens zehn Stunden nachgewiesen werden kann und die Pflegeperson möglicherweise doch Zugang zur sozialen Sicherung erhalten kann, was jedoch nach den Spezialvorschriften in den einzelnen Büchern des SGB ausgeschlossen ist.

**C) Änderungsvorschlag**

Artikel 2 Nummer 11 Buchstabe b wird gestrichen.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 14

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Abweichend von diesem Grundsatz erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Anspruch auf Beratungsleistungen nach §§ 7a und 7b sowie nach § 37 Absatz 3 in der eigenen Häuslichkeit. Zudem besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und auf finanzielle Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Leben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in ambulant betreuten Wohngruppen, erhalten sie einen pauschalen Wohngruppenschlag nach § 38a. Leben sie hingegen in einer vollstationären Einrichtung, besteht ein Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Es besteht zudem ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag nach § 45b in Höhe von 125 Euro, der flexibel im Wege der Kosten-erstattung, beispielsweise für Leistungen der Kurzzeitpflege, der Tages- oder Nachtpflege oder für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (vgl. § 45a), eingesetzt werden kann. Für die Angehörigen oder ehrenamtlichen Pflegepersonen besteht ein Anspruch auf Pflegekurse nach § 45.

Über die in § 28a genannten Leistungen hinaus finden die sonstigen Regelungen des SGB XI grundsätzlich Anwendung. So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation oder die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ebenfalls für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

#### **B) Stellungnahme**

Die Gewährung eines Leistungsanspruchs für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird begrüßt. Damit wird den Empfehlungen sowohl des Beirates 2009 und des Expertenbeirates aus 2013 gefolgt. Bei diesem Personenkreis liegt eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit vor, die vorrangig im somatischen Bereich liegen wird. Zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit sind entsprechende Hilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen des Hauses und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich. Darüber hinaus sind insbesondere beratende und edukative Unterstützungsangebote, niedrigschwellige Unterstützungs- und Entlastungsangebote und hauswirtschaftliche Hilfen von Bedeutung. Damit trägt das Leistungsspektrum des § 28a dem Verbleib in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen Rechnung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 103 von 180

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 17

### **§ 36 Pflegesachleistung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei häuslicher Pflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe. Diese umfasst als Pflegesachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Die pflegerischen Maßnahmen beziehen sich auf die in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche. Es wird klargestellt, dass die häusliche Pflegehilfe erbracht wird, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

In den Leistungsumfang der Pflegesachleistungen ist das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 integriert worden. Zu den einzelnen Pflegegraden sind die jeweiligen Leistungsbeträge festgelegt.

Wie bisher besteht der Anspruch auf Pflegesachleistung auch außerhalb des eigenen Haushalts des Pflegebedürftigen. Jedoch darf es sich nicht um eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung nach § 71 Absatz 4 handeln. Die Regelungen zur Leistungserbringung bleiben unverändert bestehen.

#### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass mit der Neuregelung des § 36 die Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 umgesetzt wird.

Die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe korrespondiert mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Durch die Verknüpfung des Umfangs der pflegerischen Maßnahmen mit den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen werden die Leistungsinhalte der häuslichen Pflegehilfe mit dem veränderten Verständnis von Pflegebedürftigkeit angepasst und künftig auch die Aspekte von Pflegebedürftigkeit erfasst, die bisher nicht erhoben wurden. Indem die pflegerische Betreuungsmaßnahme neben die körperbezogene Pflegemaßnahme in die häusliche Pflegehilfe aufgenommen wird, wird der Zielsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rechnung getragen, somatisch, kognitiven und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen einen gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen. Dies insbesondere dadurch, dass – anders als bisher – die Betreuungsmaßnahmen den körperbezogenen Maß-

nahmen als gleichwertige Leistung gleichgestellt werden. Die Pflegebedürftigen können entsprechend ihren unterschiedlichen Bedürfnissen aus allen drei Leistungsbereichen flexibel und bedarfsgerecht wählen. Dem veränderten Verständnis von Pflegebedürftigkeit wird somit Rechnung getragen.

Zwar ist die Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Haushaltsführung nicht unmittelbar für die Beurteilung des Pflegegrades relevant. Jedoch werden in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeit, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, erfasst. Es ist daher folgerichtig, dass die Pflegesachleistungen dementsprechend ebenso Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen.

Durch die Aufnahme insbesondere von kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überschneiden sich künftig in weitaus größerem Umfang die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe mit den Leistungen der Eingliederungshilfe. Dies umso mehr aufgrund der Verankerung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als gleichberechtigte Leistung der Pflegeversicherung. Es bedarf einer klaren Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und denen der Eingliederungshilfe. Es ist daher nicht sachgerecht, dass im Vergleich zum Referentenentwurf und der jetzigen Regelung des § 36 eine Streichung der Vorrang-Nachrangregelung erfolgt, dass pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekasse in Anspruch genommen werden können, wenn diese im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden. Diese Streichung hat zur Folge, dass die Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr wie bisher abweichend von der Regelung nach § 13 Absatz 3 vorrangig durch den Träger der Eingliederungshilfe zu erbringen ist, sondern gleichrangig neben den Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung steht. Dies wird zu einer Verschiebung der Leistungen der Eingliederungshilfe zulasten der Pflegekassen führen. Zur Abgrenzung und Verhinderung der Verschiebung der Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe und denen der Pflegeversicherung ist zum einen eine klare Definition der Betreuungsleistungen und zum anderen eine klare Regelung der Leistungskonkurrenz erforderlich. Eine solche Abgrenzung ist bereits mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI notwendig. Die Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, dass eine klare Abgrenzung weder im SGB XI noch bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen soll.

Die Höhe der Leistungsbeträge ist insofern nachvollziehbar als das der Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 gefolgt wurde und die Spreizung der Sach- und Geldleis-

tungsbeträge zueinander nahezu identisch ist. Das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 wird in den § 36 integriert. Die Leistungsbeträge entsprechen der bisherigen erhöhten Leistungsbeträge für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. in Pflegegrad 5 dem bisherigen Härtefall.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 4 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 eingefügt:

„Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekasse in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz zu gewähren sind.“

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 18a)

### **§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des festgestellten Pflegegrades, wenn die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sichergestellt werden. Die Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegegrade entsprechen mit Ausnahme des Pflegegrades 5 den erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz des bisherigen § 123 SGB XI.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelungen des Absatzes 1 sind Folgeänderungen, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben. Aufgrund der Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe i. S. d. § 36 wird an diese angeknüpft und aufgrund der Systematik des Pflegegeldes inhaltlich nachvollzogen.

Die Höhe der Leistungsbeträge ist insofern nachvollziehbar als das der Empfehlung des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 gefolgt wurde und die Spreizung der Sach- und Geldleistungsbeträge zueinander nahezu identisch ist. Das Leistungsvolumen des bisherigen § 123 wird in den § 37 integriert, sodass die Leistungsbeträge der Pflegegrade 2 bis 4 den bisherigen erhöhten Leistungsbeträgen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 18b) bis d)

### **§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach Absatz 3 haben bei Bezug des Pflegegeldes nach Absatz 1 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 halbjährlich und Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich einmal einen Beratungseinsatz in der Häuslichkeit nachzuweisen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Die Vergütungen für die Beratungseinsätze werden erhöht und betragen in den Pflegegraden 1 bis 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. An der inhaltlichen Ausgestaltung des Beratungseinsatzes wird grundsätzlich unverändert festgehalten. Ebenso bleiben die bisherigen Beratungsinstitutionen unverändert. Jedoch haben die durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Beratungsstellen künftig einen Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz nachzuweisen.

Nach Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Für eine Anschlussvereinbarung gilt nach Aufforderung durch eine Partei oder durch das Bundesgesundheitsministerium eine Frist von sechs Monaten.

#### **B) Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass in Absatz 3 die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 hinsichtlich des Beratungsturnus umgesetzt werden. Auch weiterhin muss bei Pflegegeldbeziehern sichergestellt werden, dass bei ihnen ein Beratungseinsatz in deren Häuslichkeit erfolgt, um die Qualität der selbst sichergestellten Pflege durch individuelle Beratungen zu gewährleisten.

Die Ausweitung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch für Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst nach § 36 beziehen, ist nicht sachgerecht: Die Beratung dient der Sicherung der Qualität in der häuslichen Pflege und der praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Bei Pflegesachleistungsempfängern ist zu erwarten, dass Mängel in der Sicherstellung der häuslichen Pflege im Rahmen der Leistungserbringung durch Pflegedienste bereits festgestellt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden, um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern (beispielsweise über die Anpassungen des Pflegevertrages).

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber in Absatz 5 nunmehr eine Verpflichtung der beteiligten Organisationen regelt, eine Empfehlung zu vereinbaren. Die bisherige Regelung führte mangels Konfliktlösungsmechanismus zu keiner Einigung. Die Empfehlung durch den neu zu schaffenden Qualitätsausschuss nach § 113b entscheiden zu lassen, entspricht der richtigen Idee der Effizienzsteigerung der Entscheidungsstruktur. Grundsätzlich ist jedoch zu bedenken, dass die in der bisherigen Fassung des Absatzes 5 Beteiligten nicht mehr dieselben sind, wie im künftigen Qualitätsausschuss. Aus gutem Grund waren bisher weder die Trägerverbände von stationären Einrichtungen, noch die Vertreter der Sozialhilfeträger beteiligt, da diese keine Umsetzungsverantwortung an den Beratungsbesuchen tragen. Es wird als kritisch beurteilt, wenn diese durch die neuen Vorschriften nun an der Abstimmung beteiligt sind. Aufgrund dessen wird die Aufnahme in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses grundsätzlich begrüßt, jedoch in § 113b Absatz 7 eine Erweiterung befürwortet, die besagt, dass in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Regelungen zur Beschlussfassung getroffen werden müssen, die lediglich einen Teilsektor betreffen. Näheres ist unter Nummer 64 beschrieben.

Die zeitliche Fristsetzung einer Anschlussvereinbarung von sechs Monaten nach Verhandlungsaufforderung einer Partei wird befürwortet, um das Zustandekommen der Empfehlungen zu beschleunigen.

Im Gegensatz zur Bildung des neuen Qualitätsausschusses nach § 113b, der in Artikel 1 geregelt ist und am 1. Januar 2016 in Kraft tritt, ist der neu gefasste Absatz 5 jedoch im Artikel 2 geregelt und soll erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Es wird aus gesetzessystematischen Gründen empfohlen, die Neufassung des Absatzes 5 ebenfalls in Artikel 1 zu regeln und somit parallel mit der Regelung des Qualitätsausschusses in Kraft treten zu lassen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung zu § 37 Absatz 3 Satz 6 ist zu streichen.

Die Gesetzesänderung des Absatzes 5 sollte in Artikel 1 geregelt sein.

Der § 113b Absatz 7 sollte angepasst werden. Näheres dazu unter Nummer 64.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 20

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Wohngruppenzuschlag wird auf 214 Euro erhöht. Es wird deutlicher als bisher zum Ausdruck gebracht, dass Wohngruppen nicht als solche i. S. d. § 38a anerkannt werden können, in denen nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter der Wohngruppe oder einem Dritten zugleich Leistungen angeboten werden können, die insgesamt weitestgehend dem Umfang vollstationärer Pflege entsprechen.

Ein Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 besteht neben dem Wohngruppenzuschlag nur, wenn durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung der zuständigen Pflegekasse gegenüber nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulanten betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Leistungen nicht sichergestellt ist.

