

**STELLUNGNAHME DES VDAB ZUM
ENTWURF EINES ZWEITEN GESETZES
ZUR STÄRKUNG DER PFLEGERISCHEN
VERSORGUNG UND ZUR ÄNDERUNG
WEITERER VORSCHRIFTEN**

(ZWEITES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ – PSG II)

VDAB Hauptstadtbüro – Reinhardtstr. 19 – 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung Pflegeversicherung

Frau Regina Kraushaar

11055 Berlin

nur per E-Mail: pflgereform@bmg.bund.de



Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen

Hauptstadtbüro

Reinhardtstr. 19

10117 Berlin

Fon 030/20059079-0

Fax 030/20059079-19

berlin@vdab.de

www.vdab.de

7. Juli 2015

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

- Stellungnahme des VDAB –

Sehr geehrte Frau Kraushaar,

sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum PSG II.

Vorbemerkung zum Verfahren:

Einleitend möchten wir darauf hinweisen, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit eingeräumte Stellungnahmefrist von 2 Wochen völlig unzureichend war. Beim vorliegenden Gesetzentwurf handelt es sich im Hinblick auf den Umfang sicherlich um die weitreichendste Reform seit Inkrafttreten der stationären Stufe der Pflegeversicherung. Gerade diese Tatsache

hätte eine Frist zur Stellungnahme von mindestens 4 Wochen notwendig gemacht, um einen fundierten Austausch über solch grundlegende Veränderungen zu ermöglichen. Wir möchten deshalb an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass die nachfolgende Stellungnahme keinesfalls als abschließend betrachtet werden kann. Insbesondere im Hinblick auf die Übergangsregelungen in Artikel 2 und 3 behält sich der VDAB weitere Einlassungen vor und geht davon aus, dass diese auch nach dem Erörterungstermin noch in das Gesetzgebungsverfahren einfließen können.

Vorbemerkung zum Inhalt des Gesetzentwurfs:

Grundsätzlich begrüßt der VDAB den verbindlichen Einstieg in die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Allerdings wird der Erfolg für die Einrichtungen davon abhängen, ob in der Umsetzung eine leistungsgerechte Vergütung und eine angemessene Personalausstattung gesichert werden können. Darüber hinaus begrüßen wir ausdrücklich, dass jetzt der Gesetzgeber den Systemwechsel in der sog. Pflegetransparenz einläutet. Die inhaltliche Begründung dafür deckt sich mit der konsequenten Haltung des VDAB seit 2011, die jetzt von der breiten Mehrheit geteilt wird. Kritisch sehen wir allerdings, dass viele Regelungen zu diesem Thema offensichtlich mehr vom Gedanken der Straffung und Disziplinierung getragen sind, als von den tatsächlichen inhaltlichen Notwendigkeiten.

In der Gesamtbetrachtung der vorgesehenen Änderungen im Leistungsrecht fällt auf, dass der Gesetzgeber insbesondere das Ziel der Leistungssteuerung zu verfolgen scheint. Angefangen bei der Staffelung der zukünftigen Leistungsbeträge und Leistungsinhalte bis hin zur Refinanzierung ist offensichtlich die Vermeidung stationärer Versorgung oberstes Gebot. Trotzdem findet aber auch keine konsequente Förderung der ambulanten Pflege statt. Vielmehr wird das Augenmerk weiterhin auf Leistungen jenseits der professionellen Pflege gelegt. Aus Sicht des VDAB ist dies die falsche Antwort auf die Herausforderungen des demografischen Wandels. Wenn auch zukünftig jeder die professionelle Pflege bekommen soll, die er braucht, sollten sich die gesetzgeberischen Anstrengungen auf die Förderung und Sicherung eines flächendeckend leistungsfähigen Mixes von professionellen Angeboten richten.

Schließlich sehen wir den, zumindest in der Absicht, obligatorischen Anspruch des Bürokratieabbaus und der Minimierung des Erfüllungsaufwands für kaum gegeben und zum Teil unvollständig dargestellt. Beispielsweise wurde beim Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger völlig übersehen, dass die Pflegebedürftigen ihre Verhinderungspflege beantragen müssen, weil seitens der Kassen ein Antragsverfahren etabliert wurde. Insgesamt werden die bürokratischen Anforderungen der Pflegekassen nicht dargestellt, denn dieser ist beispielsweise auch im Rahmen des § 38 a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen) immens.

Insgesamt hätten wir uns gewünscht, dass das PSG II auch ein starkes Zeichen für die professionelle Pflege setzt. Dieses können wir allerdings im vorliegenden Entwurf kaum erkennen.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

§ 2 Selbstbestimmung

Es sollte keine Beratungspflicht und keine Zwangsberatung geben. Durch wen und in welchem Umfang Pflegebedürftige beraten werden wollen, müssen sie selbst bestimmen können. Das sollte sich im Gesetz niederschlagen. Hierfür bietet sich § 2 an; durch eine Erweiterung kann deutlich gemacht werden, dass die Selbstbestimmung auch in diesem Bereich gewährleistet wird.

Vorschlag eines neuen Absatzes 2 (die weiteren Absätze verschieben sich entsprechend)

„(2) Die Pflegebedürftigen können Art und Umfang der Beratung frei wählen.

...

(5) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 hinzuweisen.“

§ 7 Aufklärung und Auskunft

Der Gesetzgeber benennt die Leistung der Pflegekassen nicht mehr als Beratung, sondern als Auskunft. Dies trägt wohl der Realität Rechnung – der Gesetzgeber hat Schwächen in der

„Beratung“ durch die Pflegekassen entdeckt. In diesem Kontext ist wohl auch die in § 7a Abs. 8 beabsichtigte Änderung zu sehen – der Gesetzgeber gibt erstmals schriftlich im Gesetz auf, dass die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten ist. Dies ist uneingeschränkt begrüßenswert. Offenbar ist angekommen, dass Pflegekassen per se weder neutral noch unabhängig sind.

Im Einzelnen werden den Kassen stattdessen viele gut gemeinte Informationspflichten aufgegeben, nämlich die unentgeltliche Pflegeberatung, 7a, zu den Pflegestützpunkten, 7c, zur integrierten Versorgung und (auf Nachfrage) zu Leistungs- und Preisvergleichslisten. Die Pflegebedürftigen bekommen also Informationen zuhauf und sollen damit dann zu den Stützpunkten gehen. Wir fragen uns, ob diese Informationsflut die Pflegebedürftigen nicht letztlich überfordert und der zusätzliche Schritt, sich an die Pflegestützpunkte zu wenden, nicht überlastet.

Zu den Preislisten stellt sich die Frage, wie denn die Preise im ambulanten Bereich vergleichbar werden. Bis dato ist aufgrund der unterschiedlichen Vergütungsstrukturen (die ja nicht mal zwingend in einem Bundesland einheitlich sind) die Vergleichbarkeit jedenfalls nicht gegeben, was ein Grund sein mag, dass diese Vorschrift in der Vergangenheit nicht gelebt wurde (werden konnte). Eine Lösung könnte hier die zwingende Vereinheitlichung der Leistungs- und Vergütungsstruktur in den Landesrahmenverträgen nach §§ 75, 89 werden, Ausführungen siehe dort.

Der VDAB hat sich immer für eine Pluralität der Beratungsanbieter und gegen ein Beratungsmonopol der Pflegekassen auf Basis einer gesetzlichen Verpflichtung ausgesprochen. Bei der Beratung durch Kostenträger besteht immer die Gefahr der Interessenkollision und damit einer Beratung nach Kassenlage.

§ 7a Pflegeberatung

Es steht zu befürchten, dass mit der Beratung durch die beabsichtigten Regelungen der Weg von Selbstbestimmung und Wahlrechten hin zu einer Steuerung geebnet werden soll. Die Mittel dazu

sind der Versorgungsplan und die zukünftig erforderliche Richtlinie zur Pflegeberatung. Ein weiterer Beleg für große Einschnitte in die Selbstbestimmung ist die beabsichtigte Regelung, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu verpflichten, für die von ihnen betreuten ratsuchenden Leistungsbezieher regelmäßig auch die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 in der eigenen Häuslichkeit darauf hin durchzusehen, ob sich hieraus Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation ergeben. Bei Vorliegen entsprechender Hinweise sollen sie aktiv eine Beratung anbieten und – auf Wunsch des Versicherten – auf eine Genehmigung von laut Versorgungsplan für notwendig erachteten Maßnahmen durch den jeweils zuständigen Leistungsträger hinwirken.

Wo bleibt da die Eigenentscheidung und Autonomie des Versicherten? Und rein praktisch: Wie soll der Datentransfer der Beratungsergebnisse aus § 37 Abs. 3 von der Pflegekasse an den Pflegeberater verlaufen? Muss der Versicherte in die Datenübermittlung einwilligen? Selbstbestimmung über die eigenen Daten und die selbstgewählten Leistungen sind dadurch in Gefahr.

Wir sehen den Wunsch des Gesetzgebers, eine Kontinuität in der Beratung durch den bisherigen Prozess zu erreichen, gleichzeitig weisen wir an dieser Stelle aber auch auf die Notwendigkeit hin, einen Prozess zu integrieren, der die oben genannte Kontrolle dauerhaft sicherstellt. So ist eine regelmäßige Berichtspflicht ein Schritt in die richtige Richtung. In diesem Bericht sollten aus Sicht des VDAB Determinanten verpflichtend verankert werden, welche eine unabhängige Beratung und Neutralität widerspiegeln. Nur so würden Unstimmigkeiten in der Beratung zeitnah aufgedeckt werden und eine entsprechende Neutralitätskontrolle der Beratung erfolgen, was auch im Sinne der Versicherten wäre.

Eine Gelegenheit zur Stellungnahme des VDAB zur Ausgestaltung dieser Berichtsinhalte aus Leistungsanbietersicht würden wir daher begrüßen.

§ 7c Pflegestützpunkte

Jeder Versicherte kann heute aus einer Vielzahl von Angeboten – alle kostenlos – auswählen. Er kann wählen zwischen mündlich-telefonisch, mündlich-persönlich, schriftlich-konkret und schriftlich-allgemein. Er kann sich von kommunalen, überregionalen und Landesinstitutionen beraten lassen und natürlich von jedem privaten Leistungserbringer, und er hat hierbei die Wahl zwischen ambulant und stationär.

Der Informationssuchende sollte die Wahl haben, wem er in Bezug auf die Beratung vertraut und wen er in diesem Kontext für neutral hält. Die Beratung an einen geschlossenen Anbieterzirkel zu vergeben mit Tendenz zum Kostenträger, halten wir nicht für sinnvoll und hat sich angesichts der Entwicklung bei den Pflegestützpunkten offensichtlich auch nicht als Erfolgsmodell erwiesen.

So vollzog sich der Aufbau der Pflegestützpunkte nur in kleinen Schritten: Nach der gesetzlichen Verankerung der Pflegestützpunkte wurden Millionen Fördergelder für deren Aufbau in der Vergangenheit kaum abgerufen. Was Notwendigkeit und Sinn von Pflegestützpunkten angeht, spricht diese Tatsache für sich. Jeder Euro, der zusätzlich in eine normierte und regulierte Beratung fließt, ist verschwendetes Versichertengeld.

Dass die Pflegestützpunkte innerhalb des Gesetzes nur eine neue Verortung erfahren haben, geht aus unserer Sicht nicht weit genug. Bereits in vergangenen Stellungnahmen haben wir zum Ausdruck gebracht, dass wir in der Einführung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten eine überflüssige Doppelstruktur sehen.

Aus unserer Sicht sind Pflegestützpunkte gänzlich verzichtbar. Da mittlerweile aber Strukturen geschaffen sind, die eine Abschaffung unrealistisch machen, empfiehlt es sich aus unserer Sicht, allenfalls Bestandsschutz für die alten auszusprechen und keine neuen Pflegestützpunkte zuzulassen.

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen müssen das Recht haben, sich durch ihre Vereinigungen bei Durchführung von Verhandlungen vertreten zu lassen.

Damit einher gehen Änderungsvorschläge in § 85 Abs. 1 (stationär) und in § 89 Abs. 1 (ambulant), wonach Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze bzw. eine Leistungs- und Vergütungsstruktur ambulanter Leistungen zwischen der Pflegeeinrichtung **bzw. seiner Vereinigung** und den Leistungsträgern zu vereinbaren sind, vgl. dortige Anmerkungen.

