

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12. Oktober 2016

zum

Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

- BT-Drs. 18/9518 -

sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

- Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 –

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
------------------------	----------

II. Detailkommentierung	6
--------------------------------	----------

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1a)	
§ 7 Abs. 3 (Aufklärung und Auskunft/Preis- und Vergleichslisten)	6
Nr. 2	
§ 7b (Beratungsgutscheine)	8
Nr. 3	
§ 7c (Pflegestützpunkte/Initiativrecht der Sozialhilfeträger)	10
Nr. 4	
§ 8a (Landespflegeausschüsse/Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)	14
Nr. 6	
§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)	16
Nr. 16b)	
§ 75 (Rahmenverträge...)	18
Nr. 17	
§ 79 (Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungsprüfung)	21
Nr. 21b)	
§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen...)	22
Nr. 24	
§§ 123/124 (Modellvorhaben)	23

I. Vorbemerkung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden. Insbesondere das dabei verfolgte Ziel, den pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen Verbleib in ihrem häuslichen Umfeld zu gewährleisten, begrüßen die Betriebskrankenkassen.

Außerdem werden die Regelungen im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung des Leistungsanspruchs bei Pflegebedürftigkeit (NBA) auf das SGB XII übertragen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich diese folgerichtige Überführung der entsprechenden Regelungen der Pflegestärkungsgesetze I und II.

Zusätzlich wird mit diesem Gesetz ein systematisches Prüfrecht implementiert, mit welchem den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) regelmäßige Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auch bei ambulanten Pflegediensten durchführen können, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) erbringen. Auch diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen positiv bewertet.

Kritisch stehen die Betriebskrankenkassen einigen der geplanten Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen gegenüber. Dies betrifft insbesondere die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung. Eine Verlagerung der Pflegeberatung von den Pflegekassen zu den Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung dieser Pflegeberatung durch die Pflegekassen lehnen die Betriebskrankenkassen strikt ab.

Folgende Punkte sollten bei den weiteren Überlegungen des Gesetzgebers aus Sicht der Betriebskrankenkassen besonders berücksichtigt werden:

Beratungsgutscheine

Für die Betriebskrankenkassen ist es von großer Bedeutung, dass ein Gleichklang der Anforderungen bei den Beratungsangeboten der Pflegekassen und den Beratungsangeboten der Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI besteht, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige von gleichwertigen Beratungsstrukturen profitieren können. Da es sich bei der Pflegeberatung um einen leistungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung insgesamt handelt, muss § 7b Absatz 2 SGB XI insbesondere hinsichtlich des Gestaltungsrechts und des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sowie der Qualitätsanforderungen auch gegenüber den Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft gelten. Außerdem ist es explizit notwendig, dass die Delegation der Aufgaben an Dritte ausgeschlossen wird, da ansonsten nicht

sichergestellt werden kann, dass die übertragenen Beratungsaufgaben ausschließlich in kommunaler Hand bleiben.

Pflegestützpunkte

Die Regelung, nach welcher das Initiativrecht für die Einrichtung von Pflegestützpunkten auch für kommunale Stellen in deren regionalen Einzugsgebiet vorgesehen wird, ist nachvollziehbar. Zur Erhaltung der Beratungskontinuität für die Betroffenen bzw. zur Vermeidung von Doppelstrukturen ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen aber notwendig, dass etwaige Vereinbarungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten auf Initiative kommunaler Stellen im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen.

Zudem sollten die in § 7a Abs. 3 formulierten Anforderungen und die damit verbundenen Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern auch für die Pflegeberatungsstrukturen innerhalb der Pflegestützpunkte gelten. Ansonsten drohen die Beratungsangebote hinsichtlich deren Qualität auseinanderzudriften und es besteht die Gefahr, dass für die Betroffenen keine gleichwertigen Angebote gewährleistet werden können.

Die Regelung, nach welcher den Ländern bzw. den Landesregierungen die Möglichkeit gegeben wird, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben bestimmten Frist nicht zustande kommt, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen aufgrund der Gefahr eines Interessenkonflikts auf der Ebene der Länder zu streichen. Es wäre ein Novum, dass eine vom Land errichtete bzw. benannte (oberste) Behörde (bspw. ein Ministerium) Rahmenvereinbarungspartner im Sinne des § 7c ist und gleichzeitig die genannten Fristen bestimmt, während die Landesregierungen, welche die obersten Landesbehörden errichten, eine Schiedsstelle im Sinne des § 7c sind.