#### **B) Stellungnahme**

Grundsätzlich wird begrüßt, dass die bereits durch das Erste Pflegestärkungsgesetz geänderte Regelung nochmals in dem Sinne verstärkt wird, dass eine ambulant betreute Wohngruppe als solche nicht anerkannt werden kann, wenn nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter oder einem Dritten Leistungen angeboten werden, die weitestgehend dem Umfang nach einer vollstationären Pflege entsprechen.

Es bedarf jedoch einer weitergehenden gesetzlichen Regelung in § 71 (Definition von Pflegeeinrichtungen). Demnach muss klargestellt werden, dass eine ambulante Wohngruppe, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter allein oder in Kooperation den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die den im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen, als stationäre Pflegeeinrichtung gilt. Die Landesverbände der Pflegekassen könnten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfangs und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 71 SGB XI wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Als stationäre Pflegeeinrichtung gilt auch eine Versorgungsform, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter allein oder in Kooperation den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die den im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfangs und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.“

In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Zahl „40,“ die Zahl „71,“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 112 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 22

### **§ 41 Tagespflege und Nachtpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind die jeweiligen Leistungshöchstbeträge geregelt, welche entsprechend dem Pflegegrad der Höhe nach dem bisherigen erhöhten Leistungsanspruch von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechen. Zudem wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt. Dies gilt gleichermaßen für die Neueinführung von Pflegegraden. Die Gestaltung der Leistungsbeträge entspricht der bisherigen Systematik, nach der die Leistungsbeträge denen der Pflegesachleistung nach § 36 entsprechen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 23

### **§ 42 Kurzzeitpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Einen Anspruch auf Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Die bisherige Höhe der Leistungsbeträge und die Möglichkeit der Umwidmung des nicht verwendeten Leistungsbetrages der Verhinderungspflege nach § 39 in Höhe von bis zu 1.612 Euro bleiben bestehen. Zudem wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 24

### **§ 43 Inhalt der Leistung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Einen Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Für die Pflegegrade 2 bis 5 werden die jeweiligen Leistungsbeträge geregelt. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Wie bisher erhalten Pflegebedürftige bei nicht notwendiger vollstationärer Pflege einen Zuschuss zu den in der vollstationären Pflege vorgesehenen Aufwendungen. Anders als bisher beträgt dieser Zuschuss nicht den Leistungsbetrag der Pflegesachleistung nach § 36 für die jeweilige Pflegestufe, sondern 80 von Hundert des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Leistungsbetrags. Der vorgesehene einheitliche Eigenanteil erhöht sich entsprechend. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten 80 von Hundert von 125 Euro.

Es wird nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die Grundpflege bezogen haben, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert. Es wird klargestellt, dass Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen wird.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der begrifflichen Klarstellung, dass die Aufwendungen der Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen sind, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend umgesetzt.

Im vollstationären Bereich entlastet die Pflegeversicherung im Rahmen ihrer Leistungsbeträge die Pflegebedürftigen von ihren pflegebedingten Aufwendungen. Die Leistungsbeträge werden künftig so gestaffelt, dass sie zusammen mit einem in Pflegegrad 2 bis 5 gleich hohen Eigenanteil im Durchschnitt den, in der vom GKV-Spitzenverband beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. In den Pflegeraden 2 und 3 werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung künftig unter dem bisherigen Leistungsniveau der Pflegestufen I und II liegen. Auch im ambulanten Bereich liegen die Pflegesachleistungen im Pflegegrad 3 mit 1.298 Euro über dem Leistungsbetrag für Pflegegrad 3 im stationären Bereich von 1.262 Euro. Allerdings gilt auch hier der Grundsatz, dass die Leistungsberechtigten, die vor der Systemumstellung Leistungen bezogen haben, nach der Umstellung keinen geringeren Leistungsanspruch haben. Insgesamt unterstreicht das Verhältnis der Leistungshöhen

den vom Expertenbeirat formulierten Vorrang und die Unterstützung der ambulant-häuslichen Versorgung gegenüber der vollstationären Versorgung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegebedürftigen liefert diesen sowie den gegebenenfalls zuständigen Sozialhilfeträgern die notwendige finanzielle Sicherheit im Falle der Einstufungen in höhere Pflegegrade. Während bei der Gesamtberechnung der Kosten für einen Pflegeheimplatz die anteiligen Kosten für die hohen Pflegegrade sinken werden, erfolgt diese Entlastung zu Lasten der niedrigen Pflegegrade, bei denen sich der anteilige Anteil erhöhen wird.

Hinsichtlich der Gewährung eines Zuschusses für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in Höhe von 125 Euro ist dies insoweit folgerichtig, als dass dieser Personenkreis nach § 28a einen entsprechenden Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in gleicher Höhe hat, der ebenso für körperbezogene Pflegemaßnahmen als auch für pflegerische Betreuungsmaßnahmen verwendet werden kann. Nicht sachgerecht ist in diesem Zusammenhang die vorgesehene Abschlagsregelung bei Nichterforderlichkeit der vollstationären Pflege sowohl bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 als auch der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige sollten entsprechend ihres Wahlrechtes die Auswahl der Versorgungsform nach ihren Wünschen und nicht aufgrund finanzieller Abschläge treffen können. Vor dem Hintergrund der Ausgestaltung der Leistungsbeträge sind diese in den niedrigeren Pflegegraden 1 bis 3 für ambulante Pflegesachleistungen zudem höher als die Leistungsbeträge der stationären Pflege. Zudem können neben den ambulanten Pflegesachleistungen im Vergleich zu stationären Leistungen weitere Leistungen in Anspruch genommen werden. Insofern wird auch bei einer Streichung der Abschlagszahlungen, insbesondere in den niedrigeren Pflegegraden, den vom Expertenbeirat formulierten Vorrang und die Unterstützung der ambulant-häuslichen Versorgung gegenüber der vollstationären Versorgung Rechnung getragen. Zudem kann davon auszugehen sein, dass mit zunehmendem Pflegegrad die Erforderlichkeit einer stationären Pflege steigt.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 4 wird gestrichen.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 26

### **§ 43b Inhalt der Leistung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in stationären Einrichtungen erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber ihrer Pflegekasse.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der Einführung eines individuellen Rechtsanspruchs des Pflegebedürftigen werden die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013 umgesetzt. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird bei der Einstufung in die Pflegegrade und beim Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr zwischen somatisch, kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen unterschieden. Insofern wäre es der Systematik nach zwar folgerichtig, die bisherigen Leistungen nach § 87b in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 zu integrieren. Jedoch soll die zusätzliche Aktivierung und Betreuung auch tatsächlich stattfinden. Mit der Schaffung eines individuellen Rechtsanspruchs des Pflegebedürftigen wird dieser Forderung Nachdruck verliehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 27

### **§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen entrichten künftig für pflegebedürftige Angehörige im Sinne des § 19 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen. In den Fällen der Mehrfachpflege wird zusätzlich vorausgesetzt, dass die Pfllegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst („Mindestpflegeaufwand“). Pflegt die Pflegeperson noch weitere Pflegebedürftige (Additionspflege), sind Beiträge nach der gleichen Systematik zu entrichten, wenn sich die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozent summieren („addierter Mindestpflegeaufwand“). Zudem wird klargestellt, dass die Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand die für die Pflegeleistungen zuständige Stelle trifft. Dabei gilt unverändert, dass Beiträge zur Rentenversicherung nicht zu entrichten sind, wenn die Pflegeperson mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Neu ist, dass nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, nach Maßgabe des neu gefassten § 26 Absatz 2b SGB III in der Arbeitslosenversicherung kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind ebenfalls von den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen sowie den sonstigen Stellen, insbesondere von den Beihilfestellen, an die Bundesagentur für Arbeit zu entrichten. Die Beschränkung der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung auf die Zeit der Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Pflegezeitgesetz sowie die Versicherungspflicht auf Antrag nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III werden im Gegenzug aufgegeben (vgl. Artikel 3 Nummer 5 und 6).

Mit der Neuregelung in Buchstabe e) haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Beihilfestellen nicht mehr nur bei der Feststellung der Beitragspflicht, sondern auch bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson (die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge zur Rentenversicherung haben können) unter Angabe der erforderlichen Daten zu benachrichtigen.

Bei den Änderungen unter den Buchstaben b, d und f handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen.

## **B) Stellungnahme**

Die Regelungen in Absatz 1 für die Beiträge zur Rentenversicherung sind vor dem Hintergrund der Neuausrichtung in § 19 SGB XI folgerichtig und grundsätzlich sachlogisch. Allerdings erschließt sich nicht, warum zusätzlich zu den beiden zeitlichen Mindestgrenzen des § 19 SGB XI für die Fälle der Mehrfach- und Additionspflege eine 30-Prozent-Mindestgrenze für das Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand eingezogen wird. Nach der Begründung soll damit ausgeschlossen werden, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits zu einer Beitragszahlung zur Rentenversicherung führt. Gerade mit diesem Ziel wird für die Absicherung in der Rentenversicherung zusätzlich zu der Voraussetzung einer Pflegetätigkeit an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits weiterhin ein wöchentlicher Mindestpflegeaufwand (zukünftig zehn Stunden) vorgesehen. Dies allein sollte ausreichen, um einen überstrapaziert niedrighschwelligen Zugang zur Rentenversicherung zu vermeiden. Zudem würde die 30-Prozent-Regelung das Verfahren der Begutachtung sowie der Prüfung bei den Leistungsstellen und bei den Rentenversicherungsträgern unnötig verkomplizieren. Dies gilt ungeachtet dessen, dass für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Mehrfach- oder Additionspflege weiterhin der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand festzustellen ist (vgl. § 166 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB VI). In der Folge bedarf es auch nicht des vorgesehenen Satzes 5 im Absatz 1. Die Prüfung, ob ein Fall der Additionspflege vorliegt, wird bereits mit Satz 2 abgefangen. Die Kritik an der 30-Prozent-Regelung erhält auch dadurch Unterstützung, dass eine derartige Regelung in der Arbeitslosenversicherung (vgl. § 44 Absatz 2b SGB XI, § 26 Absatz 2b SGB III) nicht vorgesehen ist.

Überdies ist zu hinterfragen, warum bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwands die Anteile gewerblicher Anbieter an der Pflege unberücksichtigt bleiben sollen. Damit dürfte die Regelungsabsicht, die mit der 30-Prozent-Grenze verfolgt wird, in vielen Fällen ohnehin verfehlt werden.

Vor dem Hintergrund der politischen Zielsetzung, die nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit ebenfalls kraft Gesetzes in die Arbeitslosenversicherung einzubeziehen, sind die in dem neuen Absatz 2b vorgesehenen Regelungen folgerichtig und sachlogisch. Die für die Rentenversicherung vorgehaltene 30-Prozent-Regelung in den Fällen der Mehrfach- und Additionspflege wird jedoch für die Arbeitslosenversicherung nicht übernommen. Ebenso findet sich die Voraussetzung, dass die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sein darf (vgl. § 44 Absatz 1 Satz 1 letzter Halbsatz SGB XI) in den Vorschriften zur Arbeitslosenversicherung nicht wieder.

Die unter Buchstabe e vorgesehene Ergänzung der Mitteilungspflichten erscheint grundsätzlich geeignet, um bei der Beteiligung einer Beihilfestelle eine rechtzeitige Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen bzw. eine rechtzeitige Änderung der Beitragszahlung durch die Beihilfestellen zu erreichen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Wie in § 44 Absatz 2a und 2b SGB XI für die Unfall- und Arbeitslosenversicherung vorgesehen, sollte auch in § 44 Absatz 1 Satz 1 SGB XI für die Absicherung in der Rentenversicherung – wie bisher – ein Verweis auf die Vorschrift für die Versicherungspflicht (hier: § 3 SGB VI) erfolgen.