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Eine Gesamtbewertung zum aktuellen Zeitpunkt ist schwer durchführbar: Die Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt in Teilschritten. Entsprechend ist es aus Sicht des VDAB derzeit nur möglich, einen Blick auf einzelne Teilbereiche zu werfen. Die abschließende Beurteilung des Gesamtsystems kann erst dann erfolgen, wenn klar ist, wie die konkrete Zuordnung zu den Pflegegraden erfolgt, wie die Refinanzierung gestaltet und wie die Personalausstattung gesichert ist. Insgesamt ist darauf achten, dass die Versorgungsqualität durch ein neues System nicht gefährdet wird.

Hinsichtlich der Anpassung der Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit an das neue Begutachtungsassessment hat der VDAB im Zusammenhang mit der Richtlinienerstellung bereits in seiner Stellungnahme im Rahmen der Expertenanhörung vom 20.05.2015 (Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.1) darauf hingewiesen, dass den Leistungserbringern unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor dem Antrag auf Genehmigung an das Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Diese Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Richtlinienentwurf einzubeziehen und die Institutionen des Beteiligungsverfahrens über die daraus resultierenden Änderungen zu informieren.

Der VDAB begrüßt, dass seine Vorschläge Eingang in den Referentenentwurf gefunden haben.

Inwieweit die Inhalte der Stellungnahmen einzelner Akteure in den Prozess einbezogen werden, wird sich allerdings erst in der praktischen Umsetzung zeigen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird nach § 18 c wissenschaftlich evaluiert. Hierbei werden Maßnahmen und Ergebnisse der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a untersucht. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.

Wir sehen ebenfalls gerade im Hinblick auf die fundamentalen Änderungen der Strukturen die Notwendigkeit für eine Evaluation des Systems. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden strukturell-personellen und finanziellen Auswirkungen auf die Einrichtungen sprechen wir uns dafür aus, in engmaschigen Abständen von den Experten Zwischenberichte erstellen zu lassen. Nur so kann kurzfristig und zu einem frühen Zeitpunkt auf Fehlentwicklungen reagiert werden. Diese Zwischenberichtszeitpunkte sollten bereits im Gesetzentwurf verankert werden. Gleiches gilt aus Sicht des VDAB auch für Regelungen zu dem Informationsfluss der Berichts- und Zwischenberichtsergebnisse an die Akteure.

§ 18 Abs. 6a Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Antragstellung auf Bewilligung der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel soll zukünftig unmittelbar auf die im Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen aufsetzen. Der Antrag gilt bei Zustimmung des Versicherten bzw. seines/seiner Betreuer/in oder Bevollmächtigten aus diesem Grund mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als gestellt. Dies stellt für die Versicherten eine erhebliche Erleichterung dar, aber auch für die Pflegedienste, die hier oft als Ansprechpartner fungierten, tatsächlich aber bei Untätigkeit der Pflegekassen/Krankenkassen nichts ausrichten konnten.

Die Pflicht der Pflegekasse, den durch das Gutachten übermittelten Antrag unverzüglich zu entscheiden und das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 SGB V oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 zu vermuten, sind kluge Entscheidungen des Gesetzgebers.

Die Regelung dient nicht nur der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und der Pflegekasse und unterstützt die Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Pflegekassen und MDK, sondern stellt weitestgehend sicher, dass der Versicherte überhaupt zu seinem Recht kommt.

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

Der VDAB begrüßt die fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Der vorliegende Referentenentwurf und die Begründung beinhalten derzeit keine Informationen zu der Übertragung der Evaluationsergebnisse in die Branche und unter anderem hier auch nicht zu dem neu einzurichtenden Qualitätsausschuss. Dies sollte sowohl in prozessualer wie auch zeitlicher Hinsicht vom Gesetzgeber geregelt werden.

Wir würden eine engmaschige Berichtspflicht begrüßen, hierauf haben in § 14 (Begriff der Pflegebedürftigkeit) hingewiesen.

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Abs. 1

Der Grundsatz, die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2-5 zu gewähren, aber auch bei geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit leistungrechtlich zu hinterlegen, ist begrüßenswert.

Sinnvoll ist, dass die Ansprüche erstmalig an einem Ort aufgelistet werden.

In der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass darüber hinaus noch medizinische Rehabilitation und Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen in Anspruch genommen werden können. Aus unserer Sicht besteht kein Grund, diese Ansprüche nicht auch direkt im Gesetz konsequent mit aufzuzählen. Gerade die Klarstellung hinsichtlich der

medizinischen Reha wäre sinnvoll, denn der Personenkreis mit Pflegegrad 1 ist prädestiniert hierfür.

Die Überleitungsregel stellt sicher, dass kein bisher eingestuftter Pflegebedürftiger schlechter gestellt wird; sinnig ist gerade auch der doppelte Stufensprung für die vormaligen nach § 45a anerkannten Anspruchsberechtigten. Damit dürften aufgrund der Überleitungsregelung keine Pflegebedürftigen in weniger als Pflegegrad 2 eingestuft werden.

Abs. 2 und Abs. 3

Hier möchten wir klarstellend darauf hinweisen, dass es sich bei den 125 EUR um eine Erstattungsleistung handelt und gerade nicht um eine (ambulante oder stationäre) Sachleistung. Deshalb könnte der Verweis auf § 36 zu Missverständnissen führen. Hilfreich wäre, die Leistungen direkt aufzuzählen.

Formulierungsvorschlag:

„(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste ~~im Sinne des § 36~~ **für körperbezogene Pflegemaßnahmen, Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung** sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 eingesetzt werden.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen ~~Zuschuss~~ **Erstattungsbetrag** in Höhe von 125 Euro.“

§ 30 - Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

Es ist zu begrüßen, dass die Prüfung der Anpassungsnotwendigkeit auf 2020 festgelegt ist. Für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen ist es von zentraler Bedeutung, dass Pflege für den Betroffenen bezahlbar bleibt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass es zu keiner schleichenden Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung kommt. Wünschenswert wäre eine jährliche Überprüfung des Anpassungsbedarfs. Ziel muss es sein, den Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung stabil zu halten. Die gesetzliche Dynamisierung kann aber nicht über den langen Zeitraum, in dem kein Inflationsausgleich erfolgt ist, hinwegtäuschen.

§§ 36, 37 - Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung, pflegerische Betreuungsmaßnahme

Die bisherige Beschränkung auf bestimmte körperbezogene Verrichtungen entfällt. Damit besteht freie Wahl der Leistungen. Dass die im Einzelfall sichergestellte Grundpflege erfüllt sein muss, wird in Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konsequenterweise aufgegeben. Die Gleichbehandlung von somatischen, psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen ist uneingeschränkt richtig und längst überfällig.

Neben der gesetzlichen Regelung selbst und der Gesetzesbegründung soll der Begriff der häuslichen Pflegehilfe und somit die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung nähere Ausgestaltung erfahren durch weitere Quellen: Die Gesetzesbegründung nennt die Bundesempfehlungen und Rahmenvereinbarungen nach § 75 und die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113. Dass die Gesetzesbegründung im gleichen Atemzug das Gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften nennt, geht jedoch fehl. Das Leistungsrechtliche Rundschreiben hat keine normierende Wirkung, sondern ist lediglich eine einseitige Erklärung des Gesetzes aus Sicht eines Kostenträgers.

Wiederholt hat sich auch schon gezeigt, dass Erläuterungen im Rundschreiben einer rechtlichen Überprüfung nicht standgehalten haben.

§ 36 Abs. 2

Ausgeschlossen sind danach Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Damit soll sichergestellt werden, dass Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers (beispielsweise die Eingliederungshilfe oder die Krankenversicherung) fallen, auch von diesem erbracht werden. Der gesetzgeberische Wille ist, dass - wenn die Hilfen in den genannten Bereichen auch pflegerische Maßnahmen beinhalten - diese integraler Bestandteil der Hilfen sind und von den zuständigen Trägern mit erbracht werden müssen (Beispiel Krankenhausaufenthalt). Beim Krankenhausaufenthalt ist dies nachvollziehbar. Wie ist es jedoch beim Kindergarten oder in der Schule? In diesen Bereichen sollen künftig die Leistungen der Pflegeversicherung den pflegebedürftigen Personen überhaupt nicht mehr zur Verfügung. Es sind aber beispielsweise Kinder in einer Regelschule denkbar, die pflegerischer Hilfen bedürfen, die ihnen die Schule nicht bieten kann und nicht zu leisten verpflichtet ist.

Wir schlagen deshalb eine Umformulierung vor:

- (2) „Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen oder Fähigkeitsstörungen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Ausgeschlossen sind Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation, **soweit pflegerische Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, von diesem zu erbringen sind.** Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“

§ 36 Abs. 4 Pflegesachleistung

Eine Einzelpflegekraft kann auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den vollen Sachleistungsanspruch ausschöpfen. Weil Einzelpflegekräfte nicht den Regelungen der professionellen Pflege unterliegen, verbindet sich damit eine Grundsatzkritik, vgl. Anmerkungen zu § 77.

§ 37 Abs. 3 Vergütung von Beratungseinsätzen

Die Überarbeitung wird dazu genutzt, die Regelung zu den Beratungsbesuchen nach Absatz 3 und auch in Absatz 5 und 7 weiterzuentwickeln, wie die Begründung ausführt. Es sei nicht daran gedacht, die Zielsetzung der Beratung nach dieser Vorschrift grundlegend zu ändern oder zu erweitern.

Leider ist aber auch nicht daran gedacht, die Unterfinanzierung dieser wertvollen Leistungen gesetzlich endlich geradezurücken. Stattdessen werden nur die Qualitätsansprüche höher geschraubt. Das müssen Pflegeunternehmer und Pflegende als zynisch empfinden.

Anhand dieser Regelung wird besonders deutlich, wie es um die Wertschätzung der Pflege in finanzieller Hinsicht bestellt ist. Trotz der sowohl vom Minister wie vom Staatssekretär angekündigten besseren Bezahlung der Pflegekräfte ist die gesetzliche Realität eine andere. Wer für einen Beratungseinsatz einer Pflegefachkraft höchstens 33 Euro für angemessen hält, zeigt, wie er den Wert von Pflegearbeit einschätzt. Angesichts des tatsächlichen Aufwandes war und ist die Deckelung der Kosten auf diesem Niveau völlig unangemessen.

Der VDAB fordert vor diesem Hintergrund eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung des Beratungseinsatzes. Davon ausgehend, dass ein Beratungseinsatz im Schnitt 45 Min zzgl. Anfahrt und Verwaltung dauert, ergibt sich eine Vergütung in Höhe von ca. 85 EUR als Mischkalkulation über alle Pflegestufen. Angesichts des tatsächlichen Aufwands muss die Erhöhung um 1 Euro für Pflegekräfte und Einrichtungen wie Hohn klingen.

§ 37 Abs. 5 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsleistungen

Die Qualität der Beratungsleistungen soll immer höher geschraubt werden, die Pflegeversicherung will dafür aber nicht mehr bezahlen.

Diese Ansprüche sind überhöht und ein Schlag ins Gesicht der professionellen Pflege.

Wenn es hier zu einer Ausweitung der Anforderungen kommt, dann bedeutet dies auch eine Verpflichtung zur angemessenen Refinanzierung.

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Abs 1 Nr. 3 überarbeitet durch das PSG I

In der Begründung der letzten Änderungen im PSG I aus dem Gesundheitsausschuss wurde von diesem betont, dass „die Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen wächst“ und diese Wohngruppen „dem Wunsch nach privater und häuslicher Pflege Rechnung tragen“.

Deshalb war es aus Sicht des VDAB nicht nachvollziehbar, dass kurzfristig zahlreiche Regularien vom Gesetzgeber aufgenommen wurden, welche das Leben in Wohngruppen nach Gesetzeseinführung nicht etwa erleichterten, sondern zahlreiche Flexibilisierungen nahmen. So war es nicht überraschend, dass sich in den letzten Monaten in der Praxis – nach Einführung des neuen §38a –Umsetzungsschwierigkeiten einzelner neuer Regelungen zeigten.

