

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0204(16.3)

gel. VB zur öAnhörung am 17.10.

2016_PSGIII

12.10.2016



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016

**zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Dritten Gesetzes
zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
Bundestags-Drucksache 18/9518**

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288-0

Fax 030 206288-88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	4
Änderungsantrag 2	4
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 7 Aufklärung, Auskunft	4
Änderungsantrag 6	8
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 43 Inhalt der Leistung	8
Änderungsantrag 7	9
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung	9
Änderungsantrag 14	10
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	10
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	10
Änderungsantrag 16	12
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	12
§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen	12
Änderungsantrag 17	13
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	13
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen	13
Änderungsantrag 18	15
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	15
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellungen	15
Änderungsantrag 19	18
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	18
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen	18
Änderungsantrag 20	19
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	19
§ 121 Bußgeldvorschrift	19
Änderungsantrag 22	20
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	20
§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel	20
Änderungsantrag 23	21

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	21
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	21
Änderungsantrag 24	23
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	23
Anlage 1 zu § 15	23
Änderungsantrag 25	24
Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	24
§ 37 Häusliche Krankenpflege	24
Änderungsantrag 26	26
Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	26
§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	26
Änderungsantrag 27	30
Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	30
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	30
Änderungsantrag 28	31
Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistikverordnung – PflegeStatV)	31
§ 2 Erhebungsmerkmale	31
Änderungsantrag 29	32
Artikel 17a (Änderung des Ergotherapeutengesetzes)	32
Änderungsantrag 30	32
Artikel 17b (Änderung des Hebammengesetzes)	32
Änderungsantrag 31	32
Artikel 17c (Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden)	32
Änderungsantrag 32	32
Artikel 17d (Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes)	32
Änderungsantrag 33	33
Artikel 17e (Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten) .	33

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a a)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die datenschutzrechtliche Vorgabe, dass die für die Aufklärung und Auskunft erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung dient der Entbürokratisierung. Die Regelung des § 94, wonach die Pflegekassen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen dürfen, soweit dies für die jeweilige Aufgabe der Pflegeversicherung (wie z. B. Aufklärung und Auskunft) erforderlich ist, stellt einen ausreichenden Datenschutz sicher.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 a b) aa)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen betreffen die Klarstellung der gesetzlichen Vorgaben zu den Vergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen im Internet über Leistungsangebote und Vergütungen. Die Leistungs- und Preisvergleichslisten sollen insbesondere Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung der Vorgaben zu den Leistungs- und Preisvergleichslisten um die Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers ist weder nachvollziehbar noch sachgerecht. In den Vergleichslisten sind Angaben sowohl zum Angebot als auch zum Anbieter zu erfassen. Diese Angaben umfassen Daten (z. B. Anschrift und Telefonnummer des Anbieters), die der Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem jeweiligen Angebot dienen. Dies sehen auch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zu der Datenübermittlung nach § 7 Abs. 4 SGB XI vor. Um welche erforderlichen Daten zur Person es sich darüber hinaus handeln soll, ist unklar. Angaben zur Person des Anbieters (z. B. Name des Geschäftsführers, oder einzelner Mitarbeiter) sind nicht sachgerecht und lassen keinen Mehrwert für die Versicherten oder die Leistungserbringer erkennen. Da alle zugelassenen Leistungserbringer in den Listen aufzunehmen sind, muss weder ein Anbieter einen Wettbewerbsnachteil befürchten, noch der Versicherte eine Beschränkung der Wahlmöglichkeiten wegen unvollständiger Leistungs- und Preisvergleichslisten in seinem Einzugsgebiet befürchten. Sofern es sich bei einzelnen Leistungsanbietern um Einzelpersonen handeln sollte, werden auch diese, sofern sie zugelassen bzw. anerkannt sind, in den Listen erfasst. Weitergehende Vorgaben als bisher sind nicht erforderlich.

Die Neufassung des Absatzes 3 Satz 1 ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung des Absatzes 3 Satz 1 ist zu streichen.

Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 a b) bb)

§ 7 Aufklärung, Auskunft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen verpflichtet werden, die Angaben in den Leistungs- und Preisvergleichslisten auch Dritten gegen einen Verwaltungskostenersatz zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nichtgewerblichen Zwecken nutzen wollen. Sofern es sich bei Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen handelt, erfolgt kein Verwaltungskostenersatz. Für die zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben durch Dritte erarbeiten die Landesverbände der Pflegekassen Nutzungsbedingungen.