In dem vorgesehenen § 44 Absatz 1 SGB XI werden die Sätze 4 bis 6 gestrichen. Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege und Additionspflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft bzw. treffen die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle bzw. zuständigen Stellen.“

Bei Aufrechterhaltung der 30-Prozent-Grenze in Absatz 1 sollte in der Begründung klargestellt werden, dass im Zusammenhang mit dem 30-prozentigen Mindestpflegeaufwand der Pflegeperson sowohl der Aufwand durch erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen als auch der von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in den Gesamtpflegeaufwand einzubeziehen ist.

In § 44 Absatz 6 SGB XI wird der Satzteil „sowie der Mindestpflegeaufwand von 30 Prozentpunkten“ gestrichen.

**Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 28

**§ 44a Absatz 2 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der Einbeziehung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in die Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der Arbeitslosenversicherung und der gleichzeitigen Streichung der Versicherungspflicht für Personen in der Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Pflegezeitgesetz (vgl. Artikel 3) wird § 44a Absatz 2 SGB XI als Verweissvorschrift im SGB XI auf die Versicherungspflicht während der Pflegezeit nach dem SGB III aufgehoben.

**B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der Arbeitslosenversicherung.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 29

### **§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisher in § 45c Absatz 3 und 3a erfolgten Definitionen von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten werden nunmehr in § 45a Absatz 1 und 2 zusammengefasst und neu gegliedert. Zum besseren Verständnis für die Versicherten werden die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote unter dem Oberbegriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Entsprechend der jeweiligen Ausrichtung der Angebote kann es sich dann folglich um Betreuungsangebote oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Diese Angebote sind nunmehr in Absatz 1 näher ausgestaltet.

Wie bisher basieren die Angebote auf einem Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots und entsprechender Schulungs- und Fortbildungsangebote der Helfer enthält. Künftig ist dieses Konzept um eine Übersicht der angebotenen Leistungen und deren Kostenhöhe sowie um die Angaben zur zielgruppen- und -tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden zu ergänzen. Bei wesentlichen Änderungen der angebotenen Leistungen ist das Konzept fortzuschreiben und bei Änderungen der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

Die Anerkennung der Angebote erfolgt wie bisher durch die Länder, welche nunmehr auch die Ermächtigung zur Abfrage der angebotenen Leistungen einschließlich deren Kosten eingeräumt wird.

Ebenfalls bleibt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Möglichkeit der Umwidmung von bis zu 40 vom Hundert des Pflegesachleistungsbetrages für die Angebote zur Unterstützung im Alltag bestehen und wird als „Umwandlungsanspruch“ benannt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Beibehaltung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird begrüßt und entspricht auch den Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013. Auch ist die Neugliederung der Regelungen zu den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten in § 45a übersichtlicher und für den Versicherten verständlicher. Insbesondere wird durch die Aufnahme der Regelung des Umwandlungsbetrages in § 45a deutlich klargestellt, dass der Umwandlungsbetrag ausschließlich für die Angebote zur Unterstützung im Alltag

verwendet werden kann und gleichrangig neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b besteht.

Die in Absatz 2 vorgesehene Ergänzung des Konzeptes um die Übersicht über die jeweiligen angebotenen Leistungen des Angebotes und deren Kosten sowie zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zum Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen wird begrüßt. Hierdurch wird für den Versicherten und seine Angehörigen eine Transparenz und Übersicht zu den Unterstützungsangeboten geschaffen. Der Versicherte wird in seinem Wahlrecht nach § 2 gestärkt. Zugleich ist diese Regelung erforderlich, damit den Pflegekassen durch die für die Anerkennung zuständigen Stellen der Länder die Informationen über diese Angebote übermittelt werden können. Andernfalls können die Pflegekassen ihren Auftrag nach § 7 Absatz 3 zur Übermittlung von Preis- und Vergleichslisten über Unterstützungsangebote an den Pflegebedürftigen nicht nachkommen. Zugleich bietet die Angebotsübersicht eine gute Informationsgrundlage für die Pflegeberatung durch die Pflegekassen. In diesem Zusammenhang ist es daher folgerichtig, dass die Anbieter zur Fortschreibung ihres Konzeptes bei Änderung der angebotenen Leistungen und zur Aktualisierung der Angaben bei Änderung der Kosten verpflichtet werden. Andernfalls ist die Aktualität der Übersichten nicht gewährleistet und läuft dem Ziel der Transparenz der Angebotsübersicht zuwider.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 29

### **§ 45b Entlastungsbetrag**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen des bisherigen § 45b werden dem Grundsatz nach weitgehend beibehalten, auch wenn nunmehr von einem Entlastungsbetrag gesprochen wird. Jedoch beträgt der Entlastungsbetrag künftig einheitlich bis zu 125 Euro. Dieser kann wie bisher zweckgebunden für die Erstattung von Aufwendungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 genannten Leistungen verwendet werden. Durch die Neugliederung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erfolgt ein entsprechender Verweis auf den § 45a neu. Wie bisher erfolgt die Erstattung der Aufwendungen im Wege der Kostenerstattung. Anders als bisher entfällt der bisherige Sonderbereich für zugelassene Pflegedienste, im Wege der Kostenerstattung Leistungen der Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung abzurechnen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Beibehaltung des bisherigen Entlastungsbetrages wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Den Versicherten steht damit neben den weiteren ambulanten Leistungen ein zusätzlicher Entlastungsbetrag zur Verfügung, den er flexibel und bedarfsgerecht nach seiner Wahl für weitere Betreuungsleistungen oder zur Entlastung seiner pflegenden Angehörigen verwenden kann. Durch den Ausschluss der Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 wird sichergestellt, dass der Entlastungsbetrag auch tatsächlich für Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung und damit zur Entlastung der pflegenden Angehörigen verwendet werden

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 29

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung des bisherigen § 45c wird inhaltlich grundsätzlich beibehalten und lediglich um die Förderung des Ehrenamts ergänzt, welche Bestandteil des bisherigen § 45d Absatz 1 ist. Ansonsten handelt es sich in § 45c um eine Neugliederung zur besseren Übersichtlichkeit der Regelung.

Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmungen zu den Empfehlungen nach Absatz 7 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

#### **B) Stellungnahme**

Da an der bisherigen Förderung sowohl durch die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegeversicherung als auch durch die Länder festgehalten wird, erfolgt grundsätzlich keine einseitige Belastung der sozialen Pflegeversicherung. Auch sollte wie bisher an den Förderinhalten und -grundsätzen des § 45c festgehalten werden.

Das Herstellen des Einverständnisses des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Zustimmung zu den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., soweit sie die Belange des Ehrenamts betreffen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch darf dies nicht dazu führen, dass hierdurch dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend insoweit ein Mitspracherecht eingeräumt wird, dass hierdurch eine Quersubventionierung der Projekte erfolgt, die bisher vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt werden. An der bisherigen Trennung der Förderung des Ehrenamts durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einerseits und der Förderung nach § 45c andererseits muss weiterhin festgehalten werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 7 ist Satz 4 zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 125 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 29

### **§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Förderung der Selbsthilfe ist nunmehr in einer eigenständigen Norm geregelt. Darüber hinaus werden neben den Angehörigen von Pflegebedürftigen auch ihnen vergleichbar Nahestehende explizit benannt.

#### **B) Stellungnahme**

Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung, daher ist die Stärkung der Selbsthilfe in einer Norm zu begrüßen. Durch die Regelung der Selbsthilfe in einer eigenständigen Regelung wird deren Bedeutung unterstrichen. Durch die Ergänzung der dem Pflegebedürftigen Nahestehenden, wird ebenso unterstrichen, dass die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen nicht nur durch Angehörige erfolgt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 30

### **§ 46 Absatz 3 Pflegekassen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zum 1. Januar 2018 ist die Absenkung des Faktors nach § 46 Absatz 3 SGB XI bei der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale von 3,5 v. H. auf 3,2 v. H. vorgesehen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Absenkung des Faktors nach § 46 Absatz 3 SGB XI wird abgelehnt.

Die Pflegekassen wurden als rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter dem Dach der Krankenversicherung errichtet. Sie haben kein eigenes Verwaltungspersonal. Die Aufgaben der Pflegekassen werden vielmehr von den Krankenkassen wahrgenommen, d. h. die Krankenkassen stellen den Pflegekassen hierfür ihre räumliche, sachliche und personelle Infrastruktur zur Verfügung. Dafür erstatten die Pflegekassen den Krankenkassen nach § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von bislang 3,5 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen.

Durch die vorgesehene Anpassung des Faktors werden die Verwaltungskosten der Pflegeversicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung künstlich reduziert. Die finanzielle Wirkung beträgt etwa 90 Millionen Euro.

Die Gesetzesbegründung berücksichtigt, dass im Jahr 2017 durch die weitgehende Reform des Gesetzes zusätzliche Aufwände entstehen. Ab 2018 wird jedoch davon ausgegangen, dass sich nicht alle Beitrags- und Leistungssteigerungen der laufenden wie auch der jüngeren vergangenen Gesetzgebung adäquat auf den Verwaltungsaufwand auswirken.

Mit der vorgesehenen Änderung wird erstmalig in Frage gestellt, dass ein konstanter Faktor die Aufwände in den Pflegekassen realistisch dynamisiert. Dies bedeutet de facto, dass für die Pflegeversicherung eine am Umfang ihres Geschäftes gemessene Absenkung des Verwaltungskostenanteils um etwa 8,6 v. H. unterstellt wird.

Die in der Begründung geäußerte Einschätzung, dass in Zeiten außergewöhnlicher Leistungsausweitungen der Anteil der Verwaltungstätigkeit nicht proportional steigt, ist eine bislang nicht bewiesene These.

Durch das PSG II kommt es dauerhaft zu Mehraufwendungen für die Krankenkassen. So führt die Umstellung von Kollektivverhandlungen auf Individualverhandlungen im stationären Bereich mit derzeit ca. 13.000 Einrichtungen zu erhöhtem Aufwand bei Vertragsverhandlungen. Ziel der Umstellung von bislang drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade ist ausdrücklich eine massive Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises. Für die damit verbundene Antragsbearbeitung ist dauerhaft mit höheren Verwaltungskosten zu rechnen. Auch der Auskunfts- und Informationsbedarf der Versicherten wird dauerhaft steigen. Insofern geben die konkreten Maßnahmen des PSG II keinen Anlass, an einem zumindest proportional steigenden Verwaltungsaufwand zu zweifeln.

Aus verschiedenen Pflegereformen ist zudem dauerhafter zusätzlicher Verwaltungsaufwand zu nennen (Einführung der zugehenden individuellen Pflegeberatung, Maßnahmen der Qualitätssicherung, Einholung von Einwilligungserklärungen der Versicherten, Flexibilisierung des Leistungsrechts, Prüfung des Wohngruppenzuschlags).