Da der Gesetzgeber durch seine Formulierung in der damaligen Begründung bereits auf mögliche Anpassungen im PSG II hinwies („Das Anwachsen der Zahl und der Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen für die pflegerische Versorgung stellt auch die Frage, wie die Qualität der konzeptionellen Grundlagen, der pflegerischen Versorgung und der Betreuung in dieser Versorgungsform sichergestellt werden kann. Daher ist mit Blick auf die zweite Stufe der Pflegereform zu prüfen, wie die dazu notwendigen pflegefachlichen Entwicklungen unterstützt und ob in die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege entsprechende Regelungen eingefügt werden müssen.“) haben wir eine Anpassung derzeit problematischer Regelungen erwartet.

Wir mussten nun feststellen, dass die Kernprobleme der alten Regelung nicht gelöst wurden.

Mit dem PNG war der Anspruch ins Gesetz aufgenommen und klargestellt, dass der Zuschlag für den Einsatz einer Präsenzkraft bestimmt werden soll.

Durch das PSG I wurde gefordert, dass „eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist“.

Der alte Wortlaut sah also nicht vor, dass die „Person“ von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist („in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist“) – konnte also auch vom Pflegedienst/Anbieter gestellt werden.

Aus der Änderung ergeben sich verschiedene ungeklärte Fragen:

- Was passiert, wenn 3 von 10 Mitbewohnern eine andere Person gemeinschaftlich beauftragen? Vom Wortlaut her entfielen dann der Anspruch. Ist das gesetzgeberisch intendiert?
- Muss ein neuer Mitbewohner der Gemeinschaftsentscheid beitreten – der Schuldnergemeinschaft? Oder ist es erforderlich, dass die Gemeinschaft bei Mitbewohnerwechsel „die Person“ immer wieder neu beauftragt?
- Muss „die Person“ immer versuchen, mit Allen der Gemeinschaft etwas gemeinsam zu tun, oder kann die Person auf Wunsch auch mit einem Bedürftigen alleine z.B. spazieren gehen?
- Zudem taucht ein schwerwiegendes **sozialversicherungsrechtliches Problem** auf, nämlich das der Scheinselbstständigkeit. Denn eine wirklich selbstständige Tätigkeit kann wegen Weisungsgebundenheit hinsichtlich Ort, Zeit und Inhalt der Tätigkeit der „Person“ gar nicht vorliegen. Wenn aber offensichtlich keine Institution wie der Pflegedienst oder eine Agentur, sondern eine natürliche Person beauftragt werden muss, würde die Gemeinschaft (als Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GbR) unweigerlich Arbeitgeber der „Person“. Die Neuregelung kann im Ergebnis wegen wissentlicher oder unwissentlicher Beschäftigung einer unmöglich „selbstständigen Präsenzkraft“ und daraus folgender Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträgen Schwarzarbeit fördern.

Das PSG II wäre eine gute Gelegenheit, die Unklarheiten, die durch das PSG I ins Gesetz gekommen sind, zu bereinigen. Wir schlagen vor, wieder von „Präsenzkraft“ zu sprechen. Dann wäre klar, dass es sich um eine/n Mitarbeiter/in des beauftragten Pflegedienstes handeln kann und das ist die

unbürokratischste und risikoärmste Variante für den Pflegeversicherten, der keine sozialversicherungsrechtlichen Pflichten als Arbeitgeber eingehen will.

§ 38a Abs. 1 Nr. 4 Hohe Hürden für WG-Bewohner bei der Inanspruchnahme von Tagespflege

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gem. § 41 können neben den Leistungen nach § 38a nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Dies wird damit begründet, dass beklagt werde (sicherlich haben sich hier die Pflegekassen beklagt), dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde. Mit der Änderung soll derartigen Kombinationsmöglichkeiten der Boden entzogen werden, ohne den Mitgliedern von ambulant betreuten Wohngruppen den Zugang zu Leistungen der teilstationären Pflege zu verschließen.

Genau dies wird hier aber geschehen: Die Tagespflege dient der Unterstützung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Ein Anspruch besteht nach dem Gesetz, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann **oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist**. Das muss für alle Arten der häuslichen Versorgung gelten. Willkürlich Wohngruppen herauszunehmen und eine Sonderregel zu schaffen, nach der über den Leistungsumfang der MDK entscheiden darf, ist eine nicht nachvollziehbare Benachteiligung und gerade keine Stärkung von Wohngruppen, wie sie doch eigentlich beabsichtigt ist. Der Pflegedienst ist nur Gast/Dienstleister in einer Wohngruppe; deshalb kann eine Versorgungsart nicht verweigert werden.

§ 38a Abs. 2 Anforderungen von Unterlagen durch die Pflegekassen

Mit Unverständnis stellen wir fest, dass an den bürokratischen Hindernissen und den datenschutzrechtlichen Eingriffen festgehalten wird.

Ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigte der Gesetzgeber bei Einführung des Zuschlags im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), die „Erbringung von Nachweisen über entstandene Kosten (und damit verbundene Buchführungen)“ zu vermeiden, weil dies „zu bürokratisch wäre und insbesondere selbst organisierten Wohngruppen nicht gerecht“ würde. „Die Leistung wird pauschal (ebenso wie das Pflegegeld) zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt. ... Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird bewusst verzichtet.“

Mittlerweile hat sich der Anspruch mit seinen Anforderungen zu einem **bürokratischen Verhinderungsmonstrum** entwickelt. So dürfen der Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses und Vorname/Name/Anschrift/Telefonnummer der beauftragten Person angefordert werden. Hiergegen bestehen schwerwiegende datenschutzrechtliche Bedenken.

Der VDAB hält die Regelung insgesamt für unnötig. Die Entwicklungen um die Heimgesetze in den Ländern haben bereits verdeutlicht, dass der Einbezug neuer Wohnformen in das Prüfreime von Staat und / oder Kostenträgern zu Verwerfungen führt. Denn hier zeigt sich immer wieder der Widerspruch zwischen der strukturellen Anforderung an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf der einen und dem staatlichen Schutz- und Kontrollanspruch auf der anderen Seite. Tatsache ist, dass es sich in jedem Fall um eine ambulante Wohnform handelt, die in Privaträumen stattfindet. Es stellt sich also die Frage nach der grundsätzlichen Rechtfertigung von externen Prüfungen und Nachweispflichten abseits der originären Pflegeleistungen. Denn die angesprochenen Wohnformen sind in Abgrenzung zu stationären Einrichtungen ja gerade nicht institutionalisiert und sollen es rechtlich auch nicht sein. Somit sind ambulante Wohnformen keine Einrichtungen und deshalb hinsichtlich ihrer Struktur eigentlich keiner externen Kontrolle zugänglich - es sei denn, man ersetzt Selbstbestimmung durch externe Standards. Dies hält der VDAB allerdings für den falschen Weg. Vielmehr sollte man die neuen Wohnformen als das behandeln, was sie sind – als ambulante Versorgung. Das bedeutet, dass letztlich nur die

Leistungen des ambulanten Pflegedienstes einer Qualitätssicherung und auch einer Qualitätsprüfung unterliegen können. Die übrigen Belange sind durch die Pflegebedürftigen sicherzustellen, was Ausfluss der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ist.

Der VDAB schlägt deshalb vor, die Nr.6 zu Absatz 4 zu streichen.

§§ 41, 43 weiterhin keine Kostenübernahme von Behandlungspflege in TAPF und KUPF, vollstationär durch Krankenkassen

Der Referentenentwurf stellt in der Begründung zur vollstationären Pflege in § 43 ausdrücklich klar, dass es im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege keine Änderung gebe. Das ist bedauerlich. Der VDAB hat schon wiederholt kritisiert, dass die Finanzierung der Behandlungspflege aus Mitteln der Pflegeversicherung systemwidrig ist. Eine stichhaltige Begründung, warum man auch weiterhin an diesem Systembruch festhält, lässt der Referentenentwurf wohl auch deshalb vermissen, weil es keine gibt.

Wenn es also dabei bleiben soll, dass die Krankenkassen ohne Begründung auch weiterhin ihrer Finanzierungsverantwortung im vollstationären Bereich nicht gerecht zu werden brauchen, so wäre dies zumindest in der Kurzzeitpflege zu überdenken. Es wäre eine echte Unterstützung für Pflegebedürftige, die zum Beispiel gerade nach Krankenhausaufenthalten (sog. „blutige Entlassungen“) nicht nach Hause entlassen werden können. Sie haben großen behandlungspflegerischen Bedarf. Es wäre ein Geraderücken des Systems, dass sich hier die Krankenkassen nicht aus ihrer Verantwortung ziehen können.

§ 43 Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung

Abs. 1

Neue Leistungsbeträge

Neben der unzweifelhaften Notwendigkeit der Neuregelung der Leistungsbeträge auf Grund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die konkrete Staffelung ein weiteres Indiz für die Ausweitung der Absicht des Gesetzgebers zur Leistungssteuerung. So ist insbesondere die Höhe des

Leistungsbetrages im Pflegegrad 2, zusammen mit der Neugestaltung eines einheitlichen Eigenanteils (s.u. § 84), ein klarer Eingriff in die Wahlfreiheit des Versicherten durch den Aufbau finanzieller Hürden. Der VDAB hält dieses Vorgehen für nicht gerechtfertigt.

Abs. 3

Wählen Pflegebedürftige des Grades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie „zu“ den in Abs. 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 EUR monatlich.

Es ist inkonsequent, die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bei den Sachleistungen zu benennen, da sie ja gerade keine Sachleistung, sondern einen Erstattungsbetrag erhalten sollen. Deutlich wird die fehlerhafte Systematik insbesondere durch den Verweis auf Abs. 2 „zu“ dem sie zusätzlich einen Zuschuss erhalten sollen – in Abs. 2 sind aber gerade nur die Pflegegrade 2-5 geregelt.

Daraus folgt, dass Abs. 3 in § 43 zu streichen ist. Es verbleibt bei der ausreichenden Regelung in § 28a Abs. 3 (vgl. unsere Anmerkungen dort).

Abs. 4

Die bisherige Regelung, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewährt wird, halten wir für genauso wenig sinnvoll wie die geplante Neuregelung, nach der Pflegebedürftige der Pflegegrade 1-5 nunmehr einen Zuschuss in Höhe von 80 % des jeweiligen Gesamtwertes erhalten sollen.

Die Zielsetzung des Gesetzgebers ist klar und zieht sich wie ein roter Faden durch das PSG II – Pflegebedürftige sollen gesteuert werden. Das ist ein klarer Verstoß gegen die Gedanken an Selbstbestimmung und Wahlrechte.

Mit dieser Regelung werden dem geschäftsfähigen Pflegebedürftigen selbstverständliche Wahlfreiheiten und Vertragsfreiheiten genommen. Ziel der Arbeit der Professionellen Pflege ist es, die Pflegebedürftigen so individuell wie möglich zu versorgen und zu betreuen. Das verlangt vom

Gesetzgeber mehr Freiheit von Normierungen und nicht die Schaffung neuer Regelungen: Denn nach Ansicht des VDAB ist die Voraussetzung für den Versicherten, eine individuelle Pflege zu erhalten, dem Pflegeunternehmer über die Gesetzgebung Wahlmöglichkeiten zu eröffnen, ein Angebot für die Versicherten an den Markt stellen zu wollen und können. Mit Schaffung dieser Regelung erfolgt durch den Gesetzgeber eine gezielte Steuerung, da dem Versicherten die Wahlfreiheit genommen wird.

Wir fordern eine freie Wählbarkeit von ambulanten oder stationären Leistungen. Abs. 4 ist ersatzlos zu streichen.

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Redaktioneller Hinweis :

Im ersten Satz sind Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 nicht benannt. Diese Schlechterstellung bzw. Nichtregelung für Pflegegrad 4 ist wohl nicht beabsichtigt.

§ 45 - Pflegekurse

Die Pflegekassen werden verpflichtet, unentgeltlich Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen durchzuführen. Die positiven Erfahrungen zeigen, dass die Stärkung des Anspruchs auf Unterstützung der Pflegenden sehr begrüßenswert ist. Besonders erfreulich ist die Stärkung der individuellen häuslichen Schulungen, da die Kurse auf Wunsch in der Häuslichkeit stattfinden.