Schnittstelle Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe wird im Gesetzentwurf als Vorrang-/Nachrangregelung konzipiert. Allerdings erfolgt aus Sicht der Betriebskrankenkassen keine eindeutige Abgrenzung der Leistungen. Im Zusammenhang mit dem Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurden seitens der Politik "Verschiebebahnhöfe" zwischen den Sozialgesetzbüchern immer ausgeschlossen. Insofern ist die nunmehr mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen von denen der Eingliederungshilfe zu konkretisieren.

Modellvorhaben kommunale Beratung

Die vorgesehenen Regelungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen werden von den Betriebskrankenkassen abge-

lehnt. Die Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Dass dadurch die Versorgungssituation der Versicherten verbessert wird, ist nicht erkennbar.

Mit der Übertragung der Beratung auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, wird eine kontraproduktive Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen werden. Bereits etablierte und bestehende Beratungsstrukturen der Pflegekassen, in die bislang - und auch zukünftig - personell, organisatorisch und inhaltlich investiert wurde, werden infrage gestellt. Die gleichzeitige Schaffung neuer kommunaler Beratungsstrukturen ist ordnungspolitisch verfehlt. Das angestrebte Ziel der „Beratung aus einer Hand“ wird auf der Grundlage der vorgenommenen einseitigen Kompetenzverlagerung verfehlt werden. Gleiches gilt für den Beschluss des Bundesrates, der eine selektive Übernahme der Beratungsaufgaben durch die Kommunen/die Träger der Sozialhilfe vorschlägt.

Zielführend wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen ausschließlich ein gleichberechtigtes und gemeinsames Handeln von Ländern, Kommunen und Pflege-/Krankenkassen im Sinne einer echten Kooperation unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen. Eine solche Kooperation könnte konkret in einem Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung organisiert werden, bei gemeinsamer und partnerschaftlicher Antragstellung von Kommunen und Kassen. Umsetzungs- und Erfolgsfaktoren sind hierbei die nachweisliche individuelle Berücksichtigung der Beratungs- und Versorgungsbedarfe der betroffenen Menschen vor Ort und die hierfür notwendigen und darauf abgestimmten Kooperationsstrukturen. Eine alleinige Finanzierung der Kommunen und etwaiger neuer Strukturen aus den solidarisch finanzierten Beiträgen der Pflegeversicherung ist versorgungspolitisch der falsche Ansatz.

Rahmenverträge § 75 SGB XI

Abzulehnen ist, dass die grundsätzlich nachvollziehbare Regelung, eine weitere Möglichkeit der Abrechnungsprüfung auf Landesebene zu implementieren, auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene i. S. d. § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht dem Prozedere der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen i. S. d. § 114, zu welcher der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz qua Gesetz innehat. Sämtliche (bundeseinheitlichen) Regelungen werden hier unter Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände vom GKV-Spitzenverband vorgenommen. Eine Mitentscheidung derjenigen, welche zur Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens und etwaiger Unstimmigkeiten zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, entbehrt jeder Logik und wird dem Ziel, Abrechnungsbetrug aufzudecken und vorzubeugen, nicht gerecht.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1a (Änderungsantrag 2 vom 27.09.2016, Ausschussdrucksache 18(14)0206.1))

§ 7 Abs. 3 (Aufklärung und Auskunft/Preis- und Vergleichslisten)

§ 7 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.“

bb) folgender Satz wird eingefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.“

Gewünschte Änderung

aa) Die Änderungen sind zu streichen.

bb) Der eingefügte Satz ist zu streichen.