Ist die Gesetzesbegründung auch im Kontext der Beitragssatzanhebungen jüngerer vergangener Gesetzgebungen zu sehen und bezieht sich eher auf die dynamische Gesamtentwicklung, so kann zwar eingeräumt werden, dass eine Beitragssatzerhöhung zum Zweck eines Inflationsausgleiches dem Grunde nach nicht entsprechende Verwaltungskostensteigerungen nach sich ziehen muss. Jedoch besteht auch auf der Personalseite eine Vergütungsentwicklung, die unabhängig von der Leistungsdynamisierung durch die Sozialversicherungsträger getragen werden muss. Diese erfolgt zeitversetzt, jedoch über einen mittelfristigen Zeitraum gesehen unter Verrechnung des ansteigenden Umfangs gesetzlicher Aufträge ebenso dynamisch wie die strukturelle Entwicklung des Leistungsgeschehens inklusive Inflationsausgleich. Ein Beleg für diese Wirkungsweise ist die gesetzliche Krankenversicherung, die Jahr für Jahr eine starke Dynamik in den Leistungsausgaben aufweist und dennoch einen – trotz restriktiver Verwaltungskostenbudgetierung – über die letzten Jahrzehnte konstanten Verwaltungs-kostenanteil von etwa 5 v. H. ausweist. Gemessen an der Entwicklung der Beitragssätze der Pflegeversicherung bis 2017 mag die KV-Dynamik relativ betrachtet deutlich geringer erscheinen. Über die Etablierung der Bundesbeteiligung und des zusätzlichen Finanzierungsinstrumentes Zusatzbeiträge bildet sich die bestehende Dynamik jedoch nicht allein über den Beitragssatz ab. Insofern ist auch einnahmeseitig eine vergleichbare Dynamik zu attestieren; in den vergangenen 15 Jahren sind die Einnahmen und Ausgaben beider Sozialversicherungszweige um knapp über 50 v. H. gestiegen. Selbst wenn sich durch die Gesetzgebung nun ein besonders hoher Anstieg in der Pflegeversicherung einstellt, wird bedingt durch den unterschiedlichen Dynamisierungszyklus der Krankenversicherung mittelfristig eine identische Entwicklung zu beobachten sein.

Hierdurch wird nachweislich deutlich, dass ein konstanter Faktor gerade ausreicht, um die Entwicklung im Verwaltungsbereich gegenzufinanzieren. Da sich die für die Pflegeversicherung anfallenden Verwaltungskosten allein über die Verwaltungskostenpauschale finanzieren, führt die Absenkung zwangsläufig zu einer Reduzierung des Personaleinsatzes oder einer Querfinanzierung durch die Krankenversicherung. Somit wird mit der Absenkung der Verwaltungskostenpauschale bewusst der Weg einer unzureichenden Bearbeitung oder aber einer ungerechtfertigten Umverteilung zu Lasten der Krankenversicherung beschritten.

**C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung ist zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 129 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 31

### **§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Infolge der Streichung des § 87b SGB XI wird wortgetreu dessen heutiger Absatz 3 übernommen. Neben den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen sind künftig im Rahmen des Anhörungsverfahrens ebenfalls die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene einzubeziehen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Verlagerung der Rechtsvorschrift ist sachgerecht. Die bereits existierenden „Betreuungskräfte-Richtlinien“ haben sich bewährt und damit weiterhin Gültigkeit.

Die Anhörung der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene kann eine höhere Akzeptanz der Betreuungs-Richtlinien bei den Pflegekräften schaffen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 130 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 32

### **§ 55 Absatz 1 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2017 um 0,2 Beitrags-  
satzpunkte auf 2,55 Prozent angehoben, für Kinderlose auf 2,8 Prozent.

#### **B) Stellungnahme**

Damit steigen die Einnahmen in 2017 um ca. 2,5 Mrd. Euro. Mit den Mehreinnahmen und den  
Rücklagen der Pflegeversicherung soll die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs  
finanziert und ein Perspektivwechsel in der Pflege eingeleitet werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 33

### **§ 65 Absatz 4 Kostenerstattung wegen Verwaltung des Pflegeausgleichsfonds**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das BVA kann Kosten, die durch die Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehen, aus dem Ausgleichsfonds decken.

#### **B) Stellungnahme**

Die Gegenfinanzierung der Verwaltungskosten des Ausgleichsfonds aus dessen Mitteln wird abgelehnt.

Durch die Neuregelung würde dem Ausgleichsfonds ein einstelliger Millionenbetrag zu Lasten der Versichertengemeinschaft der Pflegeversicherung entzogen. Für diese Umstellung ist kein sachlicher Hintergrund erkennbar. Vielmehr würde eine seit 20 Jahren etablierte Regelung nur mit der Begründung verworfen, dass ein analoges Vorgehen in anderen Bereichen praktiziert wird. Diese Praxis ist jedoch durchaus in Frage zu stellen.

Da es einen Ausgleichsfonds gibt, ergibt sich aus der hoheitlichen Natur dieser Aufgabe, dass eine staatliche Stelle diesen verwaltet. Dabei ist es naheliegend, dass es sich hierbei um eine Aufsichtsbehörde handelt. Insoweit hat sich das Aufgabenportfolio des BVA über die Jahre gewandelt, sodass die Verwaltung des Ausgleichsfonds nicht als systemfremd, sondern als Kerngeschäft zu betrachten ist. Dieses Kerngeschäft ist ordnungspolitisch aus Steuergeldern und nicht aus Beitragsmitteln zu bezahlen.

Grundsätzlich sollte bei entsprechenden Regelungen die Verordnungsermächtigung hinreichend klar bestimmt sein. Andernfalls kann es dazu führen, wie etwa beim Gesundheitsfonds, dass es an der gebotenen Transparenz dazu fehlt, welche Kosten tatsächlich zu berücksichtigen sind.

#### **C) Änderungsvorschlag:**

Die Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 34

### **§ 75 Absatz 3 Satz 4 Anpassung der Personalrichtwerte in den Rahmenverträgen der Länder**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In der Vorschrift zu den Personalrichtwerten von Pflegeeinrichtungen wird der Begriff „Pflegestufen“ durch den Begriff „Pflegegrad“ ersetzt. Dabei sind die Landesrahmenverträge hinsichtlich dieser Richtwerte anhand der vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Studien „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ und „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ auf die neuen Pflegegrade anzupassen.

#### **B) Stellungnahme**

Die derzeit definierten Personalanzahlzahlen basieren auf dem heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriff und stehen mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem daraus resultierenden NBA nicht im Einklang. Daher ist eine Anpassung in den Landesrahmenverträgen nach § 75 notwendig. Begrüßt wird, dass der Gesetzgeber dabei keine starren Vorgaben macht und die Anpassungen an die individuellen Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern den Vertragsparteien nach § 75 überlässt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich das jeweilige Bewohnerklientel in den Einrichtungen, das mittels des auch jetzt schon vereinbarten und vorhandenen Personal gut versorgt wird, mit der Überleitung auf die neuen Pflegegrade grundsätzlich nicht ändert.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36b)

### **§ 84 Absatz 2 Bemessungsgrundsätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bemessungsgrundsätze für die Vergütung von stationären Pflegeeinrichtungen werden künftig nach dem Versorgungsaufwand und entsprechend der zugrunde zu legenden fünf Pflegegrade eingeteilt. Die bisherige Einteilung in Pflegeklassen hat sich in der Praxis mit der Einteilung in Pflegestufen gedeckt, sodass sich nunmehr ausschließlich an der Einteilung in Pflegegrade orientiert wird.

In den Pflegegraden 2 bis 5 sollen für die Pflegesätze im vollstationären Bereich für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die von der Pflegeversicherung nicht gedeckten Kosten der pflegerischen Versorgung eingeführt werden. Die Leistungen nach § 43 in den unterschiedlichen Pflegegraden sind in der Höhe so zueinander gestaffelt, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Durchschnitt den in der Studie EVIS (Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen) des GKV-Spitzenverbandes festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. Eine Höherstufung von einzelnen Pflegegraden zwischen 2 und 5 soll nun nicht mehr mit einer gleichzeitigen Erhöhung des Eigenanteils für den Pflegebedürftigen bzw. den Sozialhilfeträger einhergehen, sondern der Eigenanteil soll innerhalb einer Einrichtung gleich bleiben und innerhalb der Pflegesatzverhandlung ermittelt werden.

#### **B) Stellungnahme**

In der Praxis wurden die Verhandlungen zwischen Betreibern von stationären Pflegeeinrichtungen und den Kostenträger in überwiegender Anzahl nicht mehr anhand von Pflegeklassen geführt, sodass diese unnötig geworden waren. Es erfolgte vielmehr eine Einteilung anhand der Pflegestufen. Daher ist der künftige Verzicht auf die gesetzliche Einteilung der Pflegesätze in Pflegeklassen zu begrüßen.

Ebenfalls ist die Neureglung zu den einrichtungsinternen Eigenanteilen zu begrüßen. Sie gewährleistet eine kalkulatorische Sicherheit für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zur Berechnung des eigenen Kostenanteils an der Heimunterbringung. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die Einheitlichkeit des einrichtungsinternen Eigenanteils dazu führen wird, dass im Verhältnis der Pflegegrade zueinander umgeschichtet wird. Während die Eigenanteile für die hohen Pflegegrade sinken werden, erfolgt diese Entlastung zu Lasten von Pflegebe-

dürftigen der heutigen Pflegestufe 1, bei denen sich der Eigenanteil im künftigen Pflegegrad 2 erhöhen wird. Dieser Nachteil für die Pflegebedürftigen soll durch eine Besitzstandsregelung für bisherige Leistungsbezieher durch Übernahme durch die Pflegeversicherung ausgeglichen werden. Näheres dazu unter § 141 Absatz 3.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 36c)

### **§ 84 Absatz 8 Bemessungsgrundsätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b wird leistungsrechtlich neu strukturiert und in das Vierte Kapitel integriert. Der § 87b wird gestrichen. Das Vereinbarungs- und Abrechnungsverfahren wird dabei im Grundsatz beibehalten. Neben der Pflegesatzvereinbarung zur Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonals ist jedoch nunmehr von jeder voll- oder teilstationären Einrichtung ein separater Vergütungszuschlag zur Finanzierung des ergänzenden Angebots nach § 43b zu vereinbaren, soweit diese es nach der bisher fakultativen Regelung noch nicht wahrgenommen hat. Im Rahmen der Überleitung der stationären Pflegesätze haben nun alle voll- und teilstationären Einrichtungen separate Vergütungszuschläge zu vereinbaren.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung stellt eine vergütungsrechtliche Anpassung an die leistungsrechtliche Neuordnung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung dar. Eine grundsätzliche Änderung der bisherigen Vergütungsgrundsätze ist nicht vorgesehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 136 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 38

### **§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bestehende gesetzliche Regelung wird im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen Pflegegraden angeglichen. Der von der Pflegeversicherung an die Pflegeeinrichtungen zu zahlende Erstattungsbetrag wurde an die Leistungen der neuen Pflegegrade und nach der bisherigen Methode (Halbjahreszeitraum) auf einen Betrag in Höhe von 2.952 Euro angepasst.

#### **B) Stellungnahme**

Die Anpassung ist sachgemäß.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 137 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 42

### **§ 94 Personenbezogene Daten bei der Pflegekasse**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach § 28a. Die Pflegekassen werden ermächtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht und -gewährung personenbezogene Daten zu erheben und zu verarbeiten.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ermächtigungsregelung ist erforderlich, damit die Pflegekassen die Leistungsansprüche von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nach § 28a prüfen können.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 43a)

### **§ 109 Absatz 1 Pflegestatistiken**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Aufzählung der Sachverhalte, über die unter anderem die Träger der Pflegeversicherung gegenüber den statistischen Ämtern der Länder im Rahmen der Pflegestatistik nach § 109 auskunftspflichtig sind, wird um Aussagen zu Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gekürzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Liste der auskunftspflichtigen Sachverhalte wird folgerichtig gekürzt.