§ 45a Abs. 1 Nr. 1, § 45 c Abs. 1 (vgl auch 82b Abs. 2)

Der Gesetzgeber setzt weiter auf die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements. Dabei darf eines nicht vergessen werden: Ehrenamtlich Engagierten können durch Wohlfahrtseinrichtungen bis zu 2.400 EUR steuer- und sozialversicherungsfrei gewährt werden. Grundsätzlich begrüßt der VDAB die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements. Eine systemische Anbindung von Ehrenamt kritisieren wir aber scharf, solange es privaten Pflegeeinrichtungen nicht ermöglicht wird, die Übungsleiterpauschale ebenfalls zu gewähren. Das ist bisher nicht möglich und auch nach dem

vorliegenden Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Die privaten Pflegeeinrichtungen sind hier klar benachteiligt, weil der Anreiz, für eine Wohlfahrtseinrichtung ehrenamtlich tätig zu werden, höher ist.

Der VDAB fordert, dass das bürgerschaftliche Engagement unabhängig davon gefördert wird, bei welcher Einrichtung es erfolgt.

§ 45a Abs. 4 (alt: § 45b Abs. 3)

Bei Nichtausschöpfen des Anspruchs auf ambulante Pflegeleistungen können seit dem 1. Januar 2015 (PSG I) maximal 40 % des nicht genutzten Betrages für „niedrigschwellige Entlastungs- und Betreuungsangebote“ (jetzt: „Entlastungsbetrag“) verwendet werden.

Das schafft keine neuen Wahlrechte. Denn Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sind bereits heute Bestandteil des Angebots der Sachleistung. Anders als in der Gesetzesbegründung formuliert, geht es hier ausschließlich um die Ersetzung professioneller Pflege durch billige Leistungsangebote von z.B. Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen. Diese Angebote sollen nun auch noch mit Geldern der Pflegeversicherung finanziert werden. Es ist völlig unverständlich, dass die professionelle Pflege derartig überreglementiert bleibt, wenn auf der anderen Seite ein Bereich erheblich ausgeweitet wird, der völlig ohne staatliche Reglementierung auskommt. Dies gilt umso mehr, da absehbar ist, dass in der Praxis neben „Unterstützungsleistungen im Alltag“ auch körperbezogene Pflegemaßnahmen erbracht werden.

Wir halten den Umwandlungsanspruch mithin für nicht zielführend. Somit ist auch eine Evaluation dessen aus unserer Sicht überflüssig.

Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass die Leistungen nach § 45b bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege „weiterhin“ keine Berücksichtigung finden. Diese Klarstellung ist erfreulich. Leider stimmt der Bezug nicht ganz: Der Verweis muss zu § 13 Abs. 3a (statt § 13 Abs. 3 Satz 1) hergestellt werden. Da sich in der Praxis durch Vorpreschen einzelner Städte bereits die ersten Streitigkeiten abzeichnen, die einen Verweis auf § 13 Abs. 3a für nicht einschlägig erklären wollen, wäre eine Klarstellung in § 45b (und nicht nur in der Begründung) begrüßenswert.

§ 45 b Abs 1 Satz 3 Nr. 3

Da Betreuung jetzt – wie bereits bislang die hauswirtschaftliche Versorgung – integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste ist und sich insoweit der Anwendungsbereich des § 36 im Zusammenspiel mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweitert und Leistungen umfasst, die zum Teil bislang als unter § 45b fallend betrachtet wurden, entfällt der bisherige „Sonderbereich“ für das Tätigwerden zugelassener Pflegedienste in § 45b. Eine Erstattung erfolgt dementsprechend für die Leistungen ambulanter Pflegedienste im Sinne des § 36, nicht jedoch – wie bereits bislang – für Leistungen, die in Bezug auf körperbezogene Pflege (bislang: „Grundpflege“) erbracht werden. Die entsprechende Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich hinsichtlich der Einführung einer Entlastungsleistung ausgesprochen hat für die Verankerung eines separaten Betrages als Anreiz setzen, dass Angehörige und andere Pflegepersonen sich tatsächlich entlasten.

Das ist konsequent.

Zur Formulierung im Gesetz schlagen wir vor, „nicht im Sinne von § 36“ aufzunehmen. Vielmehr sollte zur Unterscheidung der Leistungen vor dem Hintergrund maximaler Transparenz klargestellt werden, dass es sich nicht um eine Sachleistung handelt. Daher ist konkret zu beschreiben, um welche Leistungen es sich handelt: Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Umformulierung könnte lauten:

„...Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von ...

Nr. 3 Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 nur für Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.“

§ 45b Abs. 2 (§ 45a alt)

Die Leistung war und ist weiterhin als Antragsleistung ausgestaltet. Bei der jetzigen gesetzlichen Regelung haben wir in der Praxis ein Problem mit der Übernahme der Kosten für entstandene Kosten im Bereich der sonstigen Betreuungsleistungen aus unserer Mitgliedschaft rückgemeldet bekommen.

Eine bundesweit tätige Pflegekasse übernimmt nicht die vollen Rechnungsbeträge, welche sich bei der Leistungserbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen ergeben haben. Diese beruft sich auf einen **Antrag**. Sie argumentiert, dass der Leistungsanspruch dann auch erst ab Antragstellung bestehe. Ein in der Vergangenheit bereits angespartes Budget verneint sie. D. h., dass der Anspruch, welcher dem Versicherten seit Januar 2015 zusteht, erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung anerkannt wird.

Solche Streitigkeiten könnten vermieden werden. Um dem gesetzgeberischen Willen nachzukommen und Versicherte ohne bürokratischen Streit in den Genuss des Entlastungsbetrags kommen zu lassen, schlagen wir vor, dass § 45b nicht mehr als Antragsleistung ausgestaltet wird, sondern automatisch für jeden Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege gewährt wird.

- (2) „Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 ~~auf Antrag~~ von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

§§ 75, 89 ff Rahmenverträge – Leistungs- und Vergütungsstruktur (ambulant)

Wir fordern aufgrund der Verhandlungserfahrungen in den Ländern eine Änderung in § 75. Es sollte landesweit eine (ambulante) Leistungs- und Vergütungsstruktur in den Rahmenverträgen nach §

75 Abs. 2 vereinbart werden. Bisher ist die Leistungs- und Vergütungsstruktur Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 zwischen dem Pflegedienst und den Pflegekassen. Das heißt, ein Pflegedienst allein steht allen Landesverbänden der Pflegekassen gegenüber. Das ist ein Ungleichgewicht. Wenn auf der einen Seite alle Landesverbände der Pflegekassen verhandeln, sollten auf der anderen Seite die Verbände der Einrichtungen für ihre Mitglieder verhandeln können. Das würde die Verbände und die Pflegedienste stärken und für „gleichlange Spieße“ sorgen.

In § 75 Abs. 2 wäre eine neue Nummer aufzunehmen:

„(2) Die Verträge regeln insbesondere:

X. eine Leistungs- und Vergütungsstruktur“

Im § 89 verhandelt dann die Pflegeeinrichtung individuell (wie bisher auch) den Punktwert und damit letztlich den (einrichtungseigenen) Preis.

Daraus resultierend schlagen wir auch eine Änderung in § 89 Abs. 1 vor:

„(1)Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird , ..., zwischen dem Träger des Pflegedienstes **bzw. seiner Vereinigung** und den Leistungsträgern... nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart.“ (vgl. auch Anmerkungen zu § 11)

§ 77 Einzelpflegekraft

Die Regelung zur Einzelpflegekraft wird zu unserem Bedauern nicht überarbeitet.

Derzeit arbeiten die professionellen Pflegekräfte in einem System vollständiger Überwachung. Es muss bei ihnen der Eindruck entstehen, dies ist nötig, damit sie nichts falsch machen. Diese Kultur des Misstrauens treibt viele Pflegekräfte aus der Pflege.

Die Pflegekräfte müssen ständig nachweisen, dass sie das, was sie in ihrer Berufsausbildung gelernt haben, auch wirklich anwenden; dass das Ergebnis der pflegerischen Arbeit den Anforderungen genügt, reicht nicht aus.

Doch damit nicht genug. Die Einzelpflegekräfte bleiben, nach ihrer Einführung 2008, weiter im Gesetz verankert. Eine Einzelpflegekraft kann auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den vollen Sachleistungsanspruch ausschöpfen (§ 36 Abs. 4), ohne den Regelungen der professionellen Pflege zu unterliegen. Der faire Umgang mit professionellen institutionellen Pflegeanbietern gebietet es, dass zumindest gleiches Recht für alle gilt. Auch eine Einzelpflegekraft muss also verpflichtet sein, eine strukturell und praktisch **im gleichen Maße** qualitätsgesicherte Leistung zu erbringen (und nicht nur irgendeine qualitätsgesicherte Leistung).

Nach unserer Kenntnis haben sich die Einzelpflegekräfte unabhängig von ihrer Sonderstellung gegenüber ambulanten Pflegediensten in der Praxis nicht als zusätzliches Angebot durchgesetzt.

Der VDAB fordert deshalb, § 77 SGB XI zu streichen.

§ 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Es ist eine Besonderheit des Sozialversicherungsrechts, dass die Kostenträger das Recht haben, „die Wirtschaftlichkeit“ ihrer Vertragspartner zu überprüfen und ggf. sogar Sanktionen auszusprechen. Dies widerspricht jedem Grundsatz von Gleichheit vor dem Gesetz. Der VDAB verlangt daher die Aufhebung dieser Vorschriften im SGB XI (§ 79) und im SGB V (§ 132 Abs. 1 Ziffer 5). Er erhofft sich damit zugleich ein Signal des Bundes an die Länder. In den Heimgesetzen der Länder müssen ebenfalls alle Vorschriften entfallen, die den direkten Konkurrenten von privaten Einrichtungen (hier: den Kommunen und Kreisen) genaue Kenntnis der Kalkulationsgrundlagen des Betriebsaufbaus und der Ablauforganisation erlauben.

§ 82b Abs. 2 Ehrenamtliche Unterstützung

Der Gesetzgeber setzt weiter auf die Stärkung bürgerschaftlichen Engagements, wie es sich auch als roter Faden durch die Regelungen nach §§ 45a, 45 c ff zieht. Dabei darf eines nicht vergessen werden: Ehrenamtlich Engagierten können durch Wohlfahrtseinrichtungen bis zu 2.400 EUR steuer- und sozialversicherungsfrei gewährt werden. Grundsätzlich begrüßt der VDAB die Stärkung

bürgerschaftlichen Engagements. Eine systemische Anbindung von Ehrenamt kritisieren wir aber scharf, solange es privaten Pflegeeinrichtungen nicht ermöglicht wird, die Übungsleiterpauschale zu gewähren. Das ist bisher nicht möglich und auch nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Die privaten Pflegeeinrichtungen sind hier klar benachteiligt, weil der Anreiz, für eine Wohlfahrtseinrichtung ehrenamtlich tätig zu werden, höher ist.

Der VDAB fordert, das bürgerschaftliche Engagement unabhängig davon zu fördern, bei welcher Einrichtung es erfolgt. (vgl. Anmerkungen zu 45a Abs. 1)

§ 84 Bemessungsgrundsätze

Personalkennzahlen: Personalbemessung:

Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind nach der Gesetzesbegründung von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge insbesondere die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu überprüfen und anzupassen. Dabei sind insbesondere bereits vorliegende Untersuchungen und Erfahrungswerte sowie handlungsleitende Verfahrensabsprachen zu berücksichtigen. Die Ausgestaltung der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen richtet sich nach den konkreten Gegebenheiten vor Ort und liegt bei den beteiligten Vereinbarungspartnern auf Einrichtungsebene. Um den heterogenen Bedürfnissen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Breite Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber keine starren Personalschlüssel vorgegeben. So können die unterschiedlichen Personalbedarfe besser berücksichtigt werden. Diese können sich unter anderem aus der Konzeption der einzelnen Pflegeeinrichtung ergeben, die einen höheren Arbeits- bzw. Personalaufwand erfordern. (Begründung S.60/61)

Nach Meinung des VDAB bedarf es parallel zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Entwicklung eines validen Personalbemessungsverfahrens.

Absatz 2 Satz 2 / § 3 des Artikels 3 (Verfahren für die Umrechnung)

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Der VDAB hält die Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEA) für höchst problematisch für Einrichtungen, Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger.

