

---

Stellungnahme  
des BKK Dachverbandes e.V.

---

vom 28. September 2015

zum

Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zur  
Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften  
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

BT-Drs. 18/5926

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Detailkommentierung.....</b>	<b>7</b>
Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	7
Nr. 3.....	7
§ 7 (Aufklärung und Auskunft) .....	7
Nr. 5.....	12
§ 7b (Beratungsgutscheine) .....	12
Nr. 13.....	14
§ 18 Abs. 6a –neu- (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit).....	14
Nr. 18.....	15
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen) .....	15
Nr. 19.....	16
§ 38 Satz 4 (Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung))	16
Nr. 20.....	17
§ 39 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) .....	17
Nr. 21.....	19
§ 42 (Kurzzeitpflege).....	19
Nr. 32.....	20
§ 113 Absatz 1 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität) .....	20
Nr. 34.....	22
§ 113b (Qualitätsausschuss).....	22
Artikel 2 – Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	28
Nr. 30.....	28
§ 46 Abs. 3 (Pflegekassen).....	28
Nr. 39.....	29
§ 87b (Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) .....	29
Nr. 50.....	30
§ 141 Abs. 3 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen .....	30
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren .....	31

<b>III. Weiterer Änderungsbedarf .....</b>	<b>32</b>
SGB XI .....	32
§ 18 Abs. 3a (Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit) .....	32
§ 74 Abs. 2 (Kündigung von Versorgungsverträgen).....	33
RSAV .....	34
§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV .....	34
§ 39 Abs. 3 RSAV.....	36

## **I. Vorbemerkung**

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz soll die gesetzliche Pflegeversicherung an die steigende Anzahl pflegedürftiger Menschen insbesondere mit demenziellen Erkrankungen sowie an pflegfachliche Entwicklungen angepasst werden. Gleichzeitig soll mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sichergestellt werden, dass körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der davon abhängigen Höhe des Leistungsanspruchs zukünftig gleichermaßen berücksichtigt werden. Diese wesentlichen Zielsetzungen des Gesetzes begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich.

Bei der Überarbeitung des Leistungsrechts orientiert sich der Gesetzentwurf eng an den Empfehlungen des Expertenbeirats zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 27. Juni 2013. Damit erhalten alle Pflegebedürftigen zukünftig noch passgenauere, auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittene Leistungen. Auch dies begrüßen die Betriebskrankenkassen. Positiv zu bewerten ist darüber hinaus, dass die Präventions- und Rehabilitationsbedarfe bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) stärker als bisher Berücksichtigung finden und die Information und Beratung der Pflegebedürftigen sowie ihrer pflegenden Angehörigen verbindlicher geregelt werden sollen.

Folgende Punkte sollten jedoch bei den weiteren Überlegungen des Gesetzgebers besonders berücksichtigt werden:

### **Qualitätsausschuss**

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege erfolgt derzeit durch das sogenannte Plenum der Vertragspartner nach § 113 SGB XI, das Entscheidungen über einstimmige Vereinbarungen treffen muss. Diese Einstimmigkeit eröffnet einzelnen Verbänden eine Blockademöglichkeit und führt dadurch zu langwierigen Entscheidungsverfahren. Der Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI verlängert dieses Verfahren nochmals unverhältnismäßig. Vor diesem Hintergrund sind die Regelungen zur Einführung eines Qualitätsausschusses und damit ein durch den Gesetzgeber institutionalisiertes Gremium grundsätzlich zu begrüßen. Die konkrete Ausgestaltung lehnen die Betriebskrankenkassen aber in wesentlichen Teilen ausdrücklich ab. Insbesondere betrifft dies die Bildung des erweiterten Qualitätsausschusses mit der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden durch das Bundesministerium für Gesundheit. Dies führt zu einem massiven Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Pflegeversicherung und einer unnötigen Staatsnähe des Gremiums.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher einen anderen Aufbau des Qualitätsausschusses vor. Auch der Konfliktlösungsmechanismus kann deutlich straffer und effizienter ausgestaltet werden, indem in Anlehnung an den erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V

unparteiische Mitglieder Entscheidungsblockaden direkt und zeitnah verhindern. Die qualifizierte Geschäftsstelle sollte neben den vom Qualitätsausschuss beauftragten Aufgaben auch die administrative Organisation des Qualitätsausschusses übernehmen. Da der Qualitätsausschuss im Gesetzentwurf zeitlich nicht limitiert ist, sollte auch die Geschäftsstelle keiner zeitlichen Begrenzung unterliegen.

Ein umfassender Änderungsvorschlag findet sich in der Detailkommentierung zu § 113b.

### **Pflegeberatung**

Die Betriebskassen begrüßen grundsätzlich die Regelungen im Gesetzentwurf, die qualifizierte Pflegeberatung stärker zu betonen und die zugrundeliegenden Vorschriften neu zu strukturieren. Die klare Trennung zwischen den Aufgaben der „Aufklärung und Auskunft“ und der „Pflegeberatung“ und die damit einhergehende generelle Abgrenzung bzw. Einengung des Beratungsanspruchs der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gegen die Pflegekasse insgesamt sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch nicht zielführend. Da in der Praxis der Beratungssituation nicht immer klar zwischen den verschiedenen Aufgaben getrennt werden kann, wird durch den Gesetzentwurf letztlich das grundlegende Ziel des Gesetzgebers konterkariert, die Pflegeberatung insgesamt zu stärken und dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen einen langfristig festen Ansprechpartner zur Seite zu stellen. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, auch den Mitarbeitern der Pflegekassen – wie bestehend und bewährt – ein Beratungsrecht i.S.d § 14 SGB I in § 7 zu belassen. Dieses wird ergänzt durch die Verpflichtung der Pflegekasse, auf die qualifizierte Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

### **Bestandsschutz nach Überleitung in einen Pflegegrad bei neuer Begutachtung**

Die Regelung, wonach Pflegebedürftige, die nach der Überleitung in einen Pflegegrad dennoch eine neue Begutachtung durch den MDK durchführen lassen, aber eine schlechtere Einstufung nicht gegen sich gelten lassen müssen, scheint vor dem Hintergrund des gewollten Bestandsschutzes sachgerecht. Die Betriebskrankenkassen weisen jedoch darauf hin, dass das ursprüngliche Ziel, den MDK zu entlasten, durch eine übermäßige Inanspruchnahme von Neubegutachtungen konterkariert werden könnte. Zwar ist durch die großzügigen Überleitungsregelungen gewährleistet, dass die allermeisten Pflegebedürftigen nach einer Begutachtung höhere Leistungen erhalten als vorher. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass viele Pflegebedürftige – insbesondere auch aufgrund der Überleitungsregelungen für Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt wurde - dennoch diese Einstufung überprüfen lassen wollen. Im Jahr 2016 könnten daher eine Vielzahl von Anträgen bei bereits festgestellter Pflegebedürftigkeit ausschließlich mit dem Ziel der Feststellung eines erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gestellt werden.