Durch die Überführung der Pflegestufen in Pflegegrade werden insbesondere Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der Gruppe der betreuten Pflegebedürftigen zugeschrieben. Eine separate Nennung ist somit nicht mehr erforderlich.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 49

### **§ 127 Pflegevorsorgezulage; Förderungsvoraussetzungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegegrade 1 bis 5.

#### **B) Stellungnahme**

Die Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen hinsichtlich einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung zu erfüllen hat, sind an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen sind durch Verweise auf die Pflegegrade zu ersetzen. Für den vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden Pflegegrad wird ein doppelter Stufensprung (aus Pflegestufe III wird Pflegegrad 5) vorgenommen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht. Es gilt somit die Stichtagsregelung. Bei Versicherten, die bis zum 31. Dezember 2016 bereits eine Pflegestufe haben, aber nicht zusätzlich eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, werden ohne erneute Begutachtung nach dem „einfachen Stufensprung“ in die neuen Pflegegrade übergeleitet:

PS I ==> PG 2

PS II ==> PG 3

PS III ==> PG 4

Härtefall ==> PG 5

Versicherte, bei denen bis zum 31. Dezember 2016 eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden ohne erneute Begutachtung nach dem „doppelten Stufensprung“ in die neuen Pflegegrade übergeleitet:

PS 0 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 2

PS 1 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 3

PS 2 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 4

PS 3 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 5

Härtefall + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ==> PG 5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

#### **B) Stellungnahme**

Bei der Überleitungsregel handelt es sich um eine klare Regelung, die den Empfehlungen des Expertenbeirates folgt. Doppelbegutachtungen werden hiermit ausgeschlossen, es sei denn,

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 141 von 180

der Versicherte beantragt von sich aus eine Neubegutachtung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit sich trotz Übergangsregelungen nach dem neuen Begutachtungsassess-  
ment begutachten zu lassen und bei einer nachgewiesenen Schlechterstellung trotzdem in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben zu können, voraus-  
sichtlich zu umfangreichen Anträgen auf Neubegutachtungen führen wird.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 142 von 180

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 regelt den erforderlichen Schutz des Besitzstandes für Leistungen der Pflegeversicherung ab dem Stichtag 1. Januar 2017 im Bereich der häuslichen Pflege. Danach gilt als Grundsatz, dass die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen in häuslicher Pflege, die dem Pflegebedürftigen bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auf diese Leistungen auch weiterhin ein Anspruch besteht. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz unberührt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung ist vor dem Grundsatz, dass kein Leistungsberechtigter, der vor der Systemumstellung bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhält, nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 141 Absatz 2 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 2 räumt auch für den erhöhten Leistungsbetrag von 208 Euro nach § 45b Absatz 1 Satz 2, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird, Besitzstandsschutz ein. Dieser Besitzstandsschutz besteht dann, wenn sie in Bezug auf die ab dem 1. Januar 2017 zustehenden Ansprüche nach §§ 36, 37 oder 41 nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser gestellt sind. In diesem Fall erhalten sie einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der Neufassung ab 1. Januar 2017 in Höhe der Differenz zwischen dem erhöhten Betrag in Höhe von 208 Euro und dem Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro.

Der ab dem 1. Januar 2017 ggf. zustehende erhöhte Leistungsbetrag nach §§ 36, 37 und 41 kann für die bisher in Anspruch genommenen zusätzlichen Betreuungsleistungen, die durch den erhöhten Betrag finanziert wurden, verwendet werden.

Das Bestehen eines Anspruchs auf den Zuschlag ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern.

#### **B) Stellungnahme**

Im Vergleich zum Referentenentwurf erscheint die vorgesehene Berechnung eines Anspruchs auf einen Zuschlag weniger komplex. Durch den in § 140 (neu) vorgesehenen sogenannten doppelten Stufensprung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist es sachgerecht, dass die erhöhten Leistungsbeträge angerechnet werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 141 Absatz 3 Besitzstandschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 3 regelt, dass durch die Überleitung der Pflegesätze kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat, einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz gemäß § 84 Absatz 2 Satz 3 entrichten muss. Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der zu entrichtende Eigenanteil im ersten Monat nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist künftig ein Zuschlag in Höhe des Differenzbetrages von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

#### **B) Stellungnahme**

Diese Regelung ist folgerichtig und führt die vorangegangenen Besitzstandswahrungen für den stationären Bereich fort. Die Regelung wird voraussichtlich vor allem die Pflegebedürftigen treffen, die in der bisherigen Pflegestufe 1 deutlich weniger Eigenanteil am Pflegesatz zu zahlen hatten als im künftigen Pflegegrad 2. Die künftigen Pflegegrade 3 bis 5 dürften durch die Neuregelung entlastet werden und fallen somit nicht unter diese Besitzstandswahrung. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Regelung zu erheblichen Umsetzungsproblemen bei den Pflegekassen im administrativen Bereich führen wird. Da die einzuführenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile unter den 13.000 zugelassenen Pflegeheimen unterschiedlich sind, muss für fast jeden Pflegebedürftigen des künftigen Pflegegrades 2 die Bezuschussung individuell berechnet werden. Das führt zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand, der auch schwer mit einem einheitlichen Verfahren aufgefangen werden kann. Des Weiteren ist die Besitzstandswahrung aufgrund der oben beschriebenen Einzelfallberechnung in seinem Ergebnis schwer zu kalkulieren. Die unterschiedliche Handhabung von Pflegesatzverhandlungen, die teilweise über eine Pflegesatzkommission, teilweise direkt zwischen den Parteien geführt werden, sowie die bisher höchst unterschiedliche Handhabung des Eigenanteils für die Pflegebedürftigen durch die Pflegeheime, lassen es nicht absehen, welche finanziellen Auswirkungen durch die Auffangregelung des Absatzes 3 auf die Pflegeversicherung zu kommen. Ob die durch die Verringerung der Leistungsbeträge im künftigen Pflegegrad 2 eingesparten Leistungen diese Kostenerhöhungen für die Besitzstandswahrung auffangen, ist derzeit nicht abzusehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 145 von 180

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 141 Absatz 4, 5 und 6 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Besitzstandsregelung des Absatzes 4 stellt sicher, dass die nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 rentenversicherungspflichtig sind, über diesen Tag hinaus rentenversicherungspflichtig bleiben und die beitragspflichtigen Einnahmen sich nach dem bisherigen Recht richten, wenn sie höher als nach dem neuen Recht sind.

Mit der Regelung des Absatzes 5 wird sichergestellt, dass der durch Absatz 4 begründete Besitzstandsschutz endet, wenn nach neuem Recht festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind. Der Besitzstandsschutz endet auch, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine „Änderung in den Pflegeverhältnissen“ ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach neuem Recht führt, oder wenn ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 3 und 4 SGB VI (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden) eintritt.

Absatz 6 erstreckt den Bestandsschutz nach den Absätzen 4 und 5 auf Pflegepersonen, die Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind.

#### **B) Stellungnahme**

Der Bestandsschutzregelung des Absatzes 4 unter Anwendung des Günstigkeitsprinzips für die Beiträge ist zuzustimmen.

Die Regelungen zum Ende des Besitzstandsschutzes in Absatz 5, insbesondere in Satz 2, werden kritisch gesehen. Nach der Begründung sollen die Bestands-Pflegepersonen, solange sich keine Änderungen in den Pflegeverhältnissen, die schon am 31. Dezember 2016 vorliegen, ergeben und das alte Recht günstiger ist, vom alten Recht grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, längstens bis zum Bezug einer Altersrente, profitieren. Damit bleibt jedoch ein großer Teil der Fälle außer Acht, in denen bei einer Begutachtung ab 1. Januar 2017 keine Änderungen in den Verhältnissen, weder bei der pflegebedürftigen Person noch bei der Pflegeperson oder – im Fall der Mehrfachpflege – bei einer weiteren Pflegeperson, festgestellt werden. In der Folge bemessen sich die beitragspflichtigen Einnahmen für diese Pflegepersonen ab dem 1. Januar 2017 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 SGB VI in der bis zum 31. De-

zember 2016 geltenden Fassung. Die beabsichtigte Regelung macht eine über mehrere Jahre andauernde parallele verwaltungsaufwändige Rechtsanwendung erforderlich, die zudem weitere Auslegungsfragen bei Fällen der Mehrfachpflege mit und ohne Besitzstandsschutz aufwirft.

Aus verwaltungspraktischen Gründen halten wir es in den Fällen, in denen sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach neuem Recht führt, für geboten, dass sich die Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage an das neue Recht am Kalendermonat orientiert.

Es erscheint daher sachgerecht, die berechtigte Zielsetzung einer den Belangen der Betroffenen ausreichend Rechnung tragenden Besitzstandsregelung in Einklang zu bringen mit den Erfordernissen der operativen und verwaltungsökonomischen Umsetzung. In der Konsequenz sollte die Besitzstandsregelung eine insofern ausgewogene zeitliche Begrenzung erfahren.

Die Regelung des Absatzes 6 für die Absicherung bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist sachgerecht.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 141 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 4 ist ab Beginn des Monats nicht mehr anwendbar, der auf den Monat folgt, in dem eine Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht durchgeführt wird“.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 142 Absatz 1 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Übergangsregelung werden Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die nach § 15 Absatz 5 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, bis zum 1. Januar 2019 ausgesetzt. Dies gilt auch dann, wenn eine Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.

#### **B) Stellungnahme**

Die Übergangsregelung ist sachgerecht, soweit es nicht Wiederholungsbegutachtungen betrifft, die aus Anlass einer nach § 33 Absatz 1 Satz 4 ausgesprochenen Befristung vorgesehen waren. Um die in § 33 Absatz 1 Satz 8 geforderte „nahtlose Leistungsgewährung“ sicherstellen zu können, bedarf es in diesen Fällen weiterhin einer Wiederholungsbegutachtung, um darauf stützend das weitereungsverfahren durchzuführen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„§ 33 Absatz 1 Satz 8 bleibt davon unberührt.“

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 142 Absatz 2 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die gegenwärtig für alle Antragsteller geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse, mit welchem das Ergebnis der Pflegebegutachtung mitgeteilt wird, innerhalb von fünf Wochen ab Antragstellung erteilt werden muss, wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 ausgesetzt. Lediglich für die Fälle, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht, bleibt es bei der Fünf-Wochen-Frist.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise zu entwickeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die Übergangsregelung wird begrüßt. Allerdings wird bereits vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein erhöhtes Aufkommen an Anträgen auf Pflegeleistungen erwartet. Vor diesem Hintergrund sollte der Zeitpunkt der Aussetzung der Frist vorverlegt werden.

Die Möglichkeit, für dringliche Fälle eine Ausnahmeregelung von der Fristaussetzung zu entwickeln ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings decken die in der Gesetzesbegründung in Bezug auf die zu entwickelnden Kriterien aufgeführten Verfahrens- und Antragsituationen nahezu alle Fälle ab und sind damit zu weitreichend. Die Aussetzungsregelung würde unter diesen Bedingungen in der Praxis leerlaufen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Datum „1. Januar 2017“ durch das Datum „1. Juli 2016“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Datum „1. Januar 2017“ durch das Datum „1. Juli 2016“ ersetzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 150 von 180

Die Gesetzesbegründung zu § 142 Absatz 2 wird wie folgt angepasst:

Im zweiten Absatz ist das Wort „zwölf“ durch das Wort „achtzehn“ zu ersetzen. Die Wörter „nach dem Datum der Umstellung“ sind zu streichen.