Die Umsetzung der EEA soll sich nach der Gesetzesbegründung offensichtlich so darstellen, dass auf Basis eines prospektiven Versorgungsaufwands abzüglich der Summe der Leistungsbeträge ein arithmetisches Mittel errechnet wird, das dann für den Zeitraum einer Vergütungsvereinbarung als einheitlicher Eigenanteil dient.

Dieses Vorgehen wird zweifelsohne zu massiven Verwerfungen zu Lasten von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen führen:

1. Für Pflegeeinrichtungen stellen sich folgende Probleme:
 - a. Es ist nicht klar, was der Gesetzgeber mit „**Versorgungsaufwand**“ meint. Wir gehen davon aus, dass sich im Versorgungsaufwand der Pflegesatz im engeren Sinn, bestehend aus den pflegebedingten Aufwendungen und den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, widerspiegelt. Die Investitionskosten bleiben sicherlich außer Betracht, da diese nach § 82 Abs. 4 nach wie vor auch einrichtungsintern variieren können.
 - b. Ebenfalls unklar bleibt, nach welchen Parametern die **prospektive Ermittlung** des Versorgungsbedarfs erfolgen soll. Die Festschreibung von Leistungsbeträgen aus der Pflegeversicherung einerseits und des Eigenanteils andererseits überträgt das Finanzierungsrisiko während des Vereinbarungszeitraums einseitig auf die Pflegeeinrichtungen. Denn sie können offensichtlich Verschiebungen in der Zusammensetzung der Pflegegrade, die von der prospektiven Planung abweicht, nicht gegenüber den Kostenträgern geltend machen, obwohl sie weiter zur Leistung entsprechend des Pflegegrades verpflichtet bleiben. Einrichtungen haben ein Recht auf leistungsgerechte Vergütung, die auch innerhalb des Vereinbarungszeitraums gewährleistet sein muss.

- c. Die Einführung eines EEA führt auch zu einer Bedarfssteuerung zu Lasten stationärer Einrichtungen. Die **Ermittlung eines Mittelwertes** über alle Pflegegrade wird unweigerlich dazu führen, dass sich vor allem der Eigenanteil im Pflegegrad 2 im Vergleich deutlich erhöht und viele Pflegebedürftige davon abhalten werden, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen, obwohl sie ggf. eine stationäre Versorgung benötigen.
- d. Schließlich nimmt der Gesetzgeber über die Einführung eines EEA auch eine **erhebliche Wettbewerbsverzerrung** zwischen stationären Einrichtungen in Kauf, wenn er den Eigenanteil - als wichtiges Entscheidungskriterium für Pflegebedürftige - von der einrichtungsindividuellen Zusammensetzung der Bewohner hinsichtlich der Pflegegrade abhängig macht. Denn genau das tritt ein, wenn man den prospektiven Versorgungsaufwand für den EEA zugrunde legt.

Die Planungssicherheit für Angehörige und Pflegebedürftige mit der Gefährdung des wirtschaftlichen Fortbestands von stationären Einrichtungen zu erkaufen, ist keinesfalls hinnehmbar und rechtswidrig.

2. Für Pflegebedürftige bedeutet ein EEA:

- a. **Für Bestandsbewohner** in stationären Pflegeeinrichtungen, die zukünftig dem Pflegegrad 2 unterfallen, wird der Eigenanteil deutlich steigen und ggf. deren finanzielle Leistungsfähigkeit deutlich überschreiten. Legt man die Pflegestatistik 2013 zugrunde, so werden also bundesweit mehr als 292.000 Pflegebedürftige, die derzeit mit Pflegestufe 1 in stationären Einrichtungen versorgt werden, mit einer massiven Kostensteigerung konfrontiert sein. Um der Wahrheit den Vorzug zu geben, wäre den Betroffenen dann auch mitzuteilen, dass dies nicht einer Leistungsausweitung geschuldet ist, sondern nur der Tatsache, dass sie im System des EEA die Pflegebedürftigen in höheren Pflegegraden subventionieren.

Bewohner im Pflegegrad 2 erkaufen sich also die versprochene Planungssicherheit, ob sie wollen oder nicht. Dies zu vermitteln und ggf. auch noch zu rechtfertigen, ist den Einrichtungen unzumutbar.

- b. **Für Pflegebedürftige in Pflegegrad 2, die sich für eine stationäre Versorgung interessieren**, werden von Gesetzeswegen die Hürden hoch gesetzt und damit die Wahlfreiheit deutlich eingeschränkt.
3. Für den Sozialhilfeträger bedeutet ein EEA:
- Zweifelsohne wird die Einführung des EEA viele Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 finanziell überfordern, so dass in vielen Fällen die Zeche für die Umstellung auf den EEA der Sozialhilfeträger zahlen müssen.

Fazit zur Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils:

Unter dem Deckmantel der Planungssicherheit für Angehörige und Pflegebedürftige etabliert der Gesetzgeber ein System zur Umstellung auf den EEA, bei dem alle Verlierer sein werden. Gleichzeitig vernebelt er den Blick auf den eigentlich Verantwortlichen für die Finanzierung – die Pflegeversicherung selbst. Denn es böte sich eine ganz einfache und vor allem auch systemkonforme Möglichkeit für die Umsetzung eines EEA. Man müsste sich nur auf die Grundausrichtung der Pflegeversicherung zurückbesinnen, die als Teilkasko das Risiko der Pflegebedürftigkeit abfedern soll. Als Konsequenz könnte also in der derzeitigen Systematik der Refinanzierung der Kostenanteil für Unterkunft und Verpflegung als EEA festgeschrieben werden. Die pflegedingten Aufwendungen würden sich dagegen in einrichtungsindividuellen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung wiederfinden. **Das wäre eine konsequente und systemkonforme Lösung.**

Dass dies politisch nicht gewünscht ist, liegt aus dem Blickwinkel der Planbarkeit von Kosten auf der Hand. Im Umkehrschluss zur fehlenden eigenen Bereitschaft, die finanziellen Konsequenzen innerhalb der Pflegeversicherung zu tragen, jetzt allen anderen die Risiken und Nachteile der Umstellung auf einen EEA aufzubürden, nur um Pflegebedürftigen die Planbarkeit der Kosten als Fortschritt suggerieren zu

können, halten wir für unvertretbar und im Hinblick auf die Einrichtungen für rechtswidrig.

Der VDAB appelliert deshalb dringend an den Gesetzgeber, vom einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (§ 84 Abs. 2 S. 2) Abstand zu nehmen.

Redaktioneller Hinweis:

Satz 2 (alt) bzw. Satz 3 (neu) ist nicht an die Gegebenheiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst. („Pflegestufe“)

§ 84 Abs. 2 Beitragssatzstabilität (vgl auch § 70)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es der ambulanten Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften in Zeiten eklatanten Fachkräftemangels. Über Jahre hinweg haben die Kassen unter Verweis auf diesen Grundsatz die Steigerung der Vergütungen/Pflegesätze auf die Höhe der Grundlohnsumme begrenzt. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegekräfte systematisch von Lohnsteigerungen abgekoppelt werden. Dies steht im offenen Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach keine Berufsgruppe von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden darf. Die privaten Unternehmer in der Pflege und allen voran der pflegerische Mittelstand würden gerne mehr bezahlen. Tatsache ist jedoch, dass sie nur das an ihre Mitarbeiter weitergeben können, was sie von den Kassen vergütet bekommen.

Wir haben bereits heute einen Mangel an Pflegekräften. Das liegt sowohl an den Rahmenbedingungen als auch an der Bezahlung. Im Ergebnis gibt es für die Pflegekräfte derzeit wenig Anreize, im Beruf zu bleiben. Das ist für die professionelle Pflege insgesamt keine

zufriedenstellende Situation. Vor allem, wenn man den Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zieht: Hier werden durch Gesetz Einkommenssteigerungen weit über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus beschlossen. Sonderzahlungen der Kassen in Milliardenhöhe gehen immer wieder an niedergelassene Ärzte und an die Kliniken. Die professionelle Pflege bleibt immer außen vor. Sie hat jedoch ein Recht, gleich behandelt zu werden.

Aus diesem Grund muss aus Sicht des VDAB der Satz „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.“ gestrichen werden.

Die gleiche Situation finden wir auch im SGB V-Bereich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen vor. Deshalb fordern wir auch die Streichung des § 71 SGB V, vgl. Anmerkungen dort.

Änderungen im Elften Kapitel

Vorbemerkungen

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Neuregelungen in den §§ 113 ff. SGB XI den Startschuss zur Neukonzeption aller relevanten Vereinbarungen zur Qualität auf Bundesebene geben. Wir teilen auch ausdrücklich die inhaltliche Zielsetzung des Gesetzgebers, Art und Inhalt der Qualitätserhebung und -darstellung neu aufzusetzen und dabei vor allem die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt zu rücken. Will man diese Ziele erreichen, gilt es allerdings, die Gründe für das Scheitern der bisherigen Bemühungen zu analysieren und die notwendigen gesetzlichen Konsequenzen zu ziehen. In der Gesamtschau der Neuregelungen fallen einige grundsätzliche Aspekte ins Auge, die nahelegen, dass nicht konsequent das Notwendige zur Zielerreichung geregelt werden soll, sondern die Straffung der Abläufe und die Disziplinierung der Beteiligten. Die strukturellen rechtlichen und die sich daraus ableitenden inhaltlichen Probleme werden dadurch nicht gelöst.

Probleme der Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und -darstellung aus dem gesetzlichen Status Quo

Zentrales Manko ist, dass es keine einheitliche Quelle für die Definition, Messung und Darstellung von Qualität in der Pflege gibt. Historisch haben die Qualitätsprüfrichtlinien des GKV-Spitzenverbands Fakten geschaffen und ein kassenorientiertes Verständnis von Qualität in der Branche und in der Öffentlichkeit verankert. Mit Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der Regelungen zur Pflege transparency ist die beschränkte Aussagekraft von Qualitätsprüfungen auf Basis der Qualitätsprüfrichtlinien offensichtlich geworden. Denn die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der entscheidende inhaltliche Geburtsfehler der Pflege transparency die gesetzliche Verpflichtung war, die Kriterien der Pflege transparency auf Basis der Qualitätsprüfungsrichtlinien zu entwickeln.

Diese Erblast hat die Pflegeselbstverwaltung bis heute nicht abstreifen können und die Chance verstreichen lassen, die möglichen grundlegenden Änderungen zumindest im stationären Bereich umzusetzen. Dies ist zu Recht kritisiert worden. Insoweit ist uns zwar verständlich, dass der

Gesetzgeber nun eine „Straffung“ dieser Strukturen anstrebt. Die konkrete Ausgestaltung, die der Selbstverwaltung eine reine Statistenrolle zuweist, halten wir allerdings für deutlich überzogen und auch fehlgeleitet. Denn die Abläufe und Reaktionszeiten der Selbstverwaltung sind nicht der Kern des Problems, sondern die Tatsache, dass der gesetzliche Status Quo auch keine zeitnahe und konsequente Umstellung des Systems zulässt. Ein Gesetzgeber, der sich die Reform der Qualitätsmessung und –darstellung auf die Fahnen schreibt, sollte sich nicht in organisatorisch-funktionalen Reflexhandlungen verzetteln, sondern den Blick auf das tatsächlich Notwendige richten: eine zielgerichtete und regelungskonsequente Straffung der Richtlinien- und Vereinbarungsstruktur des gesamten Elften Kapitels SGB XI, mit der dann eine Straffung der Entscheidungsstrukturen fast schon automatisch einhergehen würde. Zielsetzung muss es sein, das anfangs erwähnte zentrale Manko der fehlenden einheitlichen Quelle zu beseitigen.

Der Dreiklang zwischen Maßstäben und Grundsätzen, Pflegetransparenzvereinbarungen sowie Qualitätsprüfungsrichtlinien hat sich als untauglich erwiesen und sollte bei einer Neuregelung des Systems ganz abgeschafft werden.