B) Stellungnahme

Das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) und das Informationsweiterverwendungsgesetz (IWF) regeln bereits die Weitergabe und Verwendung von Informationen im Allgemeinen, sodass es keiner speziellen Regelung für diesen Bereich bedarf. Die entsprechenden Informationen werden zudem bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit allgemein zugänglich. Inwieweit darüber hinaus für die Versicherten ein Bedarf an weiteren Informationsplattformen besteht und ihnen vor allem ein mehr an Transparenz verschafft werden soll, ist kritisch zu betrachten. Eine Verbesserung der Transparenz durch weitere Informationsangebote mit veränderten Darstellungen und zusätzlichen Informationen wird nicht gesehen, vielmehr ist zu erwarten, dass die Unübersichtlichkeit für die Versicherten steigt und sich damit aus ihrer Sicht keine Verbesserung der Wahlmöglichkeit gesehen wird. Daher ist die vorgesehene Änderung zu streichen.

Sollte dennoch an der vorgesehenen Regelung festgehalten werden, sollte die Weitergabe der Daten ausschließlich auf öffentlich-rechtliche Stellen beschränkt werden. Der Änderungsantrag definiert nicht, wer als Dritte in Betracht kommt. Eine solche Definition wäre jedoch schon aus Gründen zur Verhinderung der Nutzung der Daten aus gewerblichen Gründen erforderlich. Eine solche gewerbliche Nutzung soll durch die vorgesehene Regelung ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang ist wiederum nicht nachvollziehbar, dass die Regelung auf die Stärkung des Wettbewerbs abzielt. Dabei bleibt unklar, welcher Wettbewerb gemeint ist. Die Beratung des Versicherten, und hierfür dienen die Leistungs- und Preisvergleichslisten, ist nur bedingt für den Wettbewerb geeignet. Mit der Weitergabe der Daten an

öffentlich-rechtliche Stellen wird gewährleistet, dass die Daten nicht zu gewerblichen Zwecken genutzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der vorgesehene Satz 6 ist zu streichen.

Alternativ ist Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 ausschließlich durch öffentlich-rechtliche Stellen.“

Änderungsantrag 6

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 43 Inhalt der Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Pflegekassen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung übernehmen, soweit der Leistungsbetrag die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt (sog. negativer Eigenanteil).

B) Stellungnahme

Die Neuregelung, die bereits der heutigen Praxis entspricht, schafft Rechtssicherheit und wird ausdrücklich befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 7

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen betreffen die Meldepflichten der privaten Versicherungsunternehmen zur Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung gegenüber dem Bundesversicherungsamt. Sie sollen der Verwaltungsvereinfachung dienen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen berühren nicht die gesetzlichen Pflegekassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 14

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass die Kosten, die für die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 6 im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards entstehen, nicht mehr als Verwaltungskosten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuzuordnen sind, sondern ebenfalls aus den Mitteln des Ausgleichsfonds beglichen werden.

B) Stellungnahme

Seit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes beschließen die Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b unter anderem über die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards. Der Qualitätsausschuss wird hierbei durch die Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt. Die Kosten für die Geschäftsstelle werden – wie auch die wissenschaftlichen Aufträge, die der Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 4 zu vergeben hat – aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4 finanziert. § 113a Absatz 4 regelt jedoch, dass die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards als Verwaltungskosten gelten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilig von den privaten Versichertenunternehmen zu tragen sind. Bei der Finanzierungszuordnung ist somit eine Klarstellung erforderlich. Die beabsichtigte Neuregelung greift jedoch nicht weitgehend genug. Da die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards – wie auch die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 – zu den Aufgaben des Qualitätsausschusses gehören, ist es fachlich geboten und sachlich konsequent, diese auch aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4 zu finanzieren. Diese Zuordnung folgt auch der bereits bestehenden Vorgabe zur Finanzierung der modellhaften Implementierung von Expertenstandards, die in der Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a Absatz 2 Satz 2 von den Vertragsparteien nach § 113 vereinbart und durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurde. Unter 5.5 der Verfahrensordnung ist geregelt: „Die modellhafte Implementierung wird aus Mitteln der Modellvorhaben zur Entwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige nach § 8 Abs. 3 SGB XI finanziert.“

C) Änderungsvorschlag

§ 113a Absatz 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Finanzierung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards erfolgt aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4“.

In Folge dessen wird § 8 Absatz 4 Satz 1 SGB XI wie folgt gefasst:

„Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sowie der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a sicherzustellen.“

Änderungsantrag 16

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt eine Änderung der Beteiligungsrechte der nach § 113c Absatz 2 bei der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens zu beteiligenden Organisationen dar. Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wird eine beratende Mitwirkung vorgesehen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit.

B) Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass auch bei der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in § 118 geregelt werden und dementsprechend ein Verweis in § 113c aufgenommen wird. Diese Beteiligungsrechte stellen konkret eine beratende Mitwirkung dar.

Nicht nachvollziehbar ist hingegen, dass die weiteren nach § 113c Absatz 2 zu beteiligenden Organisationen durch die Neuregelung ebenfalls beratend mitwirken sollen. Eine faktische Abgrenzung der Beteiligungsrechte – wie dies in § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Absatz 1a der Fall ist – ist hierdurch nicht gegeben.

C) Änderungsvorschlag

§ 113c Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind zu beteiligen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 beratend mit.“

Änderungsantrag 17

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen werden die Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen bei Qualitätsprüfungen konkretisiert. Die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, die Namen und Kontaktdaten der Pflegebedürftigen im Rahmen einer Qualitätsprüfung an die Prüfdienste weiterzuleiten.

Die Aufgaben der Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. werden dahingehend konkretisiert, dass diese die in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen wesentlichen Umstände aufklären und die erforderlichen Einwilligungen einholen.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierungen der Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtungen und der Aufgaben der Prüfdienste werden begrüßt. Sie tragen dazu bei, die Durchführung der Qualitätsprüfungen zu erleichtern.

Um zu gewährleisten, dass auch Personen in die Qualitätsprüfung einbezogen werden können, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, sind die Pflegeeinrichtungen zu verpflichten, die Namen und Kontaktdaten aller von ihnen versorgten Personen weiterzuleiten. Dementsprechend ist eine redaktionelle Änderung erforderlich. Konsequenterweise ist auch im weiteren Text des Absatzes der Begriff „Pflegebedürftiger“ durch „in die Prüfung einbezogene Person“ zu ersetzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 114a Absatz 3a ist wie folgt zu fassen:

„Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die in die Qualitätsprü-

fung einbezogenen Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 5 wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die in die Prüfung einbezogene Person in Textform erhält. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die in die Prüfung einbezogene Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der jeweiligen Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist. Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren.“

Änderungsantrag 18

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21b

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Zugang für Dritte für die nicht gewerbliche Nutzung der Daten geschaffen, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen. Dieser Zugang bezieht sich ausschließlich auf die zusammenfassenden, nicht personenbezogenen Daten. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet im Qualitätsausschuss bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Daher ist die vorgesehene Änderung zu streichen. Das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) und das Informationsweiterverwendungsgesetz (IWF) regeln bereits die Weitergabe und Verwendung von Informationen im Allgemeinen, sodass es keiner speziellen Regelung für diesen Bereich bedarf. Die entsprechenden Informationen werden zudem bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit allgemein zugänglich. Inwieweit darüber hinaus für die Versicherten ein Bedarf an weiteren Informationsplattformen besteht und ihnen vor allem ein mehr an Transparenz verschafft werden soll, ist kritisch zu betrachten. Eine Verbesserung der Transparenz durch weitere Informationsangebote mit veränderten Darstellungen und zusätzlichen Informationen wird nicht gesehen, vielmehr ist zu erwarten, dass die Unübersichtlichkeit für die Versicherten steigt und sich damit aus ihrer Sicht keine Verbesserung der Wahlmöglichkeit gesehen wird.

Sollte an der Regelung festgehalten werden, ist klarzustellen, dass die Daten nur öffentlich-rechtlichen Stellen zur Verfügung zu stellen sind. Nur bei diesen ist weitgehend sichergestellt, dass die Nutzung und Veröffentlichung der Daten neutral und nicht wettbewerbsverzerrend erfolgt. Zudem ist sicherzustellen, dass die von den Vertragsparteien festgelegten Nutzungsvereinbarungen für alle gleichermaßen gelten und die Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1a S. 2 lediglich die Bewertungskriterien und Bewertungssystematik zu umfassen hat. Damit soll verhindert werden, dass nutzungsberechtigte Dritte die Rohdaten der Qualitätsprüfung nach einem selbst gewählten System veröffentlichen können, wäh-

rend die Vertragsparteien sich durch die Qualitätsdarstellungsvereinbarung verpflichten, anhand einer vereinbarten Struktur zu veröffentlichen.

Des Weiteren ist gesetzlich zu regeln, dass die Übermittlung der Daten der Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen nur gegen einen Verwaltungskostenersatz analog der geplanten Regelung nach § 7 (Änderungsantrag Nr. 2) erfolgt.