Im dritten Absatz wird hinter dem Satz „Kriterien, die in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind einerseits inhaltlicher Art und nehmen andererseits Bezug auf bestimmte Verfahrens- und Antragssituationen“ der Doppelpunkt durch einen Punkt ersetzt. Die Aufzählung nach dem Doppelpunkt wird gestrichen.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 142 Absatz 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Wenn bei besonders dringendem Entscheidungsbedarf innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, hat die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen. Die Übergangsregelung gilt vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur in Absatz 2 bestimmten Beschränkung der Geltung der Fünf-Wochen-Frist auf diejenigen Anträge, bei denen besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (vgl. auch ergänzender Änderungsbedarf zu § 18 SGB XI).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Das Datum „1. Januar 2017“ ist durch das Datum „1. Juli 2016“ zu ersetzen.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 50

### **§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Absatz 1 entspricht der gültigen Fassung des § 122.

Nach Absatz 2 wird die Anerkennung von nach Landesrecht anerkannte niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote geregelt. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die am 31. Dezember 2016 anerkannt sind, gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren ab dem 1. Januar 2017 als anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a (neu). Die Länder sind ermächtigt, hiervon abweichende Regelungen durch Rechtsverordnung zu regeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neugliederung der nach Landesrecht anerkannt niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote – künftig Angebote zur Unterstützung im Alltag – in § 45a stellt keine inhaltliche Änderung der Angebote dar. Folgerichtig können diese Angebote grundsätzlich automatisch als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt werden. Allerdings ist es erforderlich, dass im Fall einer Erweiterung des bisher bestehenden Angebotes ab dem 1. Januar 2017 ein entsprechendes erweitertes Konzept vorzulegen ist. Insofern ist es zu befürworten, dass die Länder ermächtigt sind, abweichende Regelungen durch Rechtsverordnung zu treffen. Auch für die bereits anerkannten Angebote sollte die Pflicht zur Vorlage einer Übersicht der aktuellen Leistungsangebote einschließlich der hierfür vorgesehen Kosten gelten. Andernfalls ist die Übersicht und Transparenz der Angebote nach § 45a (neu) für die Versicherten unvollständig und ungenügend.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 5

#### **§ 26 Absatz 2b Sonstige Versicherungspflichtige**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die soziale Sicherung der Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung wird weitgehend der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung nachgebildet und damit auf eine neue Grundlage gestellt. Versicherungspflicht kraft Gesetzes besteht künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege einer pflegebedürftigen Person mit mindestens Pflegegrad 2 und zudem nicht begrenzt auf Angehörige. Weitere Voraussetzung ist, wie in der Rentenversicherung, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Diese Voraussetzungen können auch durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden (Additionspflege). Außerdem tritt Versicherungspflicht, wie bei den sonstigen Versicherungspflichtigen, nur dann ein, wenn die betroffene Person unmittelbar vor Beginn der Pflgetätigkeit versicherungspflichtig (in der Arbeitslosenversicherung) war oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleitung nach dem SGB III hatte.

Ähnlich wie bei der bisherigen Versicherungspflicht auf Antrag nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III tritt jedoch Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung nicht nur dann ein, wenn die pflegebedürftige Person Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung nach dem SGB XI bezieht, sondern auch dann, wenn Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezogen werden.

Abweichend von der Sicherung in der Rentenversicherung werden für die Arbeitslosenversicherung die Voraussetzung einer regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich ausgeübten Erwerbstätigkeit und die 30-Prozent-Regelung bei Mehrfach- und Additionspflege nicht übernommen.

Die bisherige Versicherungspflicht auf Antrag aufgrund der Pflege eines Angehörigen wird damit entbehrlich. Derartige Bestandsfälle werden zum 1. Januar 2016 in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b überführt (vgl. § 446 Absatz 2 SGB III).

##### **B) Stellungnahme**

Vor dem Hintergrund der politischen Zielsetzung, aus arbeitsmarktpolitischen Interessen eine verbesserte Absicherung von Pflegepersonen bei Arbeitslosigkeit zu erreichen und damit

auch einen Beitrag zur Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen zu leisten, wird die neue Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung im Grundsatz begrüßt.

Allerdings weicht die Formulierung in § 26 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz von den entsprechenden Formulierungen in dem bisherigen § 26 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz sowie in den Absätzen 1 und 2a ohne erkennbaren Grund geringfügig ab.

Unter Berücksichtigung der Regelung des § 26 Absatz 3 Satz 5 ist die Versicherungspflicht aufgrund einer Erwerbstätigkeit – im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung – unabhängig vom zeitlichen Umfang vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund einer Pflegetätigkeit. Eine selbständige Tätigkeit, die regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich ausgeübt wird, würde jedoch die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b nicht ausschließen. Es ist fraglich, ob diese Rechtsfolge gewollt ist.

### **C) Änderungsvorschlag**

Es wird angeregt, § 26 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz an die entsprechenden Formulierungen in Absatz 1, 2a oder in dem bisherigen Absatz 2b anzugleichen und dabei insbesondere nicht vom Anspruch, sondern vom Bezug einer Entgeltersatzleistung zu sprechen.

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 6

#### **§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 als Grundlage für die Versicherungspflicht auf Antrag von Pflegepersonen wird aufgehoben.

##### **B) Stellungnahme**

Die Antragspflicht für Pflegepersonen wird durch die Einbeziehung der Pflegepersonen (ohne Beschränkung auf Angehörige) in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b SGB III entbehrlich, sodass die entsprechende Rechtsgrundlage aufgehoben werden kann. In § 446 Absatz 2 SGB III ist eine Überführung in die neue Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b SGB III ab 1. Januar 2017 vorgesehen.

Bei den Änderungen unter Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb sowie Buchstabe b handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung der Antragspflichtversicherung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 8

#### **§ 345 Nummer 8 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die nach § 26 Absatz 2b SGB III (neu) versicherungspflichtigen Pflegepersonen wird als beitragspflichtige Einnahme 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße festgelegt. Eine Verhältnismäßige Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfach- oder Additions- pflege, wie dies in der Rentenversicherung der Fall ist (vgl. § 166 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB VI), findet nicht statt.

Bisher beträgt die beitragspflichtige Einnahme sowohl in der Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b SGB III als auch in der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße.

##### **B) Stellungnahme**

Die gegenüber dem geltenden Recht (wesentlich) erhöhte beitragspflichtige Einnahme berücksichtigt nach der Begründung versicherungskalkulatorisch, dass der verbesserten Einbeziehung der Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz im Fall der Arbeitslosigkeit bzw. Rückkehr auf den Arbeitsmarkt auch Ausgaben für Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung gegenüberstehen – wenngleich damit nicht unerheblich erhöhte finanzielle Belastungen für die soziale Pflegeversicherung einhergehen.

Zudem ist kritisch zu hinterfragen, dass bei einer Mehrfachpflege die für die Pflegeleistungen zuständige Stelle, z. B. die Pflegekasse, für jede pflegende Person, anders als in der Rentenversicherung, Beiträge zur Arbeitslosenversicherung in voller Höhe aufzubringen hat.

Ebenso bedarf es, wie in der Rentenversicherung, einer Regelung, nach der bei Additions- pflege die beitragspflichtige Einnahme aufgeteilt und in der Folge bei mehreren beteiligten Leistungsträgern die Beiträge anteilig getragen werden.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Für die Fälle der Mehrfach- und Additions- pflege sind Mechanismen zur Begrenzung bzw. anteilmäßigen Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen, angelehnt an § 166 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB VI (neu) für die Rentenversicherung, vorzusehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 157 von 180

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 9

#### **§ 345b Satz 1 Nummer 1 Beitragspflichtige Einnahmen bei einem Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Nummer 1 des § 345b Satz 1, die für die Fälle der Antragspflichtversicherung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III eine beitragspflichtige Einnahme in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße vorsieht, wird aufgehoben.

##### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Antragspflichtversicherung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10

#### **§ 347 Nummer 10 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung zur Tragung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Pflegende während der Pflegezeit gilt künftig – inhaltlich identisch – für die nach § 26 Absatz 2b SGB III versicherungspflichtigen Pflegepersonen.

##### **B) Stellungnahme**

Die Änderung lässt unberücksichtigt, dass neben den in § 347 Nr. 10 genannten Trägern bzw. Stellen aufgrund der Einbeziehung von Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII in § 26 Absatz 2b SGB III auch die Träger der Sozialhilfe (und Träger für gleichartige Leistungen) als Stellen in Frage kommen, die für Pflegepersonen Beiträge zu tragen haben. Sofern dies ausgeschlossen sein soll, sollte dies in der Begründung dargestellt werden.

##### **C) Änderungsvorschlag**

§ 347 Nr. 10 wird in der Weise erweitert, dass auch die Träger, die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften gewähren, an der Tragung der Beiträge, ggf. anteilmäßig, beteiligt sind.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 159 von 180

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 11

#### **§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherigen Regelungen zur Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Pfle-  
gende während der Pflegezeit an die Bundesagentur für Arbeit nach § 349 Absatz 4a und 5  
gelten künftig – inhaltlich identisch – für die nach § 26 Absatz 2b SGB III versicherungspflich-  
tigen Pflegepersonen.

##### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführung der Versicherungspflicht kraft  
Gesetzes für Pflegepersonen nach § 26 Absatz 2b SGB III.

##### **C) Änderungsvorschlag**

In der Begründung sind die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter  
„der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ zu ersetzen.

### **Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 12

#### **§ 446 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift enthält zwei Übergangsregelungen in Folge der Einführung der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung für pflegende Personen nach § 26 Absatz 2b SGB III.

Absatz 1 stellt sicher, dass für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Pflegezeitgesetz nach § 26 Absatz 2b SGB III versicherungspflichtig waren, diese Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit (längstens sechs Monate) fortbesteht und hinsichtlich der Beitragsbemessung, –tragung und –zahlung die am 31. Dezember 2016 geltenden Regelungen Anwendung finden. Für die Zeit danach bestimmen sich die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b SGB III und die beitragsrechtlichen Bedingungen nach den Vorschriften in der jeweils ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung.

Nach Absatz 2 werden die Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III auf Antrag versicherungspflichtig waren, zum 1. Januar 2017 in die neue Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b SGB III überführt, wobei auch dann die Vorrangregelungen des § 26 Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB III greifen.

##### **B) Stellungnahme**

Die Übergangsregelung im Absatz 1 erscheint sachlogisch.

Für die Regelung in Absatz 2 gilt dies mit der Einschränkung nur dann, wenn zur Vermeidung einer Überprüfung aller betreffenden Fälle zum Ende des Jahres 2016 lediglich eine Überführung der Antragspflichtversicherten in die neue Versicherungspflicht zum 1. Januar 2017 angeordnet werden soll und damit keine dauerhafte Bestandsschutzregelung verbunden ist.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

### **§ 33 SGB V Hilfsmittel**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 33 Absatz 5a regelt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln nach § 33 Absatz 1 bis 4 nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Krankenkasse kann diese abweichend davon als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet hat.

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 SGB XI dienen, sollen die im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittel und Pflegehilfsmittelbedarf des MDK oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter künftig als Antrag des Versicherten auf Leistungen gelten, wenn der Versicherte, sein Betreuer oder sein Bevollmächtigter zustimmt (§ 18 Absatz 6a SGB XI in der Fassung Gesetzentwurf der Bundesregierung zum 2. Pflegestärkungsgesetz).

Die gutachterlichen Empfehlungen nach § 18 Absatz 6a SGB XI ersetzt bei den genannten Hilfsmitteln die nach § 33 Absatz 5a Satz 1 erforderliche vertragsärztliche Verordnung sowie die ärztliche Verordnung nach § 33 Absatz 5a Satz 2 bis zum 31. Dezember 2019. Damit wird klargestellt, dass es in diesen Fällen auch keiner vertragsärztlichen Verordnung bedarf.

Diese Regelung soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten (Artikel 8 Absatz 2 zum PSG II).

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 18 Absatz 6a SGB XI.

In der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Ziffer 13b heißt es, dass die gutachterlichen Empfehlungen bei den genannten Hilfsmitteln die ärztliche Therapieentscheidungen nach § 33 Absatz 5a Satz 1 sowie die ärztliche Verordnung nach § 33 Absatz 5a Satz 2 ersetzen. Dies steht im Widerspruch zu der beabsichtigten Regelung in § 33 Absatz 5a Satz 3, nach der die Sätze 1 und 2 befristet bis zum 31. Dezember 2019 in diesen Fällen nicht gelten sollen. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte der Regelungsbereich von § 33 Absatz 5a Satz 3 klargestellt werden.

Diese Regelung soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die damit im Zusammenhang stehende Neufassung von § 18 Absatz 6a SGB XI (Artikel 1 Ziffer 13b) soll zum 1. Januar 2016 in

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 162 von 180

Kraft treten. Aufgrund des Sachzusammenhangs dieser Änderungen ist ein einheitliches Inkrafttreten zum 1. Januar 2017 notwendig.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 33 Absatz 5a Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum 31. Dezember 2019 gilt Satz 1, soweit dieser die ärztliche Therapieentscheidung betrifft und Satz 2 im Falle des § 18 Absatz 6a des Elften Buches nicht.“

## **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3

### **§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 37 Absatz 2 Satz 1, 2. Halbsatz, wonach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen umfasst, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist, wird gestrichen. Zudem sollen Satzungsleistungen in Bezug auf die Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 2 Satz 6 nicht zulässig sein, wenn bei dem Versicherten mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt. Ferner wird der § 37 Absatz 6 Satz 2, wonach der G-BA in seiner Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 bestimmen soll, gestrichen.

#### **B) Stellungnahme**

Aufgrund der grundlegenden Änderung der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegegraden auf Basis der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit entfällt die verrichtungsbezogene Ermittlung des Zeitaufwands für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege. Zudem fließen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen im Bereich der „Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ als eigener Bewertungsbereich in die Gesamtbewertung ein. Damit ist der Einbezug des bisher als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen bezeichneten Hilfebedarfs in die neue Systematik der Pflegegradermittlung abschließend und umfänglich geregelt. Bezüglich der leistungsrechtlichen Abgrenzung der Zuständigkeit stellt § 13 Absatz 2 SGB XI (neu) klar, dass die Leistungen nach dem SGB V einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege unberührt bleiben. Dies korrespondiert mit der Regelung in § 34 Absatz 2 Satz 1 SGB XI (neu), dass der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 SGB XI entspricht. Diese Regelungen stellen entsprechend der Zielsetzung des Gesetzgebers sicher, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine Leistungsverschiebungen zwischen sozialer Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Die Streichung des § 37 Absatz 2 Satz 1, 2. Halbsatz ist sachgerecht (zur beabsich-

tigten, nicht konsistenten Regelung in § 15 Absatz 5 SGB XI siehe Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 7).

Die beabsichtigte Änderung in § 37 Absatz 2 Satz 6, wonach Satzungsleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht zulässig sind, bedeutet eine sachgerechte Anpassung an die neue Rechtslage mit 5 Pflegegraden.

Die Streichung des Auftrags in § 37 Absatz 6 Satz 2 an den G-BA, in seiner Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 2 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bestimmen, ist folgerichtig.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2015  
zum Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926  
Seite 165 von 180

## **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 5

### **§ 252 Absatz 2a Beitragszahlung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 252 Absatz 2a wird für den Abzug von Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld § 28g Satz 1 und 2 SGB IV für den Abzug von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen aus dem Arbeitsentgelt für anwendbar erklärt.

Damit wird entsprechend der Regelungen in § 176 Absatz 1 Satz 3 SGB VI für die Beiträge zur Rentenversicherung und in § 349 Absatz 4a und 5 SGB III für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung auch im Recht der Krankenversicherung klargestellt, dass der vom Leistungsbezieher zu tragende Beitragsanteil durch Abzug vom Pflegeunterstützungsgeld einbehalten und damit der Auszahlungsbetrag um diesen Beitragsanteil gekürzt werden kann.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene und bereits praktizierte Regelung wird aufgrund der damit erzielten Rechtsklarheit begrüßt. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 22 verwiesen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 1

### **§ 3 Sonstige Versicherte**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die im Recht der Pflegeversicherung vorgenommenen Änderungen hinsichtlich der sozialen Absicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (vgl. Artikel 2 Nummer 11 und Nummer 27) werden im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung (hier: Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI) nachvollzogen.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit Artikel 2 Nummer 11 (§ 19 SGB XI) und Nummer 27 (§ 44 SGB XI) vorgenommenen Neugestaltung der sozialen Absicherung der Pflegepersonen.

Wie in der Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 27 ausgeführt, wird vorgeschlagen, von einer 30-Prozent-Regelung für einen Mindestpflegeaufwand und addierten Mindestpflegeaufwand abzusehen.

Bei der Änderung unter Buchstabe b handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung in § 3 Satz 2 SGB VI.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 3 Satz 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:

„1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,“

## **Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

### **§ 5 Absatz 2 Versicherungsfreiheit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung wird die bisher geltende Geringfügigkeitsgrenze von 400 Euro im Monat für die beitragspflichtigen Einnahmen, bis zu der für eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson Versicherungsfreiheit besteht, aufgehoben.

#### **B) Stellungnahme**

Die Streichung der Geringfügigkeitsgrenze für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ist sachgerecht, denn mit den in § 19 Satz 2 SGB XI und § 44 Absatz 1 SGB XI festgelegten Voraussetzungen von zehn Stunden wöchentlich und zwei Tage in der Woche ist bereits sichergestellt, dass eine nur in geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit nicht zur Absicherung in der Rentenversicherung führt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3

### **§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beitragspflichtigen Einnahmen bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen werden in der Rentenversicherung zukünftig danach bemessen, welchem Pflegegrad die pflegebedürftige Person zugeordnet ist und welche Art von Leistung (Pflegesachleistung, Kombinationsleistung oder Pflegegeld) gewährt wird. Eine Differenzierung nach zeitlichem Pflegeaufwand erfolgt nicht mehr. Bei Mehrfach- und Additionspflege wird die beitragspflichtige Einnahme nach dem bisherigen Prinzip anteilmäßig berechnet bzw. aufgeteilt.

#### **B) Stellungnahme**

Bei der Staffelung der beitragspflichtigen Einnahmen nach den neuen Pflegegraden 2 bis 5 handelt sich um eine Folgeänderung zu den mit Artikel 2 Nummer 11 und Nummer 27 vorgenommenen Änderungen in der sozialen Absicherung der Pflegepersonen. Die weitere Differenzierung nach der Art der Pflegeleistung (und nicht mehr nach dem wöchentlichen Pflegeaufwand) ist sachlich begründet und trägt zudem zu einer Verwaltungsvereinfachung bei.

Durch die Einbeziehung der Additionspflegefälle (die Begründung spricht von „früheren“ Additionspflegefällen) in die Aufteilung nach § 166 Absatz 2 bedarf es des Absatzes 3, der in diesen Fällen noch einen konstanten Anteil der monatlichen Bezugsgröße als gesamte beitragspflichtige Einnahme vorsieht, nicht mehr.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

### **III. Ergänzender Änderungsbedarf**

#### **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

#### **§ 18 Absatz 3a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

##### **B) Stellungnahme**

Nach etwas mehr als zwei Jahren Erfahrung mit der Anwendung von § 18 Absatz 3a zeigt sich, dass die Anwendung dieser Regelung in der Verwaltungspraxis der Pflegekassen keine Relevanz entfaltet. Die Begutachtungszeiten der Medizinischen Dienste befinden sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in dem vom Gesetzgeber vorgesehenen zeitlichen Rahmen. Die Vorschrift sollte deshalb gestrichen werden.

##### **C) Änderungsvorschlag**

§ 18 Absatz 3a Nr. 2 wird gestrichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 23a (neu)

### **§ 46 Pflegekassen**

#### **A) Aktuelle Regelung**

Kranken- und Pflegekassen sind jeweils eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Pflegekassen wurden aber unter dem Dach der Krankenkassen errichtet. In diesem Zusammenhang ist es den Krankenkassen – in Folge der Rechtsprechung nach § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 – im Interesse der Verwaltungsvereinfachung ermöglicht worden, für die Mitglieder, die die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben (z. B. freiwillige Mitglieder), die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festzusetzen. Damit wird vermieden, dass zwei gesonderte 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 passivlegitimiert bleibt. In dem Bescheid muss darauf hingewiesen werden, dass der Bescheid über den Pflegeversicherungsbeitrag im Namen der Pflegekasse ergeht.

Die Krankenkassen haben die Regelungen des § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 zum Anlass genommen, auch im Vorverfahren gem. § 78 ff. 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.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelungen über den Erlass eines Widerspruchsbescheides sind ausschließlich den Vorschriften über das Vorverfahren nach § 78 ff. SGG (konkret: § 85 SGG) zu entnehmen. Diese kennen jedoch das Institut eines gemeinsamen Widerspruchsbescheides nicht. Für eine analoge Anwendung der Vorschriften aus dem SGB XI verbleibe nach Auffassung der Sozialgerichte kein Raum, weil das Vorverfahren ein eigenes abgegrenztes Verfahren darstelle.

Auch im Vorverfahren ist es jedoch 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 Regelun-

gen hinzuweisen, die für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags gelten (vgl.  
§ 28h Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB IV).

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 46 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„In den Fällen des Satzes 4 erlässt die Krankenkasse auch den Widerspruchsbescheid; Satz 5  
gilt entsprechend.“

b) Der bisherige Satz 6 wird Satz 7.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 74 Absatz 2 Kündigung von Versorgungsverträgen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es bedarf einer Klarstellung, dass Landesverbände der Pflegekassen auch dann den Versorgungsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 kündigen dürfen, wenn andere Kostenträger wie z. B. zur Hilfe zur Pflege nach §§ 61 SGB XII ein Fehlverhalten der Pflegeeinrichtung nachweisen.