Anderenfalls ist folgender Satz zu ergänzen:

„Die nichtgewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte ist an ein konkretes, nicht gewerbliches Beratungsangebot gebunden.“

Begründung

aa)

Die durch Neufassung von Satz 1 vorgenommene Ergänzung in Absatz 3, welche den Leistungs- und Preisvergleichslisten zusätzlich Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers vorsieht, kann aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht nachvollzogen werden. Auch erscheint diese Ergänzung nicht sachgerecht. In den Vergleichslisten sind Angaben sowohl zum Angebot als auch zum Anbieter selbst zu erfassen. Diese Angaben umfassen insofern auch Daten (z. B. Anschrift und Telefonnummer des Anbieters), die der Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem jeweiligen Angebot dienen. Unklar ist hier, welche erforderlichen Daten zur Person der Gesetzgeber darüber hinaus vorsehen will. Beispielsweise lassen Angaben zur Person des Anbieters (z. B. Name des Geschäftsführers, oder einzelner Mitarbeiter) keinen Mehrwert für die Versicherten oder die Leistungserbringer erkennen. Bereits heute sind alle zugelassenen Leistungserbringer in den Preis- und Vergleichslisten aufzunehmen und insofern ist für die Anbieter kein Wettbewerbsnachteil zu befürchten. Auch die Versicherten müssen keine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit wegen unvollständiger Leistungs- und Preisvergleichslisten befürchten, zumal auch Einzelpersonen in den Listen erfasst werden, sofern sie als Leistungserbringer zugelassen sind. Da bislang auch keine weiteren Zusatzinformationen zu erfassen sind, ist die Neufassung des Satz 1 zu streichen.

bb)

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bestehen Zweifel daran, dass es der hier vorgenommenen Konkretisierung von Zugangs- und Weiterverwendungsansprüchen der Inhalte und damit Daten der Preis- und Vergleichsliste bedarf, welche die Landesverbände der Pflegekassen erstellen. Die Neuregelung wird vor diesem Hintergrund grundsätzlich abgelehnt. Die entsprechenden Informationen werden bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit zumutbar allgemein zugänglich. Diese Plattformen dienen originär der Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen bzw. der Landesverbände der Pflegekassen, die mit § 7 vorgegeben werden und explizit im Zusammenhang mit der „Auskunft und Information“ und der Pflegeberatung stehen. Vor diesem Hintergrund und hinsichtlich des angestrebten Ausschlusses, dass die Nutzung der Daten nicht in einem gewerblichen Kontext stehen soll, ist eine explizite Anbindung an nichtkommerzielle Beratungsangebote vorzusehen, falls diese Neuregelung weiter Bestand haben sollte.

Nr. 2

§ 7b (Beratungsgutscheine)

Nach § 7b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

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

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

Gewünschte Änderung

“(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

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

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Absatz 2 sowie § 7a Absatz 6 gelten entsprechend. Die Delegation der Aufgaben der Pflegeberatung im Sinne von § 7a durch die in Satz 1 genannten Stellen an Dritte ist ausgeschlossen.“

Anderenfalls ist die Neuregelung zu streichen.

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 7b Absatz 3 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für den Zweck der Beratung nach § 7a erforderlich ist.“

Satz 2 ist zu streichen.

Begründung

Die Regelung, nach welcher die Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 über Beratungsgutscheine nunmehr auf kommunale Gebietskörperschaften bzw. von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht bestimmte Stellen (Gemeindeebene) übertragen wird, ist nachvollziehbar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen, bei welchen die Beratungsgutscheine nach § 7b häufig zur Anwendung kommen, ist es dabei jedoch von großer Bedeutung, dass ein Gleichklang der Anforderungen bei den Beratungsangeboten der Pflegekassen und den Beratungsangeboten der Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI besteht, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige von gleichwertigen Beratungsstrukturen profitieren können.

In diesem Zusammenhang ist es zwingend erforderlich, dass die Pflegekassen – als für die Pflegeberatung originär zuständigen Träger – gegenüber den Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft ihrem Sicherstellungsauftrag zur Einhaltung der genannten Anforderungen an die Beratung nachkommen und entsprechende Haftungsregelungen treffen können. Da es sich bei der Pflegeberatung um einen leistungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung insgesamt handelt, muss § 7b Absatz 2 SGB XI insbesondere hinsichtlich des Gestaltungsrechts und des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sowie der Qualitätsanforderungen auch hier gelten.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen müssen die kommunalen Beratungsstellen also umfänglich den Anforderungen des § 7b unterliegen und sind den bereits geregelten Beratungsstellen gleichzustellen. Außerdem ist es explizit notwendig, dass die Delegation der Aufgaben an Dritte ausgeschlossen wird, da ansonsten nicht sichergestellt werden kann, dass die hier übertragenen Beratungsaufgaben ausschließlich in kommunaler Hand bleiben.