## **Verfahren zu Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Antragsverfahren zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung vereinfacht werden sollen. Abzulehnen ist in diesem Zusammenhang aber die Regelung eines generellen Verzichts auf die fachliche Prüfung der Kranken- und Pflegekasse hinsichtlich der Erforderlichkeit des Hilfsmittels nach § 33 Abs. 1 SGB V und Notwendigkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI. Vielmehr ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises (Pflegestufe 1 im Vergleich zur Pflegestufe 0 nach bisheriger Rechtslage) angezeigt, den Kranken- und Pflegekassen weiterhin ein umfassendes Prüfrecht hinsichtlich der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung zu belassen.

## **Bereitstellung von Leistungs- und Preisvergleichslisten**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Neuregelung zur Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten von Angeboten der niedrigschwelligen Betreuung und Entlastung zum 01.01.2016 in Kraft tritt. Auch wenn die Verbände der Pflegekassen bereits mit der Umsetzung dieser Regelung begonnen haben, wird aufgrund umfangreicher Vorarbeiten und der Abstimmung mit den Vereinbarungspartnern eine Veröffentlichung der Informationen zum 01.01.2016 nicht realisierbar sein. Der BKK Dachverband plädiert daher dafür, die Umsetzung auf den 01.07.2016 zu verschieben.

## **Verwaltungskostenpauschale**

Der BKK Dachverband lehnt die Absenkung des Faktors der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale ausdrücklich ab. Der derzeitige konstante Faktor reicht gerade aus, um die steigenden Verwaltungskosten, die durch die steigende Anzahl der Pflegebedürftigen und der durch das PSG II erweiterten Aufgaben und Beratungsleistungen der Kassen entstehen, gegenzufinanzieren. Die Absenkung des Faktors würde zu einer gesetzlich nicht vorgesehenen Querfinanzierung der Verwaltungskosten der Pflegekassen durch die Krankenkassen führen.

Weitere Hinweise und konkrete Änderungsvorschläge finden sich auf den folgenden Seiten.

## II. Detailkommentierung

### Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nr. 3

#### § 7 (Aufklärung und Auskunft)

§ 7 wird wie folgt geändert:

- a) *In der Überschrift wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.*
- b) *In Absatz 1 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.*
- c) *Absatz 2 wird wie folgt geändert:*
  - aa) *In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „zu unterrichten, zu beraten“ durch die Wörter „zu informieren“ ersetzt.*
  - bb) *In Satz 3 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt.*
  - cc) *Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:*

*„Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.“*
- d) *Absatz 3 wird wie folgt gefasst:*

*„(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste), unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b*

*veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.“*

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

*„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa)

In § 7 ist klarzustellen, dass eine Beratung i.S.d § 14 SGB I auch ohne besonders qualifizierte Pflegeberater nach § 7a erfolgen kann, wenn kein umfangreicher Beratungsbedarf besteht, der eine Pflegeberatung i.S.d. § 7a erfordern würde.

bb)

§ 7 Abs. 3 S. 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

*„Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und den Kosten nach bundesweit einheitlichen Kriterien ermöglicht.“*

cc)

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 7 Abs. 3 sollte vom 1. Januar 2016 auf den 1. Juli 2016 verschoben werden.



## **b) Begründung**

zu aa)

Es ist die Intention des Gesetzgebers, für eine umfassende Information und Beratung des Versicherten aus einer Hand im Kontext etwaiger Pflegebedarfe und Leistungen der Pflegeversicherung zu sorgen. Der hier zu verzeichnende steigende Bedarf fordert außerdem eine stärkere Vernetzung etwaiger Beratungsangebot der Kranken- und Pflegekassen. Vor diesem Hintergrund sind die stärkere Betonung der qualifizierten Pflegeberatung und die Neustrukturierung der zugrundeliegenden Vorschriften grundsätzlich zu begrüßen.

Die klare Trennung zwischen den Aufgaben der „Aufklärung und Auskunft“ und der „Pflegeberatung“ und die damit einhergehende generelle Abgrenzung bzw. Einengung des Beratungsanspruchs der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gegen die Pflegekasse insgesamt sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch nicht zielführend. Denn mit der klaren Trennung wird letztlich das grundlegende Ziel des Gesetzgebers konterkariert, die Pflegeberatung insgesamt zu stärken und dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen einen langfristig festen Ansprechpartner zur Seite zu stellen.

Diejenigen Mitarbeiter der Pflegekasse, die keine qualifizierten Pflegeberater sind, werden aufgrund der Änderungen in § 7 Abs. 1 und 2 auf die reine "Aufklärung und Auskunft" beschränkt. Beide Begriffe sind in § 13 und § 15 SGB I legaldefiniert und beinhalten ausdrücklich gerade keine individuelle Beratung (§ 14 SGB I). Hier erfolgt lediglich eine Aufgabenzuweisung in Form einer Hinweis- und Wegweiserfunktion durch die Mitarbeiter der Pflegekasse. Die betreffenden Mitarbeiter der Pflegekassen haben allerdings in der Praxis oft in Routinevorgängen Kontakt mit den Versicherten (z.B. zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, Abrechnung/Kostenerstattung mit pflegenden Angehörigen/Pflegediensten). Nach dem Gesetzentwurf dürften die Mitarbeiter der Pflegekassen in diesen Situationen keine weiterführenden Informationsaufgaben anhand des individuellen Einzelfalls vornehmen, die über die reine Aufklärung und Auskunft hinausgehen und dabei den Tatbestand der (individuellen) Beratung i.S.d. § 14 SGB I erfüllen, aber gerade nicht das Ausmaß der qualifizierten Pflegeberatung erreichen. Werden in einer solchen Situation individuelle Bedarfe erkannt, müsste nach neuer Rechtslage an die qualifizierte Pflegeberatung i.S.d. § 7a verwiesen werden. Damit wird das Ziel des Gesetzgebers – eine niederschwellige, breite und umfassende Beratung (inkl. der Auskunft und Aufklärung) der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen möglichst durch ein und denselben Ansprechpartner - verfehlt.