Zudem wird aus dem geplanten Wortlaut nicht deutlich, wer die genannten Datennutzungsverträge abschließt, sondern es wird lediglich ein „zur Verfügung stellen“ genannt. Es re – um Missverständnisse zu vermeiden – eine eindeutige Formulierung zu wählen, die ausdrücklich bestimmt, wer Vertragspartei der Nutzungsvereinbarungen wird.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1c ist zu streichen.

Alternativ ist Absatz 1c wie folgt zu fassen:

„(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung mit Dritten Nutzungsvereinbarungen über die Zurverfügungstellung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen. Auf Antrag sind die Daten in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Antragsberechtigt sind ausschließlich öffentlich-rechtliche Stellen. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Dezember 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. Die Übermittlung der Daten von den Landesverbänden der Pflegekassen an Dritte erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum PSG III
Bundestags-Drucksache 18/9518
Seite 17 von 34

Zusätzlich ist der § 115 Absatz 1a Satz 4 wie folgt zu ändern:

„Die Vereinbarungen umfassen auch eine Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen).“

Änderungsantrag 19

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt eine Folgeänderung zur Änderung der Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bei der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 113c dar.

B) Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass im Rahmen von § 118 auch die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bei der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 113c geregelt werden. Die Formulierung „Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c“, auf die sich die Beteiligung beziehen soll, ist jedoch unzutreffend. In § 113c sind weder „Vereinbarungen“ noch „Beschlüsse“ vorgesehen. Die in § 113c geregelten Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 beziehen sich im Wesentlichen auf wissenschaftliche Aufträge zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens.

C) Änderungsvorschlag

In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „sowie der“ die Wörter „Aufgaben nach § 113c und der“ eingefügt.

Änderungsantrag 20

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 121 Bußgeldvorschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen betreffen die Auskunftspflicht der nach § 51 Abs. 1 und 2 Meldepflichtigen, insbesondere die privaten Versicherungsunternehmen, bei der Durchführung von Ordnungswidrigkeitenverfahren. Sie sollen der Verwaltungsvereinfachung dienen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen berühren nicht die gesetzlichen Pflegekassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 22

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung finden sinngemäß die Anlagerichtlinien der Sondervermögen des Bundes Anwendung. Aufgrund von Änderungen dieser Anlagerichtlinien, u. a. ihrer Umbenennung, ergibt sich redaktioneller Änderungsbedarf.

B) Stellungnahme

Die rein redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 23

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nr. 1 Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass es sich bei dem von der Pflegekasse zu zahlenden Zuschlag um einen einmalig monatlich berechneten Betrag, der jeden Monat in gleicher Höhe auszuführen ist.

Zu Nr. 1 Buchstabe c

Es wird ein Besitzstandsschutz für die Pflegebedürftigen geregelt, die nach der Überleitung in eine neue vollstationäre Pflegeeinrichtung ziehen, die erst nach dem 01.01.2017 eine Überleitungsvereinbarung abgeschlossen hat. In diesem Fall bleibt es bei dem aufgrund der Überleitung von Amts wegen ermittelten monatlichen Zuschlag.

Zu Nr. 2

In Abs. 8 wird ein Bestandsschutz für die Pflegebedürftigen geregelt, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen getroffen haben. Diese haben Anspruch auf Erstattung der Kosten der pflegebedingten Aufwendungen, begrenzt auf 80 % des Betrages, der Ihnen aufgrund Ihres Pflegegrades zustünden. Ist der Ihnen zustehende Leistungsbetrag ab dem 01.01.2017 niedriger als am 31.12.2016 bleibt Ihnen der höhere Anspruch erhalten.

B) Stellungnahme

Zu Nr. 1 Buchstabe b

Die Regelung dient der Rechtssicherheit und wird deshalb befürwortet.

Zu Nr. 1 Buchstabe c

Es wird eine Regelungslücke geschlossen für Pflegebedürftige, die nach der Überleitung in eine neue Pflegeeinrichtung umziehen. Die Neuregelung verschafft Rechtssicherheit für die Versicherten und die Pflegekassen, ohne dabei falsche Anreize zu schaffen.

Zu Nr. 2

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 24

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

Anlage 1 zu § 15

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung in der Tabelle, die die Bildung der Einzelpunkte zur Ermittlung des Pflegegrads darstellt, wird klargestellt, dass bei der Berechnung der Einzelpunkte für die unter 5.8 bis 5.11 zu erfassenden Maßnahmen im Ergebnis erst 3 Punkte zu vergeben sind, wenn das mathematische Ergebnis der Häufigkeit pro Tag mindestens den Wert 3,0 ergibt. Bei einem möglichen durchschnittlichen Wert zwischen 2,0 und 3,0 Mal täglich sind im Ergebnis 2 Einzelpunkte zu vergeben.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht bereits der heutigen Auslegung durch die Pflegekassen, da bereits nach der heutigen Regelung Voraussetzung für „3 Einzelpunkte“ ist, dass die Maßnahmen mindestens „dreimal täglich“ durchgeführt werden. Aus Gründen der Rechtsklarheit wird die Neuregelung befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 25

Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37 Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Versicherte in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI (vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen), deren Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, soll geregelt werden, dass ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der sog. Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V besteht.

B) Stellungnahme

Nach § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XI u.a. zur Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege 10 v.H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, maximal 266 EUR monatlich. Für die Frage, ob Versicherte in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen vor diesem Hintergrund einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege haben, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zu beurteilen, welche behandlungspflegerischen Maßnahmen die Einrichtung schuldet, weil ohne sie die Eingliederungsaufgabe im Hinblick auf die Zielgruppe der Einrichtung nicht erreicht werden kann. Dabei hat das BSG festgestellt, dass die Einrichtungen sogenannte einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege generell und nicht einfachste Maßnahmen nach Einzelfallprüfung in Abhängigkeit von den vertraglichen Regelungen, der Leistungsbeschreibung, der Ausrichtung des Aufgabenprofils der Einrichtung auf besondere Zielgruppen sowie der sächlichen und personellen Ausstattung als eigene Aufgaben zu erbringen haben.

Ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag soll mit der geplanten Regelung bestimmt werden, dass für Versicherte mit besonderem Bedarf an Behandlungspflege, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, unabhängig von einer grundsätzlich durchzuführenden Einzelfallprüfung ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in den genannten Einrichtungen besteht. Damit werden für diesen Personenkreis, der regelmäßig eine „Eins-zu-Eins“ Versorgung erfordert, aufwändige Einzelfallprüfungen vermieden. Auch wenn damit die sowohl aus der Perspektive der Be-

troffenen als auch der Einrichtungen zielführende Grundsystematik durchbrochen wird, dass eine einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer erfolgen und die Leistungen nicht in mehrere Bestandteile mit unterschiedlicher Kostenträgerzuständigkeit aufgesplittet werden sollten, kann dies für den hier eng umgrenzten Personenkreis nachvollzogen werden.

Die beabsichtigte Klarstellung und die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Krankenbehandlung sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe insgesamt bedürfen jedoch weitergehender Regelungen im SGB XII, um die Leistungserbringung so weit wie möglich aus einer Hand sicherzustellen und Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden. Hierzu sollte in § 55 SGB XII klargestellt werden, dass die dortige Regelung, wonach die Leistungen der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen umfassen, grundsätzlich auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege einschließt. Korrespondierend mit der beabsichtigten Regelung in § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V n.F. sollte jedoch klargestellt werden, dass abweichend von diesem Grundsatz die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht umfasst sind, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

C) Änderungsvorschläge

In § 55 Satz 1 SGB XII werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ eingefügt und der Punkt am Satzende in ein Semikolon geändert. Nach dem Semikolon wird der Text „nicht umfasst sind Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“ eingefügt.

Änderungsantrag 26

Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege abzugeben, soll um Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Versorgungsbedarf (erforderliche ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegekraft aufgrund einer Bedrohung ihrer Vitalfunktionen) ergänzt werden. Der aktuelle gesetzliche Auftrag, Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung zu regeln, soll gestrichen werden. Darüber hinaus sollen die Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen erhöht und ein Konfliktlösungsmechanismus in Form einer Schiedsstelle vorgesehen werden. Über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen hinaus soll in Bezug auf die Grundlagen für den Abschluss von Einzelverträgen die Regelung ergänzt werden, dass Verträge nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

B) Stellungnahme

Die Streichung des aktuellen gesetzlichen Auftrags der Rahmenempfehlungspartner, Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung zu regeln, ist sachgerecht. In der Begründung zum Änderungsantrag wird insoweit zutreffend darauf hingewiesen, dass die Festlegung und Abgrenzung der Leistungsinhalte in der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie des G-BA geregelt sind. Da die Richtlinie bei der Abgabe der Rahmenempfehlung zu berücksichtigen sei, werde dieser obligatorische Regelungsinhalt der Rahmenempfehlung gestrichen. Ungeachtet dieser Darlegungen bedarf es zur Vermeidung von weiterhin unterschiedlichen Rechtsinterpretationen, insbesondere vor dem Hintergrund der Ausführungen in der Begründung zum Änderungsantrag, den Rahmenempfehlungspartnern bliebe es unbenommen, insoweit ergänzende Empfehlungen abzugeben, einer eindeutigen gesetzlichen Klarstellung, dass die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie auch für die Leistungserbringer verbindlich ist. Die in § 91 Abs. 6 SGB V geregelte Verbindlichkeit der Richtlinie auch für die Leistungserbringer wird von Seiten der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste in den Verhandlungen zur Bundesrahmenempfehlung in Frage gestellt. Zu der fehlerhaften Rechtsinter-

pretation trägt bei, dass der Gesetzeswortlaut des § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Rahmenempfehlungspartner nur zur „Berücksichtigung“, nicht aber zur „Beachtung der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie verpflichtet.

Die vorgesehene Erweiterung des Regelungsinhalts der Bundesrahmenempfehlung um die intensivpflegerische Versorgung wird begrüßt. In diesem Zusammenhang sollte die Formulierung „einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion“ ersetzt werden durch „einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktionen“. Insoweit und hinsichtlich der weiteren geplanten Änderungen in Bezug auf die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V n.F. wird auf die Stellungnahme zum Gesetzentwurf verwiesen. Die darin vorgeschlagenen Änderungsvorschläge sollten auch in die Regelungen des § 132a Abs. 4 SGB V in Form des Änderungsantrages einfließen.

Die vorgesehene Schiedsstellenregelung ist vergleichbaren Regelungen im Bereich der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung bzw. der Versorgung mit Hebammenhilfe nachgebildet und grundsätzlich nachvollziehbar, wenngleich zu berücksichtigen bleibt, dass für den Bereich der häuslichen Krankenpflege kein Rahmenvertrag, sondern lediglich Rahmenempfehlungen auf Bundesebene vorgesehen sind, die in den Verträgen über die häusliche Krankenpflege zugrunde zu legen sind. In der Begründung zum Änderungsantrag wird u.a. auf die Heterogenität der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene hingewiesen. Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass im Begründungstext in Bezug auf die Bildung der Schiedsstelle Ausführungen zur Beurteilung der Maßgeblichkeit der die Interessen von Pflegediensten vertretenden Organisationen auf Bundesebene enthalten sind. Ausführungen in der Gesetzesbegründung allein sind jedoch nicht geeignet, um Leistungserbringer ggf. wegen fehlender Maßgeblichkeit rechtssicher von der Bildung der Schiedsstelle bzw. den Beratungen über die Rahmenempfehlung auszuschließen. Hierzu bedarf es einer eindeutigen gesetzlichen Regelung.

In der Stellungnahme des Bundesrates zum PSG III (Drucksache 410/16, Seite 69) wird die Zielsetzung zum Ausdruck gebracht, die rechtlichen und formalen Voraussetzungen zur Gründung eines Pflegedienstes deutlich zu erhöhen und die Qualifizierung des eingesetzten Personals leichter überprüfbar zu machen. Es gelte zu verhindern, dass im Falle einer Kündigung des Versorgungsvertrages oder eines Strafverfahrens der bestehende Pflegedienst aufgelöst und ein neuer Dienst mit gleicher Zielstellung und Methode gegründet wird. Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen. Vor diesem Hintergrund wird die beabsichtigte gesetzliche

Klarstellung begrüßt, dass Verträge nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung sollte insoweit die Gewähr für eine zuverlässige, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung gefordert werden. Darüber hinaus sollte ergänzt werden, dass die Leistungserbringer verpflichtet sind, entsprechende Nachweise vorzulegen (z.B. Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei entsprechenden Behörden, SCHUFA-Auskunft, polizeiliche Führungszeugnisse für den Inhaber, die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertreter). Die Grundsätze zu diesen Nachweispflichten sollten die Partner der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V regeln.

Darüber hinaus sollte den Krankenkassen oder den Landesverbänden der Krankenkassen vergleichbar den Regelungen nach § 79 SGB XI die Möglichkeit eingeräumt werden, selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen zu lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Leistungserbringer fehlerhaft abrechnet. Wie im Bereich der Pflegeversicherung dienen die Prüfungen sowohl den Schutzinteressen der versorgten Versicherten als auch der Solidargemeinschaft der Versicherten insgesamt (vgl. Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu Nr. 17 des Gesetzentwurfes). Diese Regelung ergänzt die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes (MDK) nach § 114 SGB XI bzw. § 275b SGB V n.F. und trägt zu einem zielgerichteten Ressourceneinsatz auf Seiten der MDK und Krankenkassen bei.

C) Änderungsvorschläge

In § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird das Wort „Berücksichtigung“ durch das Wort „Beachtung“ ersetzt.

§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst:

„1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und vorzulegenden Nachweise für eine zuverlässige, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung,“

In § 132a Abs. 3 SGB V n.F. wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt:

„als maßgeblich ist eine Spitzenorganisation dann anzusehen, wenn sie im Zeitpunkt des Amtsbegins der Schiedsstelle die Voraussetzungen des § 1 der Patientenbeteiligungsver-

ordnung in entsprechender Anwendung erfüllt und darüber hinaus entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung oder eines Anteils von 5 Prozent der Pflegedienste vertritt.“

Nach § 132a Abs. 4 SGB V n.F. wird folgender Absatz 5 ergänzt:

„(5) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Leistungserbringer fehlerhaft abrechnet. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse, den Landesverbänden der Krankenkassen oder dem bestellten Sachverständigen die für die Abrechnungsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 114 des Elften Buches und nach § 275b bleiben unberührt.“

Änderungsantrag 27

Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Änderungen in § 275b SGB V n.F. aufgrund der im Änderungsantrag Nr. 26 vorgeschlagenen Neustrukturierung in § 132a SGB V soll geregelt werden, dass der MDK Räume, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, ohne deren Einwilligung nur betreten darf, soweit dies zur Verhütung „dringender“ Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist. Im Gesetzentwurf wird insoweit auf „drohende“ Gefahren abgestellt.

B) Stellungnahme

In der Begründung zum Änderungsantrag wird darauf hingewiesen, dass Artikel 13 Absatz 7 des Grundgesetzes (GG) Eingriffe und Beschränkungen aufgrund eines Gesetzes nur zur Verhütung einer „dringenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung gestattet. Zur Klarstellung sei deshalb die in der derzeitigen Fassung des Gesetzentwurfs enthaltene Formulierung „drohende“ Gefahr an den Gefahrenbegriff in Artikel 13 Absatz 7 GG anzugleichen. Dies kann nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 28

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistikverordnung – PflegeStatV)

Nr. 1

§ 2 Erhebungsmerkmale

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung in § 2 Absatz 2 Nummer 2 der Pflegestatistikverordnung soll die vollständige Erfassung der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 sichergestellt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung bedarf einer Klarstellung und Konkretisierung. Durch die redaktionelle Streichung der Beschränkung der Verordnungsermächtigung auf „betreute“ Pflegebedürftige im § 109 SGB XI sollen in den Pflegestatistiken alle Pflegebedürftige, auch die des Pflegegrade 1, unabhängig davon, ob sie Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht, erfasst werden. Durch den jetzigen Änderungsantrag besteht jedoch die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI nicht für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI nehmen, sondern z. B. für Tages- und Nachtpflege, nicht erfasst werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach § 37 oder § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die einen Anspruch des Entlastungsbetrages nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben,“ ersetzt.

Änderungsantrag 29

Artikel 17a (Änderung des Ergotherapeutengesetzes)

Änderungsantrag 30

Artikel 17b (Änderung des Hebammengesetzes)

Änderungsantrag 31

Artikel 17c (Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden)

Änderungsantrag 32

Artikel 17d (Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungsanträge sehen eine Verlängerung der in den einzelnen Gesundheitsfachberufen vorgesehenen Modellvorhaben zur Erprobung akademischer Ausbildungsformen an Hochschulen bis zum Jahr 2022 sowie eine Berichterstattung über deren Ergebnisse zu gegebener Zeit durch das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag vor. In diesem Zusammenhang werden die Vorgaben an die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben auch um Aspekte der Nachhaltigkeit von Modellvorhaben, zum dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, zu den Kostenfolgen im Gesundheitswesen und zu den Folgen eines Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss erweitert. Ferner enthalten die Anträge Regelungen und Vorgaben für eine modularisierte und kompetenzorientierte Prüfung.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt die Ansicht, dass akademische Ausbildungsformen in den einzelnen Gesundheitsfachberufe eingehend erprobt werden müssen. Die Modellvorhaben haben bisher noch keine überzeugenden Erkenntnisse geliefert, ob die bewährte fachschulische Ausbildung ganz oder teilweise zugunsten einer dauer- und/oder regelhaften Akademisierung ersetzt werden sollte. Ausdrücklich unterstützt wird daher auch das Anliegen, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung die langfristigen Auswirkungen, insbesondere zum Mehrwert akademischer Qualifikationen im Hinblick auf die Patientenversorgung sowie zu den finanziellen Folgen für das Gesundheitswesen, stärker in den Blick zu nehmen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 33

Artikel 17e (Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag zielt darauf ab, die Ausbildungsinhalte für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten um den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten im Bereich der Osteopathie zu erweitern. Hierzu werden die krankengymnastischen Behandlungstechniken gemäß Rahmenlehrplan in einem Umfang von 60 Unterrichtsstunden um osteopathische Behandlungstechniken ergänzt. Im Gegenzug dazu wird die Vermittlung von Kenntnissen in einzelnen physikalischen Therapieformen bzw. die frei zur Verfügung stehende Stunden in entsprechendem Umfang reduziert.

Die Änderung dient dazu, die Osteopathie, welche nicht zum Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, aber teils als freiwillige Satzungsleistung von den Krankenkassen erstattet wird, ausdrücklich zum Gegenstand der Physiotherapieausbildung zu machen. Anlass ist ein Urteil des OLG Düsseldorf, welches festgestellt hat, dass der Beruf des Physiotherapeuten nicht ausreichend sei, um osteopathische Behandlungstechniken durchführen zu dürfen, auch wenn diese auf ärztliche Veranlassung erfolgt, u. a. weil die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung die Osteopathie nicht umfasse.

B) Stellungnahme

Es erscheint zunächst zweifelhaft, ob die Erweiterung der Physiotherapieausbildung um Osteopathie im Umfang von 60 Stunden tatsächlich zu einer angemessenen Qualifizierung der Therapeutinnen und Therapeuten führt. Das Curriculum der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie (BAO) sieht für die Osteopathieausbildung ein deutlich umfangreicheres Pensum von 1350 Stunden vor.

Das Ziel, dass osteopathische Behandlungen auch durch Physiotherapeuten angeboten und abgegeben werden dürfen, wird unter Berücksichtigung der Urteilsgründe des OLG Düsseldorf auch weiterhin nicht erreicht. Nach Ansicht der OLG-Richter handelt es sich bei Osteopathie um ein eigenständiges alternatives Konzept zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten, von dem eine mittelbare oder unmittelbare Gesundheitsgefährdung ausgeht, was zwingend eine Heilpraktikererlaubnis gemäß § 1 HeilPrG auf dem Gebiet der Osteopathie erfordert. Diese Voraussetzungen werden durch die vorgeschlagene Änderung nicht erfüllt.

Kritisch ist ferner zu bewerten, dass die Berufsausbildung kurzerhand um eine komplett neue Qualifikation „Osteopathie“ erweitert werden soll, während eine Vielzahl von GKV-Regelleistungen der Heilmittel-Richtlinie wie bspw. Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie und gerätegestützte Krankengymnastik noch immer nicht hinreichend in der Ausbildung vermittelt werden. Solche „besonderen Maßnahmen der Physiotherapie“ machen mittlerweile knapp 40 Prozent der zu Lasten der GKV verordneten physiotherapeutischen Leistungen aus. Um diese abgeben und abrechnen zu dürfen, bedarf es aktuell sehr zeit- und kostenaufwändiger Weiterbildungen, die im Anschluss an die Berufsausbildung erst noch zusätzlich erworben werden müssen. Der GKV-Spitzenverband hat in seinem Positionspapier zur Verbesserung der Heilmittelversorgung gefordert, die Inhalte der derzeitigen Zertifikatsleistungen fest in die Berufsausbildung zu integrieren.

Aus Patienten- und Gemeinwohlsicht führt die jetzt vorgeschlagene Aufnahme der Osteopathie jedoch dazu, dass sich die Berufsausbildung des Physiotherapeuten und der Leistungskatalog der GKV noch weiter auseinander entwickeln.

C) Änderungsvorschlag

Vor einer Aufnahme der Osteopathie als komplett neue Qualifikation in die Physiotherapieausbildung sollte unbedingt erwogen werden, die sog. Zertifikatsleistungen gemäß der Heilmittel-Richtlinie, wie bspw. Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie und gerätegestützte Krankengymnastik in das physiotherapeutische Ausbildungscurriculum zu integrieren.