Vorschlag des VDAB

1. Alleinzuständigkeit des neuen Qualitätsausschusses für alle Fragen zur Definition, Messung und Darstellung von Qualität in der Pflege
2. Zusammenführung aller bisherigen Quellen (Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsdarstellungsvereinbarung sowie Qualitätsprüfungsrichtlinie) zu einer Vereinbarung
3. Beibehaltung der Schiedsstelle als zentraler Konfliktlösungsmechanismus, dessen Spruch im Gegensatz zu den sog. „Festsetzungen“ des erweiterten Qualitätsausschusses justitiabel ist

Gute Gründe für eine Zusammenführung:

1. Mehr Übersichtlichkeit für alle Beteiligten
2. Vermeidung von inhaltlichen Abgrenzungs- bzw. Überschneidungsproblemen
3. Konzipierung des neuen Gesamtsystems aus einem Guss
4. Einheitliche Zuständigkeit mit einheitlicher Mitwirkungs- bzw. Mitentscheidungsmöglichkeit
5. Hohe Akzeptanz für ein neues System und dessen Umsetzung

Letztlich wäre die Zusammenführung auch die konsequente Umsetzung der im Referentenentwurf vorgeschlagenen neuen Entscheidungsstrukturen. Denn wenn es schon eine neue Institution wie den Qualitätsausschuss geben soll, ist es wenig verständlich, warum dort nur isoliert über das Indikatorenmodell entschieden werden soll. Zumal er zusätzlich noch von einer qualifizierten Geschäftsstelle im Zuschnitt eines wissenschaftlichen Instituts unterstützt wird. Diese Mischung aus wissenschaftlicher Expertise der Geschäftsstelle sowie Erfahrungswerten aus der Praxis im Qualitätsausschuss soll nach unserem Verständnis des Gesetzestextes doch gerade eine neue Qualität der inhaltlichen Befassung in der Selbstverwaltung ermöglichen und den Gesamtprozess befördern. Da wäre es nur konsequent und richtig, Zuständigkeit und Inhalt zu bündeln.

Vor dem Hintergrund dieser grundlegenden Überlegungen sind die nachfolgenden Stellungnahmen zu den einzelnen Regelungsinhalten zu verstehen. Sie implizieren nicht die Zustimmung zum Gesamtsystem, sondern sollen die weiteren systemimmanenten Kritikpunkte aufzeigen.

§ 113 SGB XI

Maßstäbe und Grundsätze

Es ist zu begrüßen, dass im neuen **Satz 2 des Absatzes 1** ausdrücklich auf den Anpassungsbedarf hinsichtlich der entbürokratisierten Pflegedokumentation verwiesen wird. Im Vorgriff auf die Umsetzung im Vereinbarungstext ist allerdings klarstellend darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem neuen Strukturmodell nicht um eine Musterdokumentation handelt und mithin auch keine

Verpflichtung der Einrichtung zur Umsetzung besteht. Dem wird in der Neuformulierung Rechnung zu tragen sein.

Aus dem verbindlichen Zeitplan zur Neufassung der Maßstäbe und Grundsätze im für den ambulanten und stationären Bereich neuen **Satz 3 des Absatzes 1** wird deutlich, dass der Gesetzgeber der Entwicklung neuer Grundsätze zur Ermittlung und Darstellung hohe Priorität einräumt. Diese Entscheidung begrüßen wir sehr. Nach Jahren des relativen Stillstandes wird damit vor allem den Kostenträgern verdeutlicht, dass es nicht um das Ob eines Systemwechsels geht, sondern nur noch um das Wie.

Bereits die Altregelung des § 113 Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat ein wichtiges Signal gesetzt und wurde vom VDAB ausdrücklich begrüßt. Allerdings war die Umsetzung dieser Verpflichtung durch die Tatsache erschwert, dass bisher die rechtssystematische Anbindung an die §§ 114 und 115 fehlten. Dies führte letztlich dazu, dass die von der Selbstverwaltung vereinbarte Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nur unter dem Vorbehalt weiterer gesetzlicher Anpassungen gefasst werden konnte. Durch die singuläre Regelung im § 113 drohten in der Praxis Doppelstrukturen mit Qualitätsprüfungen einerseits und die Erhebung und Darstellung von Ergebnisqualität andererseits.

Diese Gefahr ist auch durch die geplante Neuregelung im **Absatz 1a** nicht gebannt. In den Maßstäben und Grundsätzen ambulant und stationär soll sich zwar die Beschreibung des jeweiligen „Gesamtverfahrens“ wiederfinden. Die weiteren Erläuterungen in der Gesetzesbegründung (insbesondere zu § 113b Absatz 4) weisen darauf hin, dass inhaltlich weiterhin zwei Strukturen aufeinanderprallen werden: Das verwaltungsrechtlich geprägte Verfahren der Qualitätsprüfungen und das sog. „Indikatorenmodell“. Auch mit der Neuregelung drohen also Doppelstrukturen mit einem erheblichen Mehraufwand für die Einrichtungen. Hier Bedarf es dringend eines klaren Statements des Gesetzgebers. Ein Gesamtverfahren darf aus dem Verständnis des VDAB heraus keinesfalls nur die Zusammenführung der bestehenden Strukturen sein, sondern erforderlich ist eine in sich stimmige Gesamtkonstruktion. Hier zeigt sich, wie sinnvoll die bereits einleitend angesprochene Bündelung von Zuständigkeit und Inhalt wäre. Denn

letztlich gilt es mit dem Gesamtsystem sowohl die Qualitätsprüfung als auch die Qualitätsdarstellung zu gewährleisten.

Soll die bisherige Vereinbarungssystematik beibehalten werden, muss aus Sicht des VDAB in jedem Fall die Verbindlichkeit der Inhalte klar geregelt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Qualitätsprüfungsrichtlinie. In der Gesetzesbegründung zu Absatz 1a heißt es dazu zwar:

„Die Vereinbarungen stellen die Grundlage für die Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114a Absatz 7 sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a dar.“

Eine ausreichende Verbindlichkeit stellt dies weder inhaltlich noch rechtlich dar. Inhaltlich ist nicht gewährleistet, dass sich der Spitzenverband Bund bei der Richtlinienerstellung zwingend im Rahmen des Indikatorenmodells bzw. des Gesamtsystems bewegen muss. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass der Spitzenverband Bund und der MDS jede Gelegenheit nutzen, um ihr etabliertes Prüfsystem zu perpetuieren. Doppelstrukturen von Qualitätsprüfungen und Transparenzprüfungen sind aber zwingend zu vermeiden, allerdings durch die bisherige Formulierung des § 113 nicht ausgeschlossen.

Um rechtlich Wirkung zu entfalten, müssen Regelungen zur inhaltlichen Verbindlichkeit jedenfalls direkt in den Gesetzestext aufgenommen werden und nicht nur in die Begründung.

Formulierungsvorschlag für einen neuen Satz 7 in § 113 Absatz 1 für den Fall der Beibehaltung der Qualitätsprüfrichtlinien und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen:

„Die Vereinbarungen bilden hinsichtlich Inhalt und Systematik der Erhebung, Messung und Darstellung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege die abschließende Grundlage für die Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114a Absatz 7 sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a.“

Wir stimmen mit dem Gesetzgeber überein, dass die Datenerhebung, -übermittlung, -auswertung und -bewertung bei der Umsetzung des beabsichtigten neuen Gesamtsystems eine wichtige Rolle spielen. Aus der Begründung zum aufgenommenen **Absatz 1b** lässt sich allerdings ein zu funktionelles Verständnis zu diesem Thema ablesen. Die Herausforderungen sind zum einen technisch und zum anderen inhaltlich. Die technischen Herausforderungen dürften beherrschbar sein. Inhaltlich sind die Auswertung und Bewertung zentrale Faktoren für die Weiterentwicklung des Gesamtsystems. Deshalb ist es auch zwingend erforderlich, dass eine unabhängige Instanz die Daten erhebt und auswertet. Aus Sicht des VDAB kommt deshalb keinesfalls eine kassenabhängige Institution wie die DCS in Betracht. Denn der Datenpool muss als Grundlage für die Weiterentwicklung genutzt werden, um ein lernendes System zu gewährleisten. Die DCS hat nur die Kompetenz einer Datensammel- und Aufbereitungsstelle ohne wissenschaftlichen Anspruch; und auch die Transparenz der Rohdaten wäre zumindest in Frage gestellt. Eine Beauftragung würde also wesentlich zu kurz greifen.

Der VDAB fordert eine gesetzliche Regelung, wonach eine unabhängige dritte Stelle diesen Auftrag über entsprechende Verfahren erhält.

Die **Streichung des Absatzes 3** ist zusammen mit den Regelungen in § 113b verfassungsrechtlich mehr als bedenklich. Getrieben durch den bereits angesprochenen Willen zur Disziplinierung und zeitlichen Straffung schreckt der Gesetzgeber auch nicht vor der völligen Abschaffung jeglichen Rechtsschutzes zurück. Denn der Qualitätsausschuss (gleich, ob erweitert oder nicht) ist selbst nicht rechtsfähig und seine Entscheidungen sollen den Charakter von einstimmigen Beschlüssen haben, die ebenfalls keiner gerichtlichen Überprüfung zugänglich sind. (Näheres unten zu § 113 b).

Dies ist keinesfalls hinnehmbar und wäre bei tatsächlichem Inkrafttreten sicherlich gerichtlich zu überprüfen.

§ 113b Qualitätsausschuss

Diese Regelung bildet das Zentrum der Neustrukturierung der Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Nach **Absatz 1** sollen zukünftig die Vertragspartner über einen sog. „Qualitätsausschuss“ tätig werden und Beschlussgremium für die wichtigen Vereinbarungen rund um Qualitätsfragen sein.

Besetzung des Qualitätsausschusses

Die Besetzung des Qualitätsausschusses soll nach **Absatz 2** dem der bisherigen Vertragspartner entsprechen und wird um die Verbände nach § 118 beratend erweitert.

Abgesehen von der fehlenden Entscheidungskompetenz über die Inhalte der Qualitätsprüfrichtlinie ist die Aufgabensetzung und Zusammensetzung konsequent.

Konfliktlösung

Der neue Konfliktlösungsmechanismus in **Absatz 3** ist ein weiterer Beleg für den fehlgeleiteten Regelungszweck der Disziplinierung und zeitlichen Straffung um jeden Preis. Dazu passt die sehr verharmlosende Begründung für dieses Vorgehen: „Die bisher getrennt und zeitlich auseinandergezogenen Verfahren der Verhandlungen der Vertragspartner und des Schiedsstellenverfahrens werden verknüpft und in einem zusammenhängenden zügigen Prozess verbunden.“ Dass damit auch jede Form des Rechtsschutzes abgeschafft wird, der bisher gegenüber einem Schiedsspruch bestand, bleibt wohl bewusst unerwähnt. Dies ändert aber nichts an der rechtlichen Tatsache, dass es sich um einen Grundrechtseingriff handelt, der sich aus Sicht des VDAB nicht rechtfertigen lässt und abgesehen davon auch einer rechtlichen Grundlage bedarf, die an keiner Stelle Gegenstand der Neuregelungen ist.

Wir appellieren deshalb an den Gesetzgeber, diesen Irrweg nicht fortzusetzen und das System der Schiedsstelle beizubehalten, wie es im Übrigen prägend für das gesamte Sozial- und Gesundheitswesen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn ausgerechnet im Pflegebereich eine Sonderregelung etabliert wird.

Redaktioneller Hinweis zu Absatz 3:

Im letzten Satz muss es heißen: „Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses (...)“

Zeitplan und Aufträge

In **Absatz 4** finden sich, neben dem durchweg ambitionierten Zeitplan auch konkrete inhaltliche Aufträge. Dies ist Ausdruck des neuen, aus Sicht des VDAB hoch problematischen Verständnisses der Rolle der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene. Die Vertragspartner sind nur noch Befehlsempfänger. Ihnen wird zeitlich und inhaltlich vieles vorgegeben und trotzdem stehen sie nach außen als Qualitätsausschuss allein in Verantwortung für das Ergebnis. Die Gründe der Straffung der zeitlichen und strukturellen Abläufe wirken da nur vorgeschoben.

Der vorliegende Gesetzentwurf beschreitet einen Weg, der einseitig zu Lasten der Selbstverwaltung geht und sie nur noch pro forma bestehen lässt.

Im Hinblick auf den ambitionierten Zeitplan teilt der VDAB ausdrücklich das Interesse des Gesetzgebers an einem zügigen System in der Pflege Transparenz und der Qualitätsprüfung insgesamt. Einschränkend sei allerdings darauf hingewiesen, dass feste und ambitionierte Zeitpläne schon bei Einführung der PTVA und PTVS zu unzureichenden Ergebnissen geführt haben. Dies sollte sich im Zuge des PSG II nicht wiederholen. Sicherlich ist dabei der ambulante und stationäre Bereich differenziert zu betrachten.