Zudem entstehen dabei in der täglichen Praxis der Pflegekassen rechtliche Abgrenzungsprobleme dahingehend, ob eine Information noch der Aufklärung und Auskunft zuzurechnen ist oder ob diese bereits die rechtliche Schwelle zur Pflegeberatung überschritten hat und folglich ausschließlich von qualifizierten Pflegeberatern vorgenommen werden darf.

Es wird daher vorgeschlagen, auch den Mitarbeitern der Pflegekassen – wie bestehend und bewährt – ein Beratungsrecht i.S.d. § 14 SGB I in § 7 zu belassen. Dieses wird ergänzt durch die Verpflichtung der Pflegekasse, auf die qualifizierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinzuweisen (vgl. auch § 7 Abs. 1 Satz 3 i.d.F. des Gesetzentwurfs – Nr. 3 c und cc).

zu bb)

Hinsichtlich der in Absatz 3 geregelten Bereitstellung der Preis- und Vergleichslisten begrüßen die Betriebskrankenkassen den Wegfall der bisherigen Pflicht zur Übersendung in Papierform. Damit werden die Pflegekassen von einem erheblichen bürokratischen Aufwand entlastet. Die angedachte Veröffentlichung im Internet bietet den Versicherten bzw. deren Angehörigen eine zeitgemäße und passgenauere Suche nach regionalen Angeboten der pflegerischen Versorgung. Unterstützt wird auch, dass die Preis- und Vergleichslisten künftig auch Angebote zur Unterstützung im Alltag enthalten sollen, da die Informationen für die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen wie auch für die Beratung durch die Pflegekassen von großer Bedeutung sind.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen außerdem ausdrücklich die Regelung in Absatz 3, nach der die Landesverbände der Pflegekassen zukünftig auch Leistungs- und Preisvergleichslisten von Angeboten der niedrigschwelligen Betreuung und Entlastung nach § 45c bzw. § 45a SGB XI (neu) auf ihren jeweiligen Internetpräsenzen veröffentlichen.

Im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit für die Versicherten bzw. deren Angehörigen ist es wichtig, dass alle verfügbaren Angebote der niedrigschwelligen Betreuung und Entlastung und deren Kosten nach bundesweit einheitlichen Kriterien dargestellt werden. So ist es für die Verbraucher möglich, von einer Region auf die andere insbesondere auch an Landesgrenzen zu schließen bzw. Leistungsanbieter zu vergleichen und passende Angebote zu identifizieren. Hierbei ist es jedoch eine enorme Herausforderung sowohl für die Landesverbände als auch für die zuständigen Behörden in den Bundesländern, eine stets aktuelle Liste aller Angebote zusammenzuführen. Aus Sicht der Landesverbände der Pflegekassen kann dabei die Frage nicht beantwortet werden, ob ein Angebot von den Leistungserbringern zum gewünschten Zeitpunkt auch tatsächlich verfügbar ist. Diese Frage wäre allenfalls von den Leistungserbringern selbst zu beantworten und ist daher nicht als Bestandteil der Preis- und Vergleichslisten geeignet. Der Verweis im Absatz 3 Satz 3 auf die „regionale Verfügbarkeit“ ist deshalb irreführend und sollte gestrichen werden.

zu cc)

Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen, dass die Neuregelung zur Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten bereits zum 01.01.2016 in Kraft treten soll. Damit wird bei den Versicherten die Erwartung geschaffen, dass bereits zu diesem Zeitpunkt das entsprechende Informationsangebot zur Verfügung steht. Die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene haben bereits mit der Umsetzung dieser Regelung begonnen. Allerdings wird aufgrund der umfangreichen Vorarbeiten eine Veröffentlichung der besagten Informationen zum 01.01.2016 nicht möglich sein, denn es sind folgende Umsetzungsschritte zu leisten:

- Anpassung der Rechtsverordnungen in den Ländern
- Entwicklung und Abstimmung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens zur Datenübermittlung inklusive eines einheitlichen Datensatzes
- Vereinbarung des Informationsaustauschs zwischen den für die Anerkennung zuständigen Behörden und den Landesverbänden der Pflegekassen

- Anpassung der Internetportale der Pflegekassen und der Anwendungen zur Datenübermittlung
- Erfassung der Leistungs- und Preisdaten

Außerdem sind die zeitlichen Abläufe der skizzierten Vorarbeiten nicht allein von den (Landes - ) Verbänden der Pflegekassen zu bestimmen, sondern werden auch von den Vereinbarungspartnern und Beteiligten beeinflusst.

Insofern sollte angesichts der umfänglichen Umsetzungsschritte und der damit verbundenen zeitlichen Aufwände der Zeitpunkt des Inkrafttretens überdacht werden. Der BKK Dachverband empfiehlt die Umsetzung des § 7 Abs. 3 vom 1. Januar 2016 auf den 1. Juli 2016 zu verschieben.

## **Nr. 5**

### **§ 7b (Beratungsgutscheine)**

*§ 7b wird wie folgt geändert:*

- aa) *In Satz 1 werden nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Abs. 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87 a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4“ eingefügt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

§ 7b Abs. 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

Die Pflegekasse hat dem Antragssteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Abs. 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4

1. einen Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Eingang eines entsprechenden Beratungswunsches des Antragsstellers, durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zulasten der Pflegekasse eingelöst werden kann. Die Beratungsstelle hat innerhalb von 2 Wochen nach Eingang eines entsprechenden Beratungswunsches, einen konkreten Beratungstermin durchzuführen. § 7a Abs. 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

#### **b) Begründung**

Ziel aller Betriebskrankenkassen ist es, zeitnah dem Wunsch der Betroffenen auf eine Pflegeberatung nach § 7a zu entsprechen.

Bislang ist vorgesehen, dass dem Antragssteller eine Kontaktperson sowie ein konkreter Beratungstermin anzubieten ist, der innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Bei der Ausstellung von Beratungsgutscheinen unter Benennung einer Beratungsstelle ist ebenfalls vorgeschrieben, dass der entsprechende Beratungstermin innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Die geplante Gesetzesänderung des Gesetzentwurfs zu § 7b Abs. 1 S. 1 sieht vor, dass die genannten Beratungstermine nun nicht mehr nur beim erstmaligen Antrag, sondern bei jedem künftigen Leistungsantrag angeboten werden.

Hierbei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass der Verwaltungsaufwand (Terminkoordination) durchaus erheblich ist, insbesondere dann, wenn bei jedem Antragseingang innerhalb der heutigen Zwei-Wochen-Frist ein fester Ansprechpartner und ein fester Beratungstermin benannt werden sollen, ohne jedoch Kenntnis davon zu haben, ob der Versicherte den Beratungstermin tatsächlich in Anspruch nehmen kann. Die Pflegeberater führen hierzu Terminkalender analog einer Arztpraxis, um ggf. auf Terminänderungswünsche der Antragssteller eingehen zu können. Auch gilt es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass Terminlücken entstehen, wenn Antragssteller die vorgeschlagenen Termine ungemeldet nicht in Anspruch nehmen. Aufgrund der Komplexität einer Beratung nach § 7a SGB XI müssen die Beratungstermine mit hinreichenden Zeitkorridoren geplant werden.

Bei der Ausstellung von Beratungsgutscheinen unter Benennung einer Beratungsstelle nach § 7b Abs. 1 S.1 Nr.2 (Beratungsgutschein) wird die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe zusätzlich dadurch erschwert, dass auch hier die 2-Wochen-Frist bereits mit Eingang des Antrags bei der Pflegekasse zu laufen beginnt. Löst der Antragssteller den Gutschein beispielsweise erst einen Tag vor Ablauf der 2-Wochen-Frist ein, müsste der Beratungstermin sofort am nächsten Tag stattfinden. Die Gewährleistung dieser Flexibilität kann durch entsprechende Vorhaltung von qualifiziertem Personal von den Beratungsdiensten nicht umgesetzt werden. Daher sollte die gesetzlich vorgesehene Frist, innerhalb derer eine Beratung nach § 7a SGB XI stattzufinden hat, ab dem Zeitpunkt laufen gelten, ab dem der Antragssteller bei der Pflegekasse konkret den Wunsch auf Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI geäußert hat. Die Pflegekassen bleiben ungeachtet dessen verpflichtet, den Antragssteller auf sein Recht auf Pflegeberatung hinzuweisen.

## Nr. 13

### § 18 Abs. 6a –neu- (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

*„(6a) 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 abzugeben. 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. 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 31. Dezember 2019 außer Kraft. Die Konkretisierung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“*

#### a) Gewünschte Änderung

In § 18 Abs. 6a SGB XI (neu) sind die Sätze 4 und 5 zu streichen.

#### b) Begründung

Dem Ziel des Gesetzgebers, eine Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen dem Versicherten und der Kranken- und Pflegekasse und dabei eine Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekasse und dem MDK zu erreichen, wird bereits dadurch genüge getan, dass die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter künftig als Antrag auf Leistungsgewährung gelten (sofern der Versicherte zustimmt) und die ärztlich Therapieentscheidung bzw. die ärztliche Verordnung nach § 33 Abs. 5a SGB V ersetzen. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist hierbei ein weitergehender genereller Verzicht auf die fachliche Prüfung der Kranken- und Pflegekasse hinsichtlich der Erforderlichkeit des Hilfsmittels nach § 33 Abs. 1 SGB V und Notwendigkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI zur Erreichung dieses gesetzgeberischen Zieles nicht angezeigt. Vielmehr ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises (Pflegegrad 1 im Vergleich zur Pflegestufe 0 nach bisheriger Rechtslage) angezeigt, den Kranken- und Pflegekassen weiterhin ein umfassendes Prüfrecht hinsichtlich der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung zu belassen. Dem Verzicht auf das fachliche Prüfrecht steht kein rechtfertigender und verhältnismäßiger Nutzen gegenüber.

## **Nr. 18**

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

*§ 37 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Absatz 2 Satz 2 wird ersetzt durch „ Das bisher bezogene Pflegegeld wird während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach § 39 fortgewährt.“

#### **b) Begründung**

Für eine vereinfachte, bedarfsgerechte und flexiblere Gestaltung des Leistungsanspruchs für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird anregt, dass mit Blick auf Leistungsverbesserungen für pflegende Angehörige das Pflegegeld nach § 37 SGB XI in vollem Umfang während der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege fortgezahlt wird. Die bisherige Regelung, nach der Pflegegeld nach § 37 SGB XI bei Bezug von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege hälftig gewährt wird, sollte im Sinne der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und zum Abbau des bürokratischen Aufwandes zur Berechnung und Zahlung des hälftigen Pflegegeldes bei den Pflegekassen entfallen.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten zudem die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zu einer Gesamtleistung (Budget) zusammengefasst werden (vgl. Begründung zu Nr. 20). Dementsprechend muss eine rechtliche Klarstellung erfolgen, dass das Pflegegeld während der zusammengefassten Gesamtleistung ebenfalls für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr bzw. während der Inanspruchnahme der Gesamtleistung fortgezahlt wird.

## **Nr. 19**

### **§ 38 Satz 4 (Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung))**

*§ 38 Satz 4 wird wie folgt gefasst:*

*„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

§ 38 Satz 4 wird ersetzt durch:

„Das bisher bezogene Pflegegeld wird während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach § 39 fortgewährt.“

#### **b) Begründung**

Es wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 18 verwiesen.



## Nr. 20

### § 39 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

§ 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

*„Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“*

b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

*„(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“*

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

*„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen 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 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung.“*

bb) Der neue Satz 4 wird wie folgt gefasst:

*„Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.“*

d) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.

#### a) Gewünschte Änderung

Der § 39 SGB XI ist im Sinne der folgenden Begründung anzupassen.

#### b) Begründung

Die Erfahrungen der Betriebskrankenkassen in Folge der Flexibilisierung der Verhinderungspflege durch das Pflegestärkungsgesetz I zeigen, dass die flexiblere Gewährung von Verhinderungspflege i.S.d. § 39 SGB XI und Kurzzeitpflege i.S.d. § 42 SGB XI unter Berücksichtigung der Pflegegeldansprüche i.S.d. § 37 SGB XI in der Praxis mittels aufwendiger Verwaltungsverfahren gewährt werden und darüber hinaus für die Betroffenen schwer verständlich sind. Für eine vereinfachte, flexiblere und bedarfsgerechtere Inanspruchnahme der genannten Leistungen

sollten die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege leistungsrechtlich zusammengefasst werden. Den Versicherten wird so ermöglicht, eigenverantwortlich und bedarfsgerecht über die Verwendung der Leistung(en) zu entscheiden. Anspruchsberechtigte, die ausschließlich in der häuslichen Umgebung und nicht in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden wollen, stehen zukünftig Leistungen in höherem Umfang zur Verfügung. Der Leistungsumfang für eine ausschließliche ambulante Pflege ist der einer Kurzzeitpflege somit gleichgestellt und erhöht die Wahlmöglichkeiten des Anspruchsberechtigten.

Insofern sollte die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für 8 Wochen pro Kalenderjahr quasi als Gesamtbudget von 3224 Euro und bis zu 56 Tage je Kalenderjahr gewährt werden können. Dies sorgt für eine verständlichere und unkompliziert umzusetzende Leistung. Zudem wird der Verwaltungsaufwand der Pflegekassen im Sinne einer Entbürokratisierung verringert.

In diesem Zusammenhang würden weniger Ausnahmeregelungen hier zusätzlich zu mehr Akzeptanz und mehr Verständlichkeit bei den Betroffenen führen. Deshalb sollte außerdem die Regelung zur „Vorpflegezeit“ von sechs Monaten i.S.d. Abs. 1 S.2 (neu) entfallen, da diese bei der Kurzzeitpflege i.S.d § 42 SGB XI ebenfalls nicht notwendig ist.

Um die Merkmale zur Leistungsbewilligung bzw. der Höhe der Leistungen für den Versicherten nachvollziehbar zu gestalten und auf den Abbau von bürokratischen Prüfverfahren hinzuwirken, sollte zudem die bisher bei der Verhinderungspflege gemachte Unterscheidung zwischen pflegenden Angehörigen (Ersatzpflegepersonen), die die Pflege erwerbsmäßig und denen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben, entfallen. In diesen Fällen würde generell nur der Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI zur Verfügung stehen.

## **Nr. 21**

### **§ 42 (Kurzzeitpflege)**

*§ 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

- a) *In Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.*
- b) *Satz 4 wird aufgehoben.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Der § 42 SGB XI ist im Sinne der Begründung anzupassen.

#### **b) Begründung**

Der BKK Dachverband begrüßt die generelle Ausweitung der Leistungshöchstdauer auf acht Wochen. Damit ist für die Versicherten eine transparentere und damit verständlichere Gewährung von Kurzzeitpflege gegeben.

Um die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Krisensituationen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten, sollten zudem die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zu einer Gesamtleistung (Budget) zusammengefasst werden (vgl. Begründung zu Nr. 20).

## Nr. 32

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

§ 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesvereinigung der“ gestrichen, nach den Wörtern werden „kommunalen Spitzenverbänden“ werden die Wörter „auf Bundesebene“ eingefügt, werden die Wörter „bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich“ gestrichen, werden nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „nach Maßgabe von § 118“ eingefügt und werden die Wörter „Qualität und die Qualitätssicherung“ durch die Wörter „Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

*„In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.“*

cc) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.

#### a) Gewünschte Änderung

§ 113 Abs.1 S.1 SGB XI wird wie folgt formuliert:

„Die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b vereinbaren 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 einrichtung-internen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

#### b) Begründung

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass die Entscheidungsstrukturen im Bereich der Qualität in der Pflege weiterentwickelt und gestrafft werden sollen. Die Aufgaben der Vertragspartner i.S.d. § 113 SGB XI und deren Bedeutung haben zugenommen und werden auch im vorliegenden Gesetzentwurf erweitert. Damit ist eine rechtssichere Struktur unabdingbar,

in welcher erstens die Balance zwischen einer Beteiligung der relevanten Akteure der Selbstverwaltung in der Pflege, zweitens einer staatsfernen Lösung – welche den Prinzipien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen entspricht – und drittens der Schaffung effizienter Entscheidungsstrukturen gelingt (vgl. Begründung zu Nr. 34).

Das heutige Einstimmigkeitsprinzip in der Entscheidungsstruktur nach § 113 SGB XI führte bislang dazu, dass die Vereinbarungen in der Vergangenheit fast ausschließlich auf dem Wege des Schiedsverfahrens herbeigeführt werden mussten. Die Aufhebung der Wörter „gemeinsam und einheitlich“ ist insofern zu begrüßen.

Die Formulierungen des Gesetzentwurfs gehen jedoch mit einer Ungenauigkeit zur Unterscheidung zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und den Mitgliedern des angeordneten Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI einher. Außerdem ist der Neustrukturierung der §§ 113 ff. und der Gesetzesbegründung nicht zweifelsfrei zu entnehmen, in welchem Verhältnis diese Ebenen zueinander stehen. Insofern wäre zu konkretisieren, ob die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI mit den Mitgliedern des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI gleichzusetzen sind oder eine Vertragspartei auch nicht Mitglied im Qualitätsausschuss sein kann. Wäre letzteres der Fall, ist allerdings absehbar, dass auch Entscheidungen vom Qualitätsausschuss getroffen werden, die eine Vertragspartei ohne Mitgliedsstatus betreffen. Diese konnte jedoch nicht mitstimmen. Insofern stellt sich die Frage nach der rechtlichen Legitimation und der Bindungswirkung hinsichtlich der getroffenen Vereinbarungen.

Daher sollte klarstellt werden, dass die maßgeblichen Vereinigungen von Trägern von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gleichzeitig Mitglied im Qualitätsausschuss sind (vgl. Begründung zu Nr. 34).

Ist mit dem Gesetzentwurf allerdings die Konstellation vorgesehen, dass eine Vertragspartei auch nicht Mitglied im Qualitätsausschuss sein kann, wäre ein dem Qualitätsausschuss vorgelegertes Gremium vorzusehen. Vor dem Hintergrund der angedachten Straffung der Entscheidungsstrukturen der Vertragspartner kann dieses jedoch nicht Ziel des Gesetzentwurfs gewesen sein. Daher sollte § 113 SGB XI regeln, dass die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI die in § 113 SGB XI genannten Vereinbarungen festlegen. Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses ist konkret in § 113b SGB XI festzuschreiben (vergleiche Vorschlag zu Nr. 34).

## Nr. 34

### § 113b (Qualitätsausschuss)

§ 113b wird wie folgt gefasst:

#### „§ 113b Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a durch diesen Qualitätsausschuss.

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 beratend mit.

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so 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). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. 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. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung

*über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a.*

*(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständige werden beauftragt, insbesondere*

- 1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei*
  - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und*
  - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;*
- 2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter 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 Daten zu entwickeln;*
- 3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;*
- 4. Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität zu entwickeln;*
- 5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie*
- 6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln.*

*Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.*

*(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen*

*wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.*

*(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7.*

*(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere*

- 1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,*
- 2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,*
- 3. zum Vorsitz,*
- 4. zu den Beschlussverfahren,*
- 5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,*
- 6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,*
- 7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,*
- 8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,*
- 9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie*
- 10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter.*

*Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.*

*(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise*



*nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach Satz 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Der § 113b SGB XI ist im Sinne der Begründung anzupassen.

#### **b) Begründung**

Der BKK Dachverband unterstützt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die bisherige nach § 113b SGB XI eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung und die Entscheidungsstrukturen der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (Plenum) weiterzuentwickeln. Schließlich werden diese zu Recht dahingehend kritisiert, dass sie nicht ausreichend entscheidungsfähig sind sowie durch langwierige Verhandlungsprozesse und Entscheidungsstrukturen nicht effizient und in angemessenem zeitlichen Rahmen öffentlich wahrnehmbar die Ergebnisse im Bereich der Qualitätssicherung bzw. deren Darstellung erzielen, die von den Verbraucherinnen und Verbrauchern gewünscht sind.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist auch die angedachte Schaffung eines Qualitätsausschusses generell zielführend. Bezüglich der vorgesehenen Ausgestaltung fehlt jedoch die notwendige Balance zwischen der Beteiligung aller relevanten Akteure der Selbstverwaltung in der Pflege, einer staatsfernen Lösung nach den Prinzipien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und der Schaffung effizienter Entscheidungsstrukturen. Daher schlägt der BKK Dachverband als Entscheidungsstruktur eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner als staatsferne Lösung vor, die durch eine klare Aufgabenzuteilung gestaltet und gestrafft ist und mit einem transparenten Entscheidungsverfahren einhergeht. Die Entscheidungsfindung soll bewusst durch wissenschaftliche Unterstützung ergänzt und damit fundiert sein, ohne diese besonders zu institutionalisieren.

Die Betriebskrankenkassen schlagen die gesetzliche Verankerung eines Qualitätsausschusses vor, der wie folgt aufgebaut ist und arbeitet:

##### Besetzung Qualitätsausschuss:

Der Qualitätsausschuss ist mit 26 Mitgliedern zu besetzen, wobei jeweils die Bank der Kostenträger sowie die Bank der Leistungserbringervertreter mit 13 Mitgliedern besetzt ist. So wird eine paritätische Stimmenverteilung bei der Besetzung des Qualitätsausschusses gewährleistet. Zudem ist zu garantieren, dass die einzelnen Bänke immer in ungerader Anzahl besetzt sind; so ist eine Pattsituation auf der Ebene der einzelnen Bänke ausgeschlossen.

Dem Qualitätsausschuss gehören auf der Bank des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an. Eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation ist ausgeschlossen. Die Entscheidungsbefugnis verbleibt im Regelfall zunächst bei den Vereinbarungspartnern, also bei denen, die Verantwortung in der Pflege tragen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegbedürftiger und behin-

derter Menschen wirken in diesem Gremium gemäß § 118 SGB XI beratend mit, wie es auch der Gesetzentwurf vorsieht.

#### Unparteiischer Vorsitzender und unparteiische Mitglieder:

Der Qualitätsausschuss wird von einem unparteiischen Vorsitzenden geleitet. Zwei weitere unparteiische Mitglieder werden ihm zur Seite gestellt. Sowohl der Vorsitzende als auch die unparteiischen Mitglieder sind bei den Beratungen im Qualitätsausschuss als Beobachter mit Beratungsfunktion anwesend/beteiligt. Erst bei Nichtzustandekommen eines Beschlusses erhalten die unparteiischen Mitglieder und der Vorsitzende im Rahmen eines Konfliktlösungsmechanismus das Stimmrecht. Die unparteiischen Mitglieder werden wie folgt benannt: Ein Mitglied wird seitens der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bestellt, ein Mitglied vom Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Der unparteiische Vorsitzende muss von den Vertragsparteien gemeinsam berufen werden. Sollte hierzu eine Einigung nicht hergestellt werden können, wird der Vorsitzende vom Bundessozialgericht bestimmt (vgl. aktuelle Regelung zur Schiedsstelle § 113b SGB XI).

#### Konfliktlösungsmechanismus:

Die Abstimmung erfolgt seitens der Kostenträger-/Leistungserbringerverbände mehrheitlich. Stimmt eine Bank mehrheitlich zu, die andere mehrheitlich dagegen, kommt kein Beschluss zustande. Hier kann auf Antrag eine Abstimmung unter Hinzuziehung der Stimmen der drei Unparteiischen direkt herbeigeführt werden (analog § 87 Abs. 4 SGB V). Da die drei Unparteiischen am Beratungs- bzw. Entscheidungsprozess bereits von Beginn an als Beobachter beteiligt sind, ist eine Konfliktlösung insofern zeitnah, teilweise sogar taggleich möglich. Die Stimmen der drei Unparteiischen entscheiden sodann den Beschlussantrag, Stimmenthaltungen sind nicht zulässig. Die Beschlüsse sind für alle Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen verbindlich.

#### Qualifizierte Geschäftsstelle:

Die zu implementierende qualifizierte Geschäftsstelle – die von den Vertragsparteien gemeinsam zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit vereinbart wird – ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie übernimmt neben den vom Qualitätsausschuss beauftragten Aufgaben auch die administrative Organisation des Qualitätsausschusses. Da der Qualitätsausschuss im Gesetzentwurf zeitlich nicht limitiert ist, sollte auch die Geschäftsstelle keiner zeitlichen Begrenzung unterliegen, sondern fest verankert werden.

Die Vereinbarung einer Geschäftsordnung ist elementar für die Arbeitsweise des Qualitätsausschusses und wird daher grundsätzlich unterstützt. Abzulehnen ist hingegen die Regelung, nach welcher bestimmt wird, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI diese gemeinsam vereinbaren. Es ist nicht sachgerecht, dass Organisationen, die qua Gesetz keine Entscheidungsbefugnis im Qualitätsausschuss haben, die Arbeitsweise des Gremiums mitzubestimmen haben. Das Gesetz und die Gesetzesbegründung haben eindeutig festgelegt, dass die Sachverständigen und die Organisationen, die nach diesem Gesetz ein Beteiligungs- und Mitberatungsrecht haben, dieses auch ausüben können. Daher besteht keine Gefahr, dass sich die Mitglieder des Qualitätsausschusses über diese Organisationen und Personen hinwegsetzen könnten. Des Weiteren besteht ein Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums, sodass auch auf diesem Wege eine weitere Kontrollfunktion gegeben ist. Daher sind die Interessen der Organisationen nach § 118 ausreichend gewahrt. Soweit der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene Mitglieder des

Qualitätsausschusses werden, kann auch ihnen in diesem Fall ein Mitbestimmungsrecht bei der Geschäftsordnung eingeräumt werden.

Mit dem vom BKK System vorgeschlagenen, einstufigen Verfahren wird der im Gesetzentwurf angedachte Qualitätsausschuss nochmals in seiner Entscheidungsstruktur gestrafft und die heutigen Gremien der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (Plenum) und des Konfliktlösungsmechanismus nach § 113b SGB XI (Schiedsstelle) noch konsequenter und damit effizienter zusammengeführt. Die Hinzuziehung von externer wissenschaftlicher Expertise erfolgt themen- und zweckgebunden und wird durch ein Verfahren in der Geschäftsordnung festgelegt.

Beteiligungsrechte werden wie bisher in Anlehnung an § 113 SGB XI über die Stellungnahmemöglichkeiten für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger geregelt.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung nebst Gesetzesbegründung zur Fortführung der bisherigen Schiedsstelle in Form des künftigen Qualitätsausschusses ist hingegen kritisch zu sehen, denn eine Übertragbarkeit der Regelungen der bisherigen Schiedsstelle ist nicht gegeben. Es stellt sich z.B. die Frage, ob die Mitgliederbesetzung insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer von der Schiedsstelle übernommen werden kann, so wie es der Gesetzesbegründung zu Absatz 2 zu entnehmen ist. Die Schiedsstelle wurde als Konfliktlösungsmechanismus der einstimmigen Vereinbarungslösung des § 113 SGB XI eingeführt. Der künftige Qualitätsausschuss hingegen ist als Entscheidungsgremium angelegt. Insofern sollte der Bezug zur bisherigen Schiedsstelle überdacht und dem Vorschlag der Betriebskrankenkassen gefolgt werden.

## **Artikel 2 – Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 30**

#### **§ 46 Abs. 3 (Pflegekassen)**

*In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „3,5 vom Hundert“ durch die Angabe „3,2 Prozent“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung der Neuregelung.

#### **b) Begründung**

Der BKK Dachverband lehnt die Absenkung des Faktors der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale ausdrücklich ab.

Pflegekassen sind eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter dem Dach der Krankenkassen. Die Krankenkassen übernehmen die Aufgaben der Pflegekassen und stellen den Pflegekassen hierfür ihre Infrastruktur zur Verfügung; die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen die dadurch entstehenden Verwaltungskosten.

Die demographische Entwicklung und die Einführung des neuen Pflegebegriffs führen in den nächsten Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen; durch das PSG II ergeben sich zudem erweiterte Aufgaben und Beratungsleistungen. Dies führt insgesamt zu deutlichen Mehraufwendungen für die Krankenkassen, die über die Verwaltungskostenpauschale auszugleichen sind. Der derzeitige konstante Faktor reicht aber gerade aus, um diese Entwicklungen gegenzufinanzieren. Die Absenkung des Faktors würde dagegen zu einer Reduzierung der Verwaltungskosten zu Lasten der Krankenkassen und damit zu einer gesetzlich nicht vorgesehenen Querfinanzierung der Pflegekassen durch die Krankenkassen führen.

## **Nr. 39**

### **§ 87b (Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen)**

*§ 87b wird aufgehoben.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die Leistungen des § 87b SGB XI sind bei dessen Streichung in die vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI zu überführen. § 84 Abs. 8 SGB XI (neu) ist entsprechend anzupassen.

Außerdem ist wie vorgesehen ein individueller Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen der zusätzliche Aktivierung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen festzuschreiben.

#### **b) Begründung**

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 folgerichtig, die bisherigen Leistungen nach § 87b SGB XI in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI zu integrieren. Der Gesetzentwurf sieht hier allerdings eine Art „Sonderregelung“ vor, indem mit § 43b SGB XI (neu) Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen erhalten. In der Gesetzesbegründung wird auch richtig festgestellt, dass nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs pflegfachlich grundsätzlich kein Anlass besteht, das Angebot auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der heutigen Ausgestaltung aufrecht zu erhalten. Auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weist in seinem Abschlussbericht darauf hin, dass es folgerichtig wäre, die Leistungsvolumina des § 87b in die Leistungsbeträge nach § 43 zu integrieren (vgl. S. 36). Zwar betont der Expertenbeirat, dass durch die Gestaltung der zukünftigen Regelungen sichergestellt werden müsse, dass die zusätzliche Betreuung und Aktivierung auch in Zukunft tatsächlich stattfinde, allerdings nicht zwingend mit Schaffung eines wiederum neuen, eigenständigen Leistungsanspruchs. Insofern wäre es mit der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs folgerichtig, die bisherigen Leistungen nach § 87b in das Leistungsvolumen der vollstationären Leistungen nach § 43 zu integrieren, zumal damit die Verfahren der Leistungsgewährung transparenter und straffer bei den Pflegekassen organisiert werden könnten. Jedoch soll die zusätzliche Aktivierung und Betreuung weiterhin forciert werden und die Strukturen, die in den stationären Pflegeeinrichtungen bereits geschaffen wurden, erhalten bleiben. Insofern ist ein individueller Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen der zusätzliche Aktivierung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen festzuschreiben.

## **Nr. 50**

### **Fünftehntes Kapitel Überleitungs- und Übergangsrecht**

#### **§ 141 Abs. 3 Besitzstandschatz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen**

*(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die Regelung ist zu streichen.

#### **b) Begründung**

Der BKK Dachverband lehnt diese Regelung ab. Die Pflegesatzverhandlungen unterliegen grundsätzlich unterschiedlichen Vorgehensweisen. Sie werden einerseits über Pflegesatzkommissionen und andererseits direkt geführt. Auch werden die Grundlagen für die Eigenanteile durch die stationären Pflegeeinrichtungen unterschiedlich gehandhabt. Damit sind die finanziellen Auswirkungen der angedachten Auffangregelung des Absatz 3 – die zudem nicht zeitlich limitiert ist – auf die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung nicht kalkulierbar.

## **§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren**

*(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.*

*(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.*

*(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.*

### **a) Gewünschte Änderung**

- a) In Abs. 1 sind die Wörter „oder anderer unabhängiger Gutachter“ zu streichen.
- b) Abs. 3 ist zu streichen.

### **b) Begründung**

Wie beim weiteren Änderungsbedarf zu § 18 Abs. 3a S.1 Nr.2 SGB XI ausgeführt, ist die Benennung von mindestens drei unabhängigen Gutachtern obsolet, da die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit inzwischen zu annähernd 100 Prozent innerhalb der in § 18 Abs. 3a SGB XI genannten Fristen erfolgt. Daher besteht im Regelfall nicht mehr die Notwendigkeit, unabhängige Gutachter mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen. Dies gilt auch für den Übergang zur Überleitung in die neuen Pflegegrade bzw. die Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren, da hier nach Absatz 1 bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durchzuführen sind und nach Absatz 2 die Frist nach § 18 Abs. 3 S.2 SGB XI vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich bleibt.

### **III. Weiterer Änderungsbedarf**

#### **SGB XI**

##### **§ 18 Abs. 3a (Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit)**

*(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,*

- 1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder*
- 2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.*

*Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.*

##### **a) Gewünschte Änderung**

§ 18 Abs. 3a SGB XI ist zu streichen.

##### **b) Begründung**

Die Benennung von mindestens drei unabhängigen Gutachtern ist obsolet, da die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit inzwischen zu annähernd 100 Prozent innerhalb der in § 18 Abs. 3a SGB XI genannten Fristen erfolgt. Daher besteht im Regelfall nicht mehr die Notwendigkeit, unabhängige Gutachter i.S.d. § 18 Abs. 3a SGB XI mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen.

Außerdem ist diese Regelung ursprünglich aufgrund der Annahme erfolgt, dass die Akzeptanz des Gutachters aufgrund fehlender Transparenz des Auswahlverfahrens nicht gegeben sei. Eine Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Jahr 2014 kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass 86 Prozent der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen insgesamt mit der Pflegebegutachtung des MDK zufrieden sind und 86 Prozent der Befragten sich zufrieden mit dem Auftreten des Gutachters zeigten. Insofern scheint die Akzeptanz der Gutachter der MDK gegeben zu sein.



## **§ 74 Abs. 2 (Kündigung von Versorgungsverträgen)**

*(2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.*

### **a) Gewünschte Änderung**

Im § 74 Abs. 2 ist im Wortlaut die Definition der „Kostenträger“ dahingehend klarzustellen, dass darunter auch die Träger der Sozialhilfe zuzuordnen sind.

### **b) Begründung**

Vor allem im Bereich der ambulanten Pflege sind in den vergangenen Jahren diverse Formen des Leistungsmissbrauchs bzw. des Abrechnungsbetrugs ein wachsendes Phänomen. Dieser Problematik müssen sich die Kostenträger zunehmend gemeinsam stellen, denn diese Fälle verteuern langfristig die pflegerischen Leistungen und schädigen damit einerseits die Pflegeversicherung und damit die Solidargemeinschaft der Versicherten und andererseits gleichermaßen die öffentliche Hand.

Die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände haben durch § 72 i.V.m. § 74 Abs. 2 faktisch als „Hüter“ des Versorgungsvertrages sicherzustellen, dass nur vertragsrechtlich zuverlässige Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen anbieten und diese nur Leistungen abrechnen, die auch tatsächlich erbracht wurden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind in diesem Zusammenhang dazu berechtigt, bestehende Versorgungsverträge fristlos zu kündigen, sollte gegen diese Grundsätze maßgeblich verstoßen werden. Im Wortlaut des § 74 Abs. 2 werden die ggf. Geschädigten als „Kostenträger“ zusammengefasst. Maßgeblich für die Prüfung etwaiger Verstöße gegen den Versorgungsvertrag ist, dass jede einzelne Pflegekasse prüft, inwieweit Verstöße gegen die einschlägigen Rahmenverträge vorliegen und ihnen als Kostenträger ggf. ein nachweisbarer Schaden entstanden ist. Vertragsverstöße müssen eindeutig und nachweisbar sein, bevor ein Kündigungsverfahren erfolgen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gegen die Träger der Sozialhilfe vermeintlich begangenen Vertragsverstöße (gegen deren Rahmenvereinbarungen i.S.d. § 75 Abs. 3 SGB XII) für das eigenständige Kündigungsverfahren im SGB XI-Bereich nicht ausreichend sind. Daher sollte im § 74 Abs. 2 im Wortlaut der Begriff „Kostenträger“ dahingehend konkretisiert werden, dass dieser auch die Träger der Sozialhilfe umfasst. Damit würde sichergestellt, dass die Landesverbände der Pflegekassen nicht nur Sachverhalte zu Vertragsverstößen für Kündigungsprüfungen zugrunde legen können, welche sie selbst bzw. die Pflegekassen unmittelbar betreffen. Denn verletzen zugelassenen Pflegeeinrichtungen ihre vertraglichen Pflichten in groben Maße und mit entsprechender Dauer gegenüber sämtlichen Kostenträgern, dann ist damit deren Eignung zur Versorgung der Pflegeversicherten insgesamt und über die Grenze der Kostenträger hinweg in Frage gestellt.

## **RSAV**

### **§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV**

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV:

*„Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“*

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV:

*„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“*

#### **a) Gewünschte Änderungen**

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

#### **b) Begründung**

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

*„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“*

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur für Ausgleichsjahre, die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrektur-

ren des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.

### **§ 39 Abs. 3 RSAV**

*„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils*

*a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,*

*b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie*

*c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu.“*

#### **a) Gewünschte Änderungen**

Hinter „...die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 ...“ wird „und 3“ ergänzt.

Am Satzende wird vor den Punkt die Formulierung „;im Fall von Buchstabe a ermittelt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der letzten Jahresrechnung nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 und im Fall von Buchstabe b die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 auf der Grundlage der letzten Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu“ angefügt.

#### **b) Begründung**

Durch die gewünschte Änderung wird sichergestellt, dass die Übergangsregelung für die Zuweisung für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds auch im Abschlagsverfahren Anwendung findet. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da es aufgrund der im GKV-FQWG rückwirkend ab 2013 eingeführten Übergangsregelung Krankengeld im Abschlagsverfahren derzeit noch zu Diskrepanzen zum Schlussausgleich kommt. Die Veränderung im Bereich des Übergangsverfahrens Krankengeld wirkt aktuell nämlich erst zum Schlussausgleich, was eine Verzerrung der Liquiditätssituation bei den Krankenkassen zur Folge hat. Gleichwohl sind die Kassen verpflichtet, etwaige finanzielle Beträge im Rahmen der KV45 beziehungsweise KJ1 zu bilanzieren. Die vorgeschlagene Regelung führt nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zu einer deutlich verbesserten Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens im Gesundheitsfonds.