Darüber hinaus bleibt die Frage offen, wie die betreffenden Beratungsstellen die Anforderungen nach § 7a erfüllen sollen, da die Beratungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 7a Abs. 3, die wiederum ausdrücklich genannt werden, erst zum 31.07.2018 zu erlassen sind.

Durch die in den §§ 7 und 7a vorgenommene Harmonisierung der datenschutzrechtlichen Vorgaben für „Auskunft und Information“ und den entsprechenden Regelungen der Pflegeberatung wird bewirkt, dass eine Nutzung und Verarbeitung der hierfür notwendigen Daten gleichermaßen möglich ist (vgl. Änderungsanträge 2 und 3 vom 27.09.2016, Ausschussdrucksache 18(14)0206.1)). Außerdem wird eine gleichlautende Nutzung ermöglicht, wenn „Dritte“ von den Pflegekassen mit der Pflegeberatung nach § 7a beauftragt werden. Damit die harmonisierte Datennutzung auch in Beratungsstellen umgesetzt werden kann, welche von den Pflegekassen mittels Beratungsgutscheinen nach § 7b mit der Pflegeberatung beauftragt werden, ist es notwendig, auch § 7b Abs. 3 Satz 1 gleichlautend zu ändern.

Nr. 3

§ 7c (Pflegestützpunkte/Initiativrecht der Sozialhilfeträger)

§ 7c wird wie folgt geändert:

[...]

b) *Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:*

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können bis zum 31. Dezember 2021 aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“

c) *Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Hilfsangebote“ die Wörter „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ eingefügt.*

[...]

d) *Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:*

„(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in

der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

(8) Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

Gewünschte Änderung

Zu Absatz 1)

Abs. 1a S. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften bis zum 31. Dezember 2018 im Einvernehmen mit den Pflegekassen und Krankenkassen eine Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes schließen.“

Zu Absatz 2)

Nach den Wörtern „*einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a*“ werden die Wörter „*unter Anwendung von § 7a Absatz 3*“ eingefügt.

Zu Absatz 6)

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

“(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die

Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Absätze 7 und 8 sind zu streichen.

Begründung

Zu Absatz 1)

Die Regelung, nach welcher das Initiativrecht für die Einrichtungen von Pflegestützpunkten auch für kommunale Stellen in deren regionalen Einzugsgebiet vorgesehen wird, ist nachvollziehbar. Allerdings wurden in den Pflegekassen – aufgrund der originären Verantwortung für die Pflegeberatung nach § 7a – umfangreiche Beratungsstrukturen geschaffen, die sich auch an den jetzigen regionalen Gegebenheiten orientieren. Um im Sinne der Betroffenen die Beratungskontinuität zu erhalten bzw. um Doppelstrukturen zu vermeiden, ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen notwendig, dass etwaige Vereinbarungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten auf Initiative kommunaler Stellen immer im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen. Dies wahrt einen flexiblen Umgang hinsichtlich einer Planungssicherheit. Um die Neuregelung und deren Auswirkungen vollumfänglich im ersten Bericht nach § 7a Abs. 9 berücksichtigen zu können, sollte das Zeitfenster für den Abschluss von Vereinbarungen nach Abs. 1a enger gefasst werden, zumal eine Begrenzung auf zwei Jahre hier ausreichend sein sollte. Außerdem würde die vorgeschlagene zeitliche Begrenzung des Initiativrechts die Planungssicherheit der Pflegekassen hinsichtlich des Auf- und Ausbaus von Beratungsstrukturen erhöhen, wenn es zu keiner Ausübung des Initiativrechts seitens der Kommunen/den Trägern der Sozialhilfe kommen sollte.

Hinsichtlich der nunmehr aufgenommenen Verpflichtung, dass Rahmenvereinbarungen zur Errichtung eines Pflegestützpunktes zwingend zu schließen sind – wenn die Träger der Sozialhilfe aufgrund landesrechtlicher Vorschriften diese verlangen – ist anzumerken, dass die bisherige Kann-Regelung ausreichend war. Vielmehr dürfte die nunmehr verortete Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen im Zusammenspiel mit dem Initiativrecht der Landesregierungen zur Einrichtung von Schiedsstellen und der Berücksichtigung landesrechtlicher Bestimmungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten dazu führen, dass das bisher ausgewogene Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und den Kranken- und Pflegekassen ausgehebelt und damit empfindlich gestört würde.

Zu Absatz 2)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass explizit gesetzlich normiert werden sollte, dass die in § 7a Abs. 3 formulierten Anforderungen und die damit verbundenen Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern auch für die Pflegeberatungsstrukturen innerhalb der Pflegestützpunkte gelten müssen. Ansonsten drohen die Beratungsangebote hinsichtlich deren Qualität auseinanderzudriften und es besteht die Gefahr, dass keine gleichwertigen Angebote für die Betroffenen gewährleistet werden können.

Zu Absätzen 6, 7, 8)

Die Regelung, nach welcher den Ländern bzw. den Landesregierungen die Möglichkeit gegeben wird, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben bestimmten Frist nicht zustande kommt, wird abgelehnt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre es ein Novum, dass eine vom Land errichtete bzw. benannte (oberste) Behörde (bspw. ein Ministerium) Rahmenvereinbarungspartner im Sinne des § 7c ist und gleichzeitig die genannten Fristen bestimmt, während die Landesregierungen, welche die obersten Landesbehörden errichten, eine Schiedsstelle im Sinne des § 7c Abs. einrichten können. Die Regelung ist daher aufgrund der Gefahr eines Interessenkonflikts auf der Ebene der Länder zu streichen. Außerdem ist die Einrichtung einer Schiedsstelle aus Sicht der Betriebskrankenkassen auch deshalb nicht notwendig, weil bislang die entsprechenden Rahmenverträge auch ohne diese zustande gekommen sind, u.a. auch deshalb, weil die Länder die Rolle der Moderation bei Meinungsverschiedenheiten übernommen haben.

Nr. 4

§ 8a (Landespflegeausschüsse/Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)

[...]

c) *Die folgenden Absätze werden angefügt:*

„(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, in wie weit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.

(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.“

Gewünschte Änderung

Zu Absatz 3)

In Absatz 3 Satz 1 sind die Wörter „in Landkreisen und kreisfreien Städten“ zu streichen.

Zu Absatz 4)

Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

Die Wörter "Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder" werden gestrichen und durch das Wort "Mitglieder" ersetzt.

Zu Absatz 5)

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 sollen von den Ländern bei der Förderung der Pflegeinfrastruktur berücksichtigt werden."

Begründung

Zu Absatz 3)

Die Unterstützung der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Angebotsstruktur sollte nicht auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Vielmehr sollten größere bzw. zusammengefasste regionale Einheiten berücksichtigt werden, um eine überregionale Infrastrukturplanung in den Blick zu nehmen. Beispielsweise wird es an Stadtgrenzen häufig sinnvoll sein, auch den vorstädtischen/ländlichen Bereich hinsichtlich einer pflegerischen Strukturplanung in den Blick zu nehmen.

Zu Absatz 4)

Dass die genannten Ausschüsse für die Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplänen eine hinreichende Datenbasis benötigen, ist unbestritten. Allerdings lässt die Regelung des Absatz 4 Daten von Angeboten zur Entlastung im Alltag und neuer Wohnformen außen vor. Diese liegen nur den Ländern vor, da sie hierfür die Zuständigkeit besitzen. Daher ist es zweckmäßig, dass alle Mitglieder der benannten Ausschüsse zur Übermittlung von Daten gesetzlich verpflichtet werden.

Zu Absatz 5)

Die Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen liegt in die Regelungsverantwortung der Länder (Kommunen). Sie sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Sind Defizite bzw. Unterversorgung festzustellen, obliegt es den Ländern, mittels Infrastrukturförderung steuernd einzugreifen. Hierfür sieht § 9 entsprechende Instrumente vor, die von den Ländern durch Bereitstellung entsprechender Mittel umgesetzt werden. Daher ist es zielführend, dass die Länder als Adressaten der Empfehlungen der genannten Ausschüsse berücksichtigt werden.

Demgegenüber ist es u.a. Aufgabe der Pflegekassen, die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 69 und dessen Finanzierung im Rahmen der Leistungspflicht zu gewährleisten. Dies erfolgt insbesondere durch die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten. Die Zulassung einer Pflegeeinrichtung erfolgt durch Abschluss eines Versorgungsvertrages. Wichtig hierbei ist, dass jede Pflegeeinrichtung – welche die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllt – einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages hat. Insofern bleibt den Pflegekassen unter den derzeitigen Regelungen des SGB XI kein Spielraum, um steuernd hinsichtlich einer pflegerischen Infrastrukturplanung einzugreifen. Darüber hinaus wäre eine eventuelle Gewährung von Ver-

gütungszuschlägen zur Beseitigung von regionalen quantitativen Versorgungsdefiziten nicht mit den Bemessungsgrundsätzen nach §§ 84 ff. vereinbar. Die Pflegesätze stationärer Pflegeeinrichtungen und die Vergütungen für ambulante Leistungen müssen leistungsgerecht sein und sind für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen zu vereinbaren.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Beschlüsse der Ausschüsse nach § 8 Abs. 1 bis 3 keine unmittelbare Verbindlichkeit haben. Sie können insofern nur als Empfehlung gelten und begründen damit keine rechtlich begründete Grundlage für eine Steuerung der pflegerischen Versorgung bei der Verhandlung und beim Abschluss von Rahmen- und Versorgungsverträgen bzw. bei Vergütungsvereinbarungen mit Pflegeeinrichtungen. Insofern würde die vorgesehene Berücksichtigung der genannten Empfehlungen zu Rechtsunsicherheiten führen, Rechtsstreitigkeiten provozieren und zudem in den durch die Pflegeversicherung institutionalisierten Anbieterwettbewerb eingreifen.

Nr. 6

§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen/Abgrenzung der Leistungen von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung)

§ 13 wird wie folgt geändert:

a) *Absatz 3 wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter*

„soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ eingefügt.

bb) *Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:*

„Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“

b) *Absatz 3a wird aufgehoben.*

Gewünschte Änderung

An der bisherigen Regelung zur Gleichrangigkeit von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist festzuhalten. Insofern ist die vorgesehene (Neu-) Regelung zu streichen.

Begründung

Die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe wird im Referentenentwurf als Vorrang-/Nachrangregelung konzipiert. Allerdings wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen der Zweck einer eindeutigen Abgrenzung der Leistungen nicht nachvollziehbar und eindeutig erfüllt.

Der Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) formuliert im Teil 2 in § 90 SGB IX (neu) u.a. neue Aufgaben der Eingliederungshilfe, welche auch den Regelleistungen der Pflegeversicherung weitestgehend entsprechen. Insofern würde die Pflegeversicherung im häuslichen Bereich grundsätzlich nach Inkrafttreten des BTHG vorrangig leistungspflichtig. Dies betrifft insbesondere Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung, denn diese sind mit den Leistungen der Eingliederungshilfe vergleichbar. Darüber hinaus werden die Fallzahlen in der häuslichen Versorgung durch die im BTHG zugrundeliegende Personenzentrierung erheblich ansteigen, welche wiederum Ausgabensteigerungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erwarten lassen. Solche "Verschiebebahnhöfe" wurden bislang seitens der Politik in der Diskussion um das BTHG immer ausgeschlossen. Darüber hinausdürfte das hier

neu verortete Vorrang-/Nachrangigkeitsverhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung die Frage der Zuständigkeit dazu auf, ob die Pflegekassen oder die Träger der Eingliederungshilfe über den „Schwerpunkt der Leistungserbringung“ entscheiden. In diesem Zusammenhang muss es im Falle der Nachrangigkeit der Eingliederungshilfe gegenüber der Pflegeversicherung zu einer größeren Schnittmenge beider Leistungssysteme führen und damit zu einer Leistungsverlagerung in die Pflegeversicherung. Vor diesem Hintergrund dürften die gewachsenen Strukturen an der bisherigen Schnittstelle in Frage zu stellen sein und damit zusätzliche Zuständigkeitsstreitigkeiten provozieren. Insofern ist die nunmehr mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen in dieser Form abzulehnen.

Nr. 16b

§ 75 (Rahmenverträge, Bundesrahmenempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung/Verfahrens- und Prüfgrundsätze für die Abrechnungsprüfung)

b) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Die Regelung zielt darauf ab, eine weitere Möglichkeit der Abrechnungsprüfung auf der Landesebene zu implementieren, die etwaige besondere Landesspezifika berücksichtigen. Dies ist nachvollziehbar.

Abzulehnen ist jedoch, dass die geplante Regelung auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene i. S. d. § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht dem Prozedere der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen i. S. d. § 114, zu welcher der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz qua Gesetz innehat. Sämtliche (bundeseinheitlichen) Regelungen werden hier unter Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände vom GKV-Spitzenverband vorgenommen. Eine Mitentscheidung derjenigen, welche zur Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens und etwaiger Unstimmigkeiten zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, entbehrt jeder Logik und wird dem Ziel, Abrechnungsbetrug aufzudecken und vorzubeugen, nicht gerecht.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz II innerhalb der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2 Satz 6 die Möglichkeit zur Abrechnungsprüfung explizit herausgestellt. Auf dieser Grundlage wurde ein Konzept zur Prüfung von Abrechnungen in der ambulanten Pflege im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 durch Vertreter der Kassenartenverbände auf Bundes- und Landesebene, Vertreter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. unter der Leitung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) erarbeitet und pilotiert. Dieses Konzept wurde insofern folgerichtig auch durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den rechtlichen Rahmen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) eingearbeitet und vom BMG genehmigt. Konzeptionell wird bei der Prüfung nach § 114 SGB XI in einem Screening-Verfahren die Plausibilität der erbrachten und in Rechnung gestellten Pflegeleistungen beurteilt, um Auffälligkeiten zu identifizieren. Das weitere Vorgehen zur vertieften Abrechnungs-

prüfung bei von den Prüfern festgestellten Auffälligkeiten obliegt in erster Linie den Pflegekassen, welche hierfür die notwendige Datengrundlagen und die entsprechenden Kompetenzen vorhalten. Nur im Ausnahmefall werden an dieser Stelle die Landesverbände der Pflegekassen aktiv. Aufgrund dessen, dass das erarbeitete Konzept der Abrechnungsprüfung derzeit in den regelhaften Praxisbetrieb der Qualitätsprüfungen eingeführt wurde, sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen derzeit von weiteren parallelen Abrechnungsprüfungsstrukturen abgesehen werden. Vielmehr sollte abgewartet werden, ob sich das nunmehr implementierte Konzept der Abrechnungsprüfung bewährt und anderenfalls zu einem späteren Zeitpunkt ggf. auch mit neuen bzw. ergänzenden Strukturen nachjustiert werden.

Nr. 17

§ 79 (Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungsprüfung)

§ 79 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

- 1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie*
- 2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).*

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Möglichkeiten zur Abrechnung erweitert werden. Gleichwohl lehnen die Betriebskrankenkassen die Implementierung von Abrechnungsprüfungsstrukturen über den § 75 ab und sehen darüber hinaus derzeit auch nicht die Notwendigkeit, im § 79 herauszustellen, dass die Landesverbände der Pflegekassen eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

Wie bereits in der Begründung zur Nr. 16 (§ 75) ausgeführt, wird derzeit ein neu konzipiertes Konzept der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen nach § 114 implementiert. Dieses Konzept berücksichtigt bereits ausdrücklich etwaige bestehende Strukturen der Abrechnungsprüfung auf der Landesebene. Vor dem Hintergrund, dass das erarbeitete Konzept der Abrechnungsprüfung derzeit in den regelhaften Praxisbetrieb der Qualitätsprüfungen eingeführt wurde, sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen derzeit von weiteren parallelen Abrechnungsprüfungsstrukturen abgesehen werden. Vielmehr sollte abgewartet werden, ob sich das nunmehr implementierte Konzept der Abrechnungsprüfung bewährt und anderenfalls zu einem späteren Zeitpunkt ggf. auch mit neuen bzw. ergänzenden Strukturen nachjustiert werden.

Nr. 21b (Änderungsantrag 18 vom 28.09.2016/Ausschussdrucksache 18(14)0206.1))

§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung/Weitergabe der Daten der Qualitätsprüfungen an Dritte)

Nach Artikel 1 Nummer 21a wird folgende Nummer 21b eingefügt:

21b. Nach § 115 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu 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. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Wie bereits zur Weitergabe der Preis- und Vergleichslisten ausgeführt (vgl. Stellungnahme zu Nr. 1a bb/ÄA 2 vom 28.09.2016), bestehen aus Sicht der Betriebskrankenkassen Zweifel an der Notwendigkeit der hier vorgenommenen Konkretisierung von Zugangs- und Weiterverwendungsansprüchen der Inhalte und damit der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen und die von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt werden. Die entsprechenden Informationen werden bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit zumutbar allgemein zugänglich. Die Neuregelung wird vor diesem Hintergrund abgelehnt.

Darüber hinaus sieht die Neuregelung vor, dass nicht gewerblich tätige Dritte zu gewährleisten haben, dass bei der Verwendung der entsprechenden Daten deren Herkunft transparent bleibt, insbesondere im Zusammenhang mit der gemeinsamen Verwendung mit weiteren bzw. anderen Daten, die nicht den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen. Damit werden Dritten weiterreichende Rechte hinsichtlich der Nutzung/Veröffentlichung dieser Daten zugestanden, als den Landesverbänden der Pflegekassen selbst, denn diesen ist eine direkte gemeinsame Verwendung mit weiteren Daten nicht möglich. Die erweiterte Verwendungsmöglichkeit für Dritte lehnen die Betriebskrankenkassen daher ebenfalls ab.

Nr. 24

§§ 123/124 (Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung/ Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat)

[...]

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Die vorgesehenen Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Dass dadurch die Versorgungssituation der Versicherten verbessert wird, ist nicht erkennbar.

Mit der Übertragung der Beratung auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, wird eine kontraproduktive Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen werden.

Da der Anspruch der Versicherten auf Pflegeberatung gegenüber ihrer Pflegekasse i. S. d. § 7a Abs. 1 SGB XI weiterhin bestehen bleibt, wird das Nebeneinander von § 7a Abs. 1 und § 123 Abs. 6 zur erheblichen Problemen in der Praxis führen, zumal die Kommunen/Träger der Sozialhilfe sich bei der zur Erfüllung der hier übertragenen Aufgaben Dritter bedienen können.

Den Kassen wird außerdem die Möglichkeit entzogen, ihre eigenen Beratungskonzepte – in welche bereits umfänglich personell, organisatorisch und inhaltlich investiert wurde – durchzuführen. Insofern ist das Vorhaben, noch nicht vorhandene Beratungsstrukturen bei den Kommunen aufzubauen, obgleich diese bei den Pflegekassen bereits vorhanden sind und diese ihre Strukturen im Sinne ihrer Versicherten weiter ausbauen wollen, ordnungspolitisch verfehlt.

In der Konsequenz entstehen vermeidbare Schnittstellenprobleme sowie ein erhöhter Verwaltungsaufwand bei den Kranken- und Pflegekassen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die eigentlich gewünschte Verzahnung von Beratungsstrukturen der GKV und der Pflegeversicherung konterkariert wird. Beispielsweise hat der Gesetzgeber zuletzt durch das Hospiz- und Palliativgesetz – HPG mit § 39b SGB V die Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen eingeführt, welche explizit und sinnhaft mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches abgestimmt werden soll. Mit dem nunmehr angedachten Modellvorhaben ist deshalb die Frage zu stellen, ob die sinnvolle Abstimmung der Hospiz- und Palliativberatung mit der Pflegeberatung problemlos und im Sinne der Betroffenen funktionieren kann, wenn diese organisatorisch und räumlich noch weiter getrennt werden.

Besonders kritisch zu sehen ist, dass Beiträge der sozialen Pflegeversicherung für bereits bestehende kommunale Aufgaben der Daseinsvorsorge verwendet werden. So besteht heute schon die Aufgabe der Kommunen, in eigener Zuständigkeit zu beraten. Auch die Begrenzung

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 12.10.2016 zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung für die Modellvorhaben ändert nichts daran, dass die Daseinsvorsorge und die Altenhilfe nicht aus Versichertenbeiträgen der Pflegeversicherung zu zahlen sind.