Für den stationären Bereich ist die wissenschaftliche Vorarbeit abgeschlossen, und es geht jetzt primär um die praktische Umsetzung. Diesbezüglich ist der Zeitplan sicherlich eng, aber durchaus umsetzbar.

Im ambulanten Bereich fehlen noch die grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, und es ist - anders als im stationären Bereich - nicht sicher, ob es überhaupt valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität für diesen Bereich geben kann. Mit der Regelung in **Nr. 3 zu Absatz 4** gibt man der Grundlagenforschung keinen ausreichenden Raum, denn im Zeitraum bis zum 31.03. 2018 ist auch noch eine vollständige Pilotierung durchzuführen und der Abschlussbericht zu verfassen. Rechnet man rückwärts, bliebe für Forschung und Entwicklung nur das Jahr 2016, in dem gleichzeitig der einfache und erweiterte Qualitätsausschuss konstituiert, die qualifizierte

Geschäftsstelle nebst Geschäftsordnung geschaffen, sowie alle notwendigen Ausschreibungsverfahren für die Vergabe der wissenschaftlichen Expertise auf den Weg gebracht werden müssen. Diese organisatorischen Vorbereitungsarbeiten werden sicher mindestens 6 Monate in Anspruch nehmen. Letztlich bleiben also 6 Monate für die inhaltliche Grundlagenarbeit.

Dies wird dem Umfang der Neuentwicklung nicht gerecht.

Der VDAB schlägt deshalb vor, den Wortlaut der Nr. 3 zu Absatz 4 wie folgt neu zu fassen:

„bis zum 31.12.2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität den von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließenden Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 30.09.2018 vorlegen;“

In **Nr. 6 zu Absatz 4** werden die Vertragspartner verpflichtet, auch die Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu beauftragen.

Der VDAB hält dies für unnötig. Die Entwicklungen um die Heimgesetze in den Ländern haben bereits verdeutlicht, dass der Einbezug neuer Wohnformen in das Prüfreime von Staat und / oder Kostenträgern zu Verwerfungen führt. Denn hier zeigt sich immer wieder der Widerspruch zwischen der strukturellen Anforderung an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf der einen und dem staatlichen Schutz- und Kontrollanspruch auf der anderen Seite. Tatsache ist, dass es sich in jedem Fall um eine ambulante Wohnform handelt, die in Privaträumen stattfindet. Es stellt sich also die Frage nach der grundsätzlichen Rechtfertigung einer Qualitätssicherung, da die Wohnform in Abgrenzung zu stationären Einrichtungen ja gerade nicht institutionalisiert ist und rechtlich auch nicht sein darf. Somit ist die Wohnform als Ganzes eigentlich keiner Qualitätssicherung zugänglich, es sei denn, man ersetzt Selbstbestimmung durch externe Qualitätsstandards.

Dies hält der VDAB allerdings für den falschen Weg. Vielmehr sollte man die neuen Wohnformen als das behandeln, was sie sind – als ambulante Versorgung. Das bedeutet, dass letztlich nur die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes einer Qualitätssicherung und auch einer

Qualitätsprüfung unterliegen können. Die übrigen Belange sicherzustellen, ist Ausfluss der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

Der VDAB schlägt deshalb vor, Nr.6 zu Absatz 4 zu streichen.

Finanzierung

Der VDAB begrüßt ausdrücklich, dass in **Absatz 5** klargestellt wird, dass die Aufträge an die Wissenschaft über § 8 Absatz 3 finanziert werden.

Qualifizierte Geschäftsstelle

Der VDAB begrüßt es grundsätzlich, dass die Vertragsparteien durch **Absatz 6** zukünftig unmittelbaren Zugriff auf externen Sachverstand und Expertise haben sollen. Die Intention, mit der nun allerdings in Absatz 6 eine sog. „qualifizierte Geschäftsstelle“ etabliert werden soll, erschließt sich uns nicht.

Die Geschäftsstelle soll u.a. als Koordinierungsstelle dienen und in diesem Zuge sogar für die Vergabe und Bewertung der wissenschaftlichen Aufträge zuständig sein. Dies macht einmal mehr deutlich, dass den Vertragspartnern noch eine Statistenrolle zugebracht ist, denn die Vertragspartner geben den Startschuss und sind dann erst wieder bei der Verabschiedung der Ergebnisse gefragt. Die entscheidende Arbeit wird in der Geschäftsstelle erbracht.

Dazu wird das Anforderungsprofil an die Geschäftsstelle so gesetzt, dass es eher einem Institut als einer Geschäftsstelle gleicht. Auch das ist ein weiteres Indiz für das klare Zurückdrängen der Vertragspartner unter sprachlicher Vernebelung der Tatsachen.

Festzuhalten bleibt:

- Es handelt sich bei der qualifizierten Geschäftsstelle um alles andere als eine Geschäftsstelle, sondern um ein Ersatzgremium.

- Obwohl es eine Geschäftsstelle der Vertragspartner sein soll, haben diese kaum Einfluss auf deren Arbeit.
- Perspektivisch steht eine inhaltliche Entmündigung der Selbstverwaltung im Raum.

Der VDAB lehnt deshalb die qualifizierte Geschäftsstelle in der vorgeschlagenen Form ab.

Sollte der Gesetzgeber mittelfristig vorhaben, ähnliche Strukturen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss aufzubauen, so sollte dies klar benannt und klar geregelt werden. Jetzt im Feldversuch zunächst mit dem Etikettenschwindel zu starten, ein Pseudo-Institut unter dem Deckmantel einer qualifizierten Geschäftsstelle zu etablieren, ist jedenfalls der falsche Weg.

Der VDAB fordert deshalb die Beibehaltung der Schiedsstelle.

Geschäftsordnung

In **Absatz 7** ist die Pflicht zum Abschluss einer Geschäftsordnung statuiert. Der VDAB hätte sich gewünscht, dass die sinnvollen Strukturen von verpflichtender Geschäftsordnung und vor allem eines unabhängigen Vorsitzenden für die Selbstverwaltung geregelt worden wäre und nicht nur für die qualifizierte Geschäftsstelle. Denn gerade das Fehlen dieser beiden Faktoren stand oft einer effektiven Arbeit der Selbstverwaltung entgegen.

Prüfung durch das BMG

Absatz 8 ist schließlich nicht nur ein Misstrauensbeweis gegenüber der Selbstverwaltung, sondern auch gegenüber den selbst geschaffenen neuen Strukturen. Denn es ist kein Platz für ein pauschales Veto-Recht des BMG, wenn man davon ausgeht, dass der Qualitätsausschuss und die qualifizierte Geschäftsstelle ihre Arbeit ernst nehmen.

Wenn allerdings durch Absatz 8 zum Ausdruck kommen soll, dass es ggf. noch eine eigene fachliche Expertise des BMG geben kann, so stellt sich die Frage nach dem grundsätzlichen Sinn und Zweck der vorgelagerten Strukturen.

Der VDAB schlägt deshalb vor, Absatz 8 ersatzlos zu streichen.

§ 114 Qualitätsprüfungen

Abs. 4

Der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 113b Abs. 4 selbst davon aus, dass „mit Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und des Prüfgeschehens erforderlich“ ist. Allerdings geht die Notwendigkeit der Harmonisierung über reine Strukturierungsfragen hinaus. Es bedarf einer völligen Neukonzeption der Qualitätsermittlung und –berichterstattung. Der VDAB ist der Überzeugung, dass bei einer grundlegenden Reform die künstliche Trennung von Vereinbarungen auf Bundesebene und der Qualitätsprüfungsrichtlinie aufzuheben ist, um inhaltliche Widersprüche und einseitige Einflussnahme auf Umfang und Inhalt zu vermeiden.

Der VDAB fordert deshalb, Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sowie die Inhalte der QPR in eine einheitliche Vereinbarung auf Bundesebene zusammenzuführen und das Prüfmonopol der Prüfdienste gesetzlicher und privater Pflegekassen zugunsten einer Öffnung für alle zertifizierten Prüfinstitute aufzugeben. So käme es zu einer echten Reform des Qualitätsbereichs mit validen wissenschaftlichen Inhalten und tatsächlich neutralen Prüfungen.

Abs. 5 Streichung der Kostentragung von Wiederholungsprüfungen durch Pflegeeinrichtungen

Der Wegfall der Kostentragungspflicht der Einrichtungen ist konsequent und trägt den zahlreich geführten Rechtsstreitigkeiten mit den Kassen zu diesem Thema Rechnung. Der VDAB begrüßt diesen Schritt.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Unangemeldete Prüfungen

Bis heute ist kein Nachweis für den qualitätssteigernden Effekt unangemeldeter Prüfungen erbracht. Der VDAB hat sich deshalb in allen Stellungnahmeverfahren auf Bundes- und Landesebene immer für angemeldete Prüfungen ausgesprochen.

Offensichtlich sieht der Gesetzgeber die Prüfung im ambulanten Bereich durch eine kurzfristige Ankündigung nicht in ihrem Zweck gefährdet. Es kann nicht das entscheidende Kriterium sein, dass in der stationären Einrichtung in der Regel eine von der Pflege freigestellte PDL verfügbar ist. Vielmehr sollte es für den Gesetzgeber handlungsleitend sein, auf unnötige Skandalisierung und unnötige Bürokratie zu verzichten. Keine Einrichtung verändert sich über Nacht grundlegend, so dass gegen eine kurzfristige Ankündigung auch bei stationären Einrichtungen nichts spricht.

Misstrauen ist nicht im Interesse der Pflegebedürftigen, sondern Wertschätzung und Vertrauen entgegen zu bringen, statt Kontrollen und Bürokratie. Denn nur so werden sich in Zukunft genug Pflegekräfte finden. Das PSG II wäre für den Gesetzgeber eine gute Gelegenheit, diese Schieflage geradezurücken.

Der VDAB fordert, dass generell angemeldet zu prüfen ist.

Prüfgrundlagen

Die Problematik der Harmonisierung bei unverändertem System der Vereinbarungen zeigt sich auch im § 114 a. Weder aus dem Gesetzestext, noch aus der Begründung geht klar hervor, welche konkrete Bindungswirkung die Maßstäbe und Grundsätze haben sollen. Auch das Stufenmodell von Daten aus dem Indikatorenmodell und ergänzenden (ersetzenden?) Informationen zur Struktur- und Prozessqualität bei gleichzeitiger Verpflichtung, in jedem Fall die Struktur- und Prozessqualität zu prüfen, erschließt sich uns nicht. Es darf nicht im Belieben des GKV-Spitzenverbandes als Richtliniengeber stehen, was er aus der Mischung von alter Qualitätsprüfung und neuem Indikatorenmodell macht. Ein Ermessensspielraum, wann die Informationen aus den

Indikatoren ausreichend sind, kann schnell zum offenen Scheunentor werden, die Ergebnisqualität aus dem eigenen Prüfverständnis heraus systematisch nachrangig zu behandeln. Dies wird noch durch die Tatsache verstärkt, dass nicht geregelt ist, welche Bindungswirkung die Ergebnisse zur Ergebnisqualität auf den Umfang und den Inhalt der Qualitätsprüfungen insgesamt haben. All diese Erwägungen sprechen auch hier für eine Zusammenführung aller relevanten Regelungen in einer einheitlichen Vereinbarung.

Der VDAB schlägt deshalb vor, § 114a aufzuheben und dessen Inhalte in angepasster Form in die Regelungen nach § 113 SGB XI zu übernehmen.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

Der VDAB setzt sich seit Ende 2010 konsequent für den grundlegenden Systemwechsel in der Pflegetransparenz ein. Deshalb ist es im Grundsatz zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun Verbindlichkeit für diesen Prozess schafft. Ebenfalls ist zu begrüßen, dass im stationären Bereich inhaltlich insbesondere auf die Ergebnisse des Modellprojektes des BMG verwiesen wird, denn sie bilden auch nach Ansicht des VDAB eine geeignete Grundlage, weshalb er auch schon 2011 im Abschlussbericht der Bonato-Kommission Vorschläge für konkrete Umsetzungsschritte auf dieser Basis gemacht hat.