#### **B) Stellungnahme**

Zur Problematik der Kündigungen von Versorgungsverträgen gemäß § 74 im Zusammenhang von Betrugsfällen bei Pflegediensten ist aus der Praxis heraus vorgetragen worden, dass es erhebliche Rechtsunsicherheiten bei der Anwendbarkeit des Absatzes 2 hinsichtlich des Begriffs des Kostenträgers gegeben hat, inwieweit Vertragsverstöße gegenüber dem Träger der Sozialhilfe gegen die Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII für ein Kündigungsverfahren nach § 74 herangezogen werden können bzw. ausreichend sind. (Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, nicht notwendig auch Anfangsverdacht auf Abrechnungsbetrug). Die Rechtsgrundlage lässt Interpretationsspielraum, ob die Träger der Sozialhilfe „Kostenträger“ im Sinne des § 74 Absatz 2 sind.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

Kostenträger im Sinne der Sätze 1 und 2 sind auch die zuständigen Träger der Sozialhilfe.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 84 Absatz 7 Bemessungsgrundsätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Beschränkung der Verpflichtung der Träger der stationären Einrichtung, die in Pflegesatzverhandlungen zugrunde gelegte tarifvertragliche oder kirchliche Arbeitsrechtsregelung an die Beschäftigten weiterzugeben, sollte auch auf den Bereich erweitert werden, bei denen zwar keine tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben bestehen, jedoch bei den Pflegesatzverhandlungen konkrete anderweitige Personalkostenvorgaben zugrunde gelegt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Der Gesetzgeber hat mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz den neuen Absatz 7 angefügt und damit bei Vorliegen einer Pflegesatzvereinbarung auf der Grundlage der Bezahlung Beschäftigter nach tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben den jeweiligen Träger der Einrichtung verpflichtet, die entsprechende Bezahlung einzuhalten (Satz 1). Damit soll ein angemessenes Verhältnis zwischen vereinbarter Pflegevergütung und den tatsächlichen Leistungen der Pflegeeinrichtung gewährleistet und sichergestellt werden, dass finanzielle Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten in der vereinbarten Höhe ankommen (vgl. BT-Drs. 18/2909 S. 44). Der Träger der Einrichtung ist auf Verlangen zum Nachweis verpflichtet (Satz 2); personenbezogene Daten sind zu anonymisieren (Satz 3); Näheres zum Nachweis ist in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 zu regeln (Satz 4). Durch die Verpflichtung zur Einhaltung tariflicher bzw. kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung und die Nachweisobliegenheit soll auch die Möglichkeit eröffnet werden, für den Fall der Nichteinhaltung eine Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung unabhängig vom Nachweis eines konkreten Qualitätsdefizits nach § 115 Absatz 3 herbeizuführen (BT-Drs. 18/2909 S. 44).

Das mit der gesetzlichen Regelung verfolgte Anliegen besteht ebenso, wenn zwar keine tarifvertraglichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vorgaben bestehen, aber bei den Pflegesatzverhandlungen konkrete Personalkosten zugrunde gelegt werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In § 84 Absatz 7 Satz 1 ist der Einschub „nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Vorrangige Berücksichtigung von bereits fachlich konsentierten Expertenstandards bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a.

#### **B) Stellungnahme**

Es wird angeregt, in Absatz 1 einen Passus aufzunehmen, der die Vertragsparteien zur vorrangigen Aktualisierung von bereits vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards verpflichtet. Trotz einer sinngemäßen Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 113 in der Verfahrensordnung nach § 113a Absatz 2 konnte die Aktualisierung wichtiger Expertenstandards (z. B. zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe, zum Schmerz- oder Ernährungsmanagement) bisher nicht konsentiert werden. Da die vorgenannten Expertenstandards wichtige Kernbereiche der Pflege aufgreifen, hierzu evidenzbasierte Erkenntnisse vorliegen und gerade zu diesen Themen Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege notwendig sind, sollten besonders diese Themen im Sinne des § 113a aufgegriffen und von den Vertragspartnern konsentiert werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz eingefügt:

„Hierbei sind vorrangig bereits fachlich konsentierte Expertenstandards zu berücksichtigen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Konkretisierung der Regelung zur Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 113, die Praxis bei der Einführung von Expertenstandards zu unterstützen.

#### **B) Stellungnahme**

Absatz 3 Satz 3 betrifft die Verpflichtung der Vertragsparteien, die Einführung von Expertenstandards in der Praxis zu unterstützen.

Es wird angeregt, die Regelungen dahingehend zu ändern, dass insbesondere die Verbände der Pflegeeinrichtungen einen Unterstützungsauftrag bei der Einführung und Umsetzung von Expertenstandards in der Pflege wahrzunehmen haben. Es entspricht gängiger Praxis, dass die bei Innovationen für erforderlich gehaltene Unterstützung (z. B. die Organisation oder Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen oder die bedarfsbezogene fachliche Beratung oder Begleitung der Praxiseinrichtungen vor Ort) insbesondere dezentral organisiert wird. Entsprechend ist eine Unterstützung bei der Umsetzung von Expertenstandards in erster Linie durch die Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundes- oder Landesebene realisierbar und keine Aufgabe, die durch die Leistungsträger durchgeführt werden kann.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Vertragsparteien“ wird durch die Wörter „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ ersetzt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 114 Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine sprachliche Präzisierung hinsichtlich des Begriffs „Ergebnisqualität“ angeregt.

#### **B) Stellungnahme**

In Absatz 2 Satz 3 wird in der Klammer erläuternd der Begriff „Ergebnisqualität“ verwendet. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen und auf Grundlage von Stichproben und Kriterien die Erhebung von Ergebnisqualität im Sinne eines „outcomes“ (z. B. neu aufgetretene Druckgeschwüre in den letzten sechs Monaten) prinzipiell schwierig ist, wird angeregt, den Begriff „Ergebnisqualität“ durch den Begriff „Versorgungsqualität“ im Sinne einer bewohner-/kundenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität zu ersetzen. Dieser Begriff trägt der tatsächlichen Prüfpraxis Rechnung, dass im Rahmen von Qualitätsprüfungen auf Grundlage einer Inaugenscheinnahme des körperlichen Gesundheitszustandes und die Qualität der pflegerischen Versorgung, z. B. bei der Körper-/Mundpflege oder der Zustand der Haut, begutachtet wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Satz 3 wird der Begriff „Ergebnisqualität“ durch den Begriff „Versorgungsqualität“ ersetzt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 114a Absatz 1 Satz 3 Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zukünftig müssen Anlassprüfungen wieder unangemeldet erfolgen können.

#### **B) Stellungnahme**

Fehlverhalten in der ambulanten Pflege ist nicht nur ein regionales, sondern ein bundesweites Phänomen. In allen Bundesländern werden von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI zunehmend Fälle ermittelt und geprüft, die ein auf Dauer angelegtes, planmäßiges und strukturiertes Vorgehen zum Nachteil der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erkennen lassen.

Deshalb ist problematisch, dass im Ergebnis der durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012 in Kraft getretenen Änderung des § 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI „Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen“ stets „am Tag zuvor anzukündigen“ sind. Demgegenüber sind Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 114a Absatz 1 Satz 2 „grundsätzlich unangemeldet durchzuführen“.

Der Gesetzgeber ist nach der Gesetzesbegründung offenkundig davon ausgegangen, dass bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten in der Praxis ohnehin vielfach eine Prüfanündigung am vorherigen Tag stattfindet, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der jährlichen Regelprüfung sicherzustellen. Die Pflegedienstleitung sei in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden und damit bei unangemeldeter Prüfung nicht erreichbar. Im Unterschied dazu sei in stationären Einrichtungen, in denen ggf. die Pflegedienstleitung auch in der Pflege eingebunden ist, diese zumindest immer vor Ort.

Im Ergebnis der durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz erfolgten Gesetzesänderung sind gem. § 114a Absatz 1 Satz 3 seither aber ausnahmslos alle Qualitätsprüfungen im Sinne des § 114a am Tag zuvor anzukündigen, nicht lediglich die jährliche Regelprüfung. Folglich sind nunmehr selbst Anlassprüfungen bereits am Tag zuvor anzukündigen.

Die vorherige Ankündigung einer Anlassprüfung läuft aber deren Sinn und Zweck geradezu entgegen. Anlassprüfungen müssen deshalb wieder unangemeldet erfolgen können, insbesondere wenn konkrete Hinweise auf Gewalt in der Pflege, schwere Fehler bei der Medikamentenversorgung, unkorrekte Abrechnung der erbrachten grundpflegerischen Leistungen

oder Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Sinne der §§ 197a Absatz 2 SGB V, 47a SGB XI vorliegen. Der wirksame Schutz der Pflegebedürftigen gebietet es, dass bei konkreten Anhaltspunkten für Qualitätsdefizite unverzüglich gehandelt werden kann.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 114a Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen können auch unangemeldet erfolgen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 114a Absatz 1 Satz 3a Durchführung von Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird der Verzicht auf die Textform bei der Einwilligung des Pflegebedürftigen in die Prüfung angeregt.

#### **B) Stellungnahme**

§ 114a Absatz 3a bestimmt, dass die Einwilligung in die Prüfung in Form einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe geeigneten Form vorliegen muss (Textform). Aus der Prüfpraxis ist bekannt, dass die in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen oder die zur Einwilligung Berechtigten in der Regel ihre Zustimmung geben. Allerdings ist die Wahrung der Textform oft nicht einhaltbar, da sich Pflegebedürftige trotz ihrem Einverständnis zur Prüfung nicht bereit erklären, ein entsprechendes Dokument zu unterzeichnen. Betreuern ist die Abgabe einer schriftliche Einwilligung aus praktischen Gründen (Nichtanwesenheit) kurzfristig oft nicht möglich.

Die zu prüfende Pflegeeinrichtung kann ungeachtet der Einwilligung des Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung mit dem Einwand des Fehlens der formwirksamen Einwilligung die Durchführung der Qualitätsprüfung erschweren, gegebenenfalls sogar vereiteln. Dies ist insbesondere in den Fällen, in denen es gerade auf die Einbeziehung des betreffenden Pflegebedürftigen in die Stichprobe, wie beispielsweise bei Anlassprüfungen ankommt, problematisch.

Daher wird eine gesetzliche Änderung angeregt, die eine praktikable und unbürokratische Regelung der Einwilligung in die Prüfung ermöglicht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 114a Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss die Person des Erklärenden benennen, durch den Prüfer schriftlich dokumentiert und durch seine Unterschrift bestätigt werden. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 115 Absatz 2 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen ein allgemeines Ermessen erhalten, ob bei festgestellten Mängeln in der Qualitätsprüfung ein Maßnahmenbescheid erlassen wird.

#### **B) Stellungnahme**

Seit der Einführung der Regelung des § 115 Absatz 1a über die Veröffentlichung der Transparenzberichte durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflege-WG) strengen Pflegeeinrichtungen erheblich mehr Verfahren gegen Maßnahmenbescheide an. Dabei werden zumeist die gleichen Einwände wie gegen den Transparenzbericht erhoben. Ein nicht unbeachtlicher Anteil dieser Verfahren führt zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Hinzu kommt, dass sich die Anzahl der Qualitätsprüfungen seit dem Pflege-WG erhöht hat. Daher ist der Aufwand für die Maßnahmenverfahren erheblich gestiegen.

Es wird die rechtliche Option für angezeigt gehalten, auch ohne den Erlass eines Maßnahmenbescheides ein Qualitätsprüfungsverfahren zum Abschluss bringen zu können. Begründend wird auf den Sinn und Zweck von § 115 und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verwiesen. Auch erfordert die Praktikabilität ein Entschließungsermessen.

In jenen Fällen, in denen der MDK bzw. der Prüfdienst der PKV keine besonders gravierenden Mängel oder gar Versichertengefährdung festgestellt hat, müssten auch andere Maßnahmen zur Verfügung stehen. Damit können Bürokratiekosten bei allen Beteiligten in den Fällen vermieden werden, in denen gute Qualität keinen Maßnahmenbescheid notwendig macht. Bei der Bestimmung der Maßnahmen sollte auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zurückgegriffen werden können.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In § 115 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „welche“ die Wörter „ob und“ und nach dem Wort „hierüber“ das Wort „gegebenenfalls“ eingefügt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit Maßnahmen bestimmt werden, gilt § 115 Absatz 1a 1. Halbsatz SGB XI entsprechend.“