Die vorgesehenen Inhalte Prozess-, Struktur – und Ergebnisqualität decken sich mit den langjährigen Forderungen des VDAB. Zur Erfassung der Struktur- und Prozessqualität hat der VDAB im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens konkrete Vorschläge für ein Nachweisverfahren gemacht. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass eine vergleichende und gestufte Darstellung für diesen Bereich kaum möglich erscheint. Dies sollte der Gesetzgeber im Auge behalten und ggf. in der Begründung weiterführend darauf hinweisen, da es sonst bei der Umsetzung der Vereinbarungen unterschiedliche Interpretationen des gesetzlichen Auftrages und unnötige Verzögerungen geben kann.

Ungeachtet der hohen inhaltlichen Übereinstimmung bleibt die Forderung des VDAB auf Zusammenführung der Vereinbarung mit der QPR zu einer einheitlichen Vereinbarung.

Bis zur Vereinbarung eines neuen validen Transparenzsystem fordert der VDAB die Aussetzung der Prüfungen und Veröffentlichungen auf Basis der PTVA und PTVS.

Weiterer Hinweis: Regelungssystematisch ist die Verpflichtung zur Anpassung an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt in § 115 zu streichen, da sich der Regelungsinhalt der Qualitätsdarstellungsvereinbarung auf die Darstellung bezieht. Die Anpassung an den Fortschritt muss sich aus unserem Verständnis heraus in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI wiederfinden.

Artikel 3

Übergangsregelung für die stationäre Pflege

§1 Neuverhandlung der Pflegesätze

Eine Weitergeltungsregelung wie in Satz 1 vorgesehen ist unseres Erachtens obsolet. Vergütungsvereinbarungen mit einer bestimmten Laufzeit gelten nach der derzeitigen gesetzlichen Regelung ohnehin über den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fort, unbeachtlich einer Kündigung oder einer zeitlichen Befristung des Vertrages (§ 85 Abs. 6 Satz 3 SGB XI in der derzeitigen Fassung). Einer ausdrücklichen Weitergeltungsregelung bedarf es im Hinblick auf die ohnehin in den in Artikel 3 vorgesehenen Vorschriften nicht. Mit Blick auf die Regelungsmöglichkeiten nach Satz 4 des § 1 sei darauf verwiesen, dass längst nicht in jedem Bundesland Pflegesatzkommissionen vorhanden sind. Teilweise gibt es alternative Strukturen wie in NRW den Grundsatzausschuss nach § 22 des Rahmenvertrages zur Kurzzeit- und vollstationären Pflege und das Pendant in § 23 des Rahmenvertrages zur Tagespflege, die im Rahmen der notwendigen Abstimmung zwischen den Rahmenvertragsparteien genutzt werden sollten. Es bietet sich dann folgende alternative Regelung an:

„Dabei können die Pflegesatzkommissionen nach § 86 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder die in Rahmenverträgen nach den §§ 75 Abs. 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für grundsätzliche Vergütungsfragen vorgesehenen entsprechenden Gremien (z. B. Grundsatzausschuss) das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 2 sowie eines angemessenen Zuschlages für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen.“

§ 2 Alternative Überleitung der Pflegesätze

Insoweit dürfte die dortige Regelung angesichts der auch gleich noch anzusprechenden fehlenden Abstimmung über Personalbemessungsgrundsätze vor allem mit Blick auf die neuen Pflegegrade

den Regelfall abbilden, so dass die Regelungen in § 3 ganz besondere Bedeutung gewinnen werden.

§ 3 Verfahren zur Umrechnung

Die dortigen Regelungen lassen ihre Verwandtschaft mit den alternativen Übergangsregelungen in Artikel 49 a §§ 6 bis 9 PflegeVG erkennen. Auch bei Einführung der stationären Stufen der Pflegeversicherung zum 01. Juli 1996 gab es entsprechende Überleitungsregelungen.

Wie die damalige Regelung lässt auch das jetzt in § 3 vorgesehene Verfahren an dem maßgeblichen Tag drei Monate vor dem Umstellungstag für vollstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege eine budgetneutrale Umrechnung nicht vollständig zu. Nach der Begründung zu § 3 soll die Hochrechnung auf Basis des Faktors 30,4 erfolgen. Abgesehen davon, dass sich dieser Faktor lediglich in der Gesetzesbegründung findet, ist darauf zu verweisen, dass der Faktor tatsächlich bei 30,417 liegt. Wenn man berücksichtigt, dass das Jahr 2016 als Schaltjahr 366 Tage hat, liegt der Umrechnungsfaktor für einen Monat bei 30,5 Tagen. Eine neutrale Hochrechnung müsste somit (drei normale Jahre auf ein Schaltjahr) zu einem Umrechnungsfaktor von 30,438 Tagen gerundet führen; ansonsten käme es zu einer Vergütungskürzung allein aufgrund dieser Umrechnung in Höhe von 0,125 Prozent, was ca. einem halben unbezahlten Arbeitstag entspricht.

Ob demgegenüber nach § 3 Abs. 3 die Umrechnungsfaktoren im teilstationären Bereich zutreffend sind, kann angesichts der bereits eingangs dieser Stellungnahme gerügten viel zu knapp bemessenen Stellungnahmefrist weder bestätigt noch in Frage gestellt werden. Dies gilt insbesondere mit Blick darauf, dass in der gemäß Begründung angeführten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwendungen in stationären Einrichtungen die dortigen Relationen für den vollstationären Bereich ermittelt wurden. Da im teilstationären Bereich aber eine weitgehend andere Versorgungssituation mit mehr betreuenden Elementen zu finden ist, sind

die in der Studie vorgefundenen Ergebnisse auf den teilstationären Bereich unseres Erachtens nicht übertragbar.

Ferner ist anzumerken, dass die in § 87 b SGB XI vorgesehenen Vereinbarungen über Vergütungszuschläge nunmehr ihren Niederschlag leistungsrechtlich in § 43 b des Entwurfes und vergütungsrechtlich in § 84 Abs. 8 des Entwurfes finden sollen.

Die Umrechnungsregelungen in § 3 sehen eine Berücksichtigung des Einnahmebudgets aus den Vereinbarungen nach § 87 b SGB XI hingegen nicht vor. Dies ist konsequent mit Blick darauf, dass der Vergütungszuschlag ausschließlich von der Pflegekasse zu tragen sein soll, wie dies auch bisher der Fall war. **Indes findet sich über die Vergütungszuschläge nach § 87 b SGB XI und deren Überleitung auf das neue Recht keine Übergangsregelung, obwohl § 87 b SGB XI mit Wirkung ab Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgehoben wird und Vereinbarungen über Vergütungszuschläge nach § 84 Abs. 8 des Entwurfes in den Fällen der Übergangsregelung jedenfalls nicht vereinbart werden.**

Eine entsprechende Regelung könnte folgenden Wortlaut haben:

„(5) Vereinbarungen über Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 87 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen wurden, gelten bis zum Abschluss einer Vereinbarung über die Zahlung von Vergütungszuschlägen gem. § 84 Abs. 8 in der ab dem 01. Januar 2017 geltenden Neufassung weiter.“

§ 4 Pflichten der Beteiligten

Die Vorschrift adaptiert das vergütungstechnische Verfahren zur Umsetzung der Übergangsentgelte. Die weitgehende inhaltliche Nähe zu Artikel 49 a § 10 PflegeVG ist unverkennbar, was schon dadurch dokumentiert wird, dass Abs. 1 vom Pflegeheim spricht. Hier sollte doch die neutralere Bezeichnung Pflegeeinrichtung gewählt werden.

Das rechtliche Konstrukt der Regelung nach § 4 Abs. 1 und 2 ist unseres Erachtens noch klärungsbedürftig. Die Mitteilung nach § 4 Abs. 1 dürfte rechtstechnisch als Vertragsangebot zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach Übergangsrecht einzustufen sein. Dann muss es allerdings auch zu einer Annahme dieses Angebotes seitens der Kostenträger kommen entsprechend den in § 85 SGB XI vorgesehenen Regularien. Eine Beanstandung im Sinne von Abs. 2 ist daher als Ablehnung des Vertragsangebotes zu begreifen, so dass es zum „zwangsweisen“ Abschluss einer Vergütungsvereinbarung durch Beschlussfassung seitens der Mehrheit der Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI kommen soll. Zugegebenermaßen entspricht diese Regelung fast wortwörtlich der auch in Artikel 49 a § 10 Abs. 2 PflegeVG vom Gesetzgeber damals verabschiedeten Regelung. Es sei jedoch darauf verwiesen, dass die damalige alternative Umrechnungsregelung tatsächlich nur in einer geringeren Anzahl zum Tragen kam, während bei der nunmehrigen Umstellung allenfalls in Ausnahmefällen neue Vergütungsvereinbarungen in Kraft treten dürften, während die alternative Überleitung der Pflegesätze im nunmehrigen Entwurf tatsächlich den Regelfall darstellt. Es dürfte wohl kaum zu erwarten sein, dass innerhalb einer Frist von weniger als zwei Monaten (Ermittlungstichtag 30.09.2016 und Mitteilungstichtag gegenüber den Heimbewohnern (Verbrauchern) 30.11.2016) es möglich sein soll, dass in einer Vielzahl möglicher Beanstandungen von Kostenträgerseite streitentscheidende Mehrheitsbeschlüsse der Vertragsparteien gefasst werden. Dies wäre allenfalls dann möglich, wenn ein erheblicher „Good-Will“ seitens der Kostenträger bei der Umsetzung der Alternativregelung angenommen werden kann. Aufgrund sämtlicher bisher gewonnener Erfahrungen kann hiervon nicht ausgegangen werden. **Hier besteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit zu Lasten der Pflegeeinrichtungen**, denn ohne eine gültige Vergütungsvereinbarung, **die zudem als öffentlich-rechtlicher Vertrag der**

Schriftform bedarf, gibt es keine Rechtsgrundlage für die Abrechnung von Vergütungssätzen, seien sie nach Neurecht ermittelt oder aber alternativ übergeleitet.

Ferner ist unseres Erachtens die Regelung in Artikel 3 § 4 Abs. 3 nicht ausreichend. § 9 Abs. 2 WBGV beinhaltet nach der allerdings zurzeit noch heftig umstrittenen Rechtsprechung der Oberlandesgerichte lediglich die Voraussetzungen für ein wirksames Angebot des Unternehmers auf Entgelterhöhung. Nach dieser Rechtsprechung bedarf es zusätzlich einer Annahme dieses Vertragsangebotes durch den (pflegebedürftigen) Verbraucher. Um dieser Rechtsunsicherheit zu begegnen, die ja nicht dem Einrichtungsträger durch eine (gewollte) Erhöhung von Vergütungssätzen zuzurechnen, sondern ausschließlich den gesetzlich angeordneten Überleitungsregelungen geschuldet ist, sollte in Artikel 3 § 4 Abs. 3 ein ausdrückliches einseitiges Erhöhungsrecht des Einrichtungsträgers geregelt werden, das an den bisherigen Text mit folgendem Wortlaut anschließt:

„Der Bewohner schuldet die nach Satz 1 mitgeteilten Pflegesätze einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bei vollstationärer Pflege ab dem 01. Januar 2017.“

Änderungen im SGB V

§ 37 krankheitsspezifische Leistungen

Es bleibt bei der doppelten Anerkennung der krankheitsspezifischen Leistungen, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI zu berücksichtigen sind und für die die Krankenkasse weiterhin aufzukommen hat. Das ist konsequent.

§ 37 Abs. 2 Satzungsleistungen

Die Krankenkassensatzung kann Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit auch mit Pflegegrad 1 im Sinn des SGB XI zulässig. Auch diese Folgeänderung aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist konsequent.

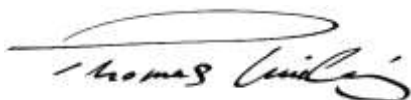
§ 71 Beitragssatzstabilität

Wir verweisen auf unsere Anmerkungen zu § 84 SGB XI. Die gleichen Überlegungen gelten auch für die Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern.

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen den Anstoß zu einer konstruktiven Diskussion über den Entwurf zum Pflegestärkungsgesetz II gegeben zu haben und freuen uns auf den fachlichen Austausch.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne im Rahmen der Erörterung und des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer