



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 8/2016, 12. Oktober 2016

Stellungnahme zur Anhörung „Drittes Pflegestärkungsgesetz“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 zu den Bundestagsdrucksachen 18/9518, 18(14)0206.1, 18/8725 und 18/9668

Zusammenfassung

Die Patientenschützer setzen sich für eine zeitnahe und engmaschige Evaluierung der Pflegeberatung und der Pflegeleistungen ein. Nur so kann Klarheit in der Frage geschaffen werden, wie oft die Pflegeberatung zur konkreten Inanspruchnahme von Pflege- und Entlastungsleistungen führt und warum zahlreiche Angebote von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen kaum oder zu selten in Anspruch genommen werden.

Auch die medizinische Behandlungspflege für Heimbewohner wird nicht systemgerecht neu geregelt. Bisher entscheidet der Wohnort eines Pflegebedürftigen darüber, ob die Krankenkasse diese Leistungen bezahlt. Bei Heimbewohnern gelten diese Kosten mit den pauschalen Leistungsbeträgen für stationäre Pflege der Pflegekassen als abgegolten. Faktisch müssen die Pflegebedürftigen in Heimen derzeit diese Leistungen somit aus der eigenen Tasche bezahlen. Systemgerecht wäre, wenn auch für sie die Krankenkassen die medizinische Behandlungspflege übernehmen. Die Patientenschützer erneuern auch ihre Forderung, eine umfassende hospizliche und palliative Versorgung für Pflegeheimbewohner umzusetzen. Das Sterben „zweiter Klasse“ in den Pflegeheimen muss jetzt beendet werden.

Die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Maßnahmen gegen den Betrug in der Pflege reichen nicht aus. Weder plant sie die Einführung einer einheitlichen Patientennummer, noch legt sie verbindlich fest, ab wann die Abrechnung von Pflegeleistungen ausschließlich elektronisch erfolgen darf. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, diese und weitere Maßnahmen beispielsweise zur Straffreiheit bei Selbstanzeige oder zum Schutz von Hinweisgebern in das Dritte Pflegestärkungsgesetz aufzunehmen.

Eine grundlegende Reform des Heilpraktikergesetzes ist überfällig. Das Bundesgesundheitsministerium muss die bestehenden Zulassungsregelungen auf den Prüfstand stellen und Vorgaben für eine möglichst bundesweit einheitliche, qualitätsgesicherte Ausbildung für Heilpraktiker erarbeiten. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, den Gesetzentwurf entsprechend zu ergänzen.

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Rieke Detering, Dr. Florian Dimer, Christine Eberle, Herbert Möller, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 28.01.2014, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.



Inhalt

1.	Vorbemerkungen.....	3
2.	Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	6
2.1.	Neu zu § 7a SGB XI – Evaluation der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit	6
2.2.	Nr. 4 zu § 8a SGB XI – Interessenvertretung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen in Pflegeausschüssen.....	8
2.3.	Neuer § 71a SGB XI – Legaldefinition für Wohngemeinschaften	11
2.4.	Neu zu § 101 SGB XI – Einheitliche Patienternummer für Kranken- und Pflegeversicherung.....	12
2.5.	Neu zu § 105 SGB XI – Ausschließliche elektronische Abrechnung der Leistungserbringer in der Pflegeversicherung.....	13
2.6.	Nr. 14 zu § 109 SGB XI – Ergänzung der Pflegestatistik.....	16
2.7.	Nr. 15 zu § 113b SGB XI – Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen im Qualitätsausschuss	18
3.	Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Artikel 12 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	20
3.1.	Neu zu § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen	20
3.2.	Neu zu § 39a SGB V – Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen.....	23
3.3.	Neu zu § 197a SGB V – Anonyme Hinweise und Schutz von Hinweisgebern.....	26
3.4.	Neuer § 307c SGB V – Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	29
4.	Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Artikel 15 – Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV).....	30
4.1.	Nr. 1 zu § 2 PflegeStatV – Ergänzung der Pflegestatistik.....	30
5.	Änderungsvorschläge zum Änderungsantrag 34 der Fraktionen CDU/CSU und SPD (neuer Artikel 17f) – Änderung des Heilpraktikergesetzes	32
5.1.	Neu zu § 2 Heilpraktikergesetzes	32



1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) will die Bundesregierung die Rolle der Kommunen in der Pflegeplanung und Beratung stärken. Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen sollen künftig mehr als bisher Beratung und Hilfe aus „einer Hand“ erhalten. Der Entwurf setzt damit die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Mai 2015 um.¹ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt den Ansatz, Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen (Pflegepersonen) mehr als bisher Beratung und Hilfe „aus einer Hand“ anzubieten. Dies ist überfällig und dringend notwendig. Das zeigen auch die Erfahrungen am bundesweiten Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Hier berichten viele Pflegebedürftige und deren Angehörige, dass sie sich dem Pflegeleistungsdschungel orientierungslos gegenüber sehen.²

Pflegeberatung und Pflegeleistungen engmaschig evaluieren

Daher fordern die Patientenschützer, die Evaluierung der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit zu intensivieren, um im laufenden Reformprozess der Pflegegesetzgebung Versorgungslücken und Fehlentwicklungen schneller zu identifizieren und gegensteuern zu können (siehe 2.1. dieser Stellungnahme). Sie unterstützen damit die entsprechende Forderung im vorliegenden Antrag „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“ (BT-Drucksache 18/8725). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll daher ab 2017 jährlich (ab 2020 alle zwei Jahre) einen umfassenden Bericht zur Pflegeberatung vorlegen, in dem – bis auf die kommunale Ebene hinab – auch die empfohlenen und vermittelten Leistungen erfasst werden. Ziel der Evaluation ist es, einen Überblick zu erhalten, in wieviel Fällen die Pflegeberatung zur konkreten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Entlastungsangeboten geführt hat.

Medizinische Behandlungspflege für Heimbewohner systemgerecht neu regeln

Die Patientenschützer bekräftigen ihre Forderung, die medizinische Behandlungspflege für Bewohner³ stationärer Einrichtungen systemgerecht ebenfalls in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern (siehe 3.1.). Vor knapp 20 Jahren wurde vom Gesetzgeber festgeschrieben, dass die medizinische Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner von der gesetzlichen Pflegeversicherung zu tragen ist. Dies war ursprünglich als Übergangsregelung gedacht. Die Pflegeversicherung übernimmt allerdings nur Kosten in Höhe der pauschalen Leistungsbeiträge. Da diese Beiträge in der Praxis bereits ohne medizinische Behandlungspflege ausgeschöpft sind, müssen Pflegeheimbewohner diese Leistung de facto über ihren Eigenanteil selbst finanzieren. Eine Studie zeigt, dass sie durch diese Regelung mit jährlich 1,1 bis 2,3 Mrd.

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, 12.05.2015, abrufbar unter <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf>.

² Deutsche Stiftung Patientenschutz, Das Patientenschutztelefon, Bundesweite Hilfe für schwerst- kranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen, Februar 2016, abrufbar unter: <https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Patientenschutztelefon.pdf>.

³ Hinweis: Sofern in dieser Stellungnahme bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige beider Geschlechter.

Euro zusätzlich belastet werden.⁴ Allen anderen Versicherten wird die medizinische Behandlungspflege von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Somit entscheidet derzeit der Wohnort eines Patienten darüber, wer die Kosten der medizinischen Behandlungspflege tragen muss. Die Diskriminierung von Pflegeheimbewohnern ist nach einem von der Deutschen Stiftung Patientenschutz in Auftrag gegebenen rechtswissenschaftlichen Gutachten verfassungsrechtlich höchst bedenklich.⁵

Sterbende in Pflegeheimen bei Hospizleistungen gleichstellen

Weiterhin ungeregelt ist auch der Zugang von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu einer umfassenden hospizlichen und palliativen Versorgung. Pflegeheime sind ebenso wie stationäre Hospize Orte des Sterbens. Mittlerweile versterben hier 30 Prozent der Bewohner in den ersten 3 Monaten nach Einzug, 60 Prozent sterben innerhalb des ersten Jahres.⁶ Die Patientenschützer fordern, das Sterben „zweiter Klasse“ in Pflegeheimen jetzt zu beenden (siehe 3.2.). Wie dies erreicht werden kann, hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz bereits im Juni 2015 mit einem konkreten Modell beschrieben.⁷

Weitere Maßnahmen gegen den Betrug in der Pflege ergreifen

Organisierter Betrug in der Pflege ist nicht neu. Durch Zeitungsberichte kam das Thema im April dieses Jahres erneut auf die politische Tagesordnung. Grundlage hierfür war ein Bericht des Bundeskriminalamtes (BKA) vom Oktober 2015, welcher der Öffentlichkeit bis heute nicht zugänglich gemacht wurde. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat sich daraufhin in einem Fachgespräch am 21. September 2016 mit dem Thema befasst. Leidtragende des Betrugs sind neben den öffentlichen Kassen vor allem schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen.

Im Kabinettsentwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) hat die Bundesregierung nun Regelungsvorschläge gemacht, um den betrügerischen Aktivitäten zeitnah Grenzen zu setzen und so auch schwerstkranke und pflegebedürftige Menschen besser zu schützen. Diese Vorschläge gehen aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz jedoch nicht weit genug. Weiterhin fehlen wirksame Kontrollen an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Die Patientenschützer schlagen konkret vor, eine einheitliche Patientenummer

⁴ Vgl. Heinz Rothgang, Rolf Müller, Ökonomische Expertise, Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, 2013, S. 32.

⁵ Höfling/Schäfer, Zur verfassungsrechtlichen Problematik der unterschiedlichen normativen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungspflege im häuslichen und stationären Bereich, Mai 2015, abrufbar unter https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Behandlungspflege_Gutachten_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_7.pdf.

⁶ Deutscher Bundestag, Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), BT-Drs. 18/5170, 12.06.2015, S. 50.

⁷ Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz, Patientenschutz-Info-Dienst 02/2015, Gleichstellung Sterbender: Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen, 11. Juni 2015, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Gleichstellung_Sterbender_Hospiz_Pflege_20150611.pdf.

einzuführen (siehe Punkt 2.4.) und die Abrechnung von Pflegeleistungen künftig ausschließlich auf elektronischem Weg erfolgen zu lassen (siehe 2.5.). Mit dem Entwurf des Zweiten Bürokratieentlastungsgesetzes⁸ werden Schritte in die richtige Richtung unternommen. Es fehlt jedoch eine verbindliche Frist, ab der Abrechnungen ausschließlich elektronisch erfolgen dürfen. Selbstorganisierte und trägergesteuerte Wohngemeinschaften müssen außerdem eine bundeseinheitliche Legaldefinition erhalten (siehe 2.3.). Schließlich sollen Regelungen zum Schutz anonymer Hinweisgeber und ein Modell zur Straffreiheit bei Selbstanzeige ähnlich dem Steuerstrafrecht geschaffen werden (siehe 3.3. und 3.4.). Die Länder müssen einheitliche Meldepflichten für Wohngemeinschaften und für ambulante Pflegedienste bei der heimrechtlichen Aufsichtsbehörde vorschreiben.⁹ Weiter sind die Länder gefordert, flächendeckend spezialisierte Ermittlungsteams bei der Polizei und Schwerpunktstaatsanwaltschaften einzurichten. Leider hat die Gesundheitsministerkonferenz bislang lediglich die Justizministerkonferenz gebeten zu prüfen, inwieweit eine verstärkte Einrichtung von z.B. Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur wirksamen Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege beitragen kann.¹⁰

Reform des Heilpraktikergesetzes ist überfällig

Die aktuelle Diskussion hat erneut gezeigt, dass das bestehende Heilpraktikerrecht unzureichend ist. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert den Gesetzgeber auf, das Bundesministerium für Gesundheit mit einer umfassenden Überprüfung der geltenden Rechtslage zu beauftragen. Zu prüfen ist, wie das Heilpraktikergesetz so reformiert werden kann, dass es den Anforderungen des Patientenschutzes ebenso gerecht wird wie der Selbstbestimmung der Patienten. Hierbei ist die Frage zu beantworten, wie die Berufszulassung zum Heilpraktiker durch eine verbindliche Ausbildung oder ein Studium geregelt werden kann. Weiter muss das Bundesgesundheitsministerium überprüfen, wie der Gesetzgeber Vorgaben dazu machen kann, was ein zugelassener Heilpraktiker tun darf und was nicht. (siehe 5.)

Pflegebedürftige und Pflegepersonen besser beteiligen

Um die Sorgen und Nöte der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen ausreichend zu berücksichtigen, müssen außerdem ihre Interessen mehr als bisher in den Landespflegeausschüssen und in regionalen Pflegeausschüssen vertreten werden. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt daher die entsprechende Forderung im Antrag „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ (BT-Drucksache

⁸ Vgl. Bundesrat, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz), BR-Drs. 437/16, 12.08.2016.

⁹ Der Bundesrat empfiehlt demgegenüber eine gewerberechtliche Lösung, vgl. Bundesrat, Empfehlungen der Ausschüsse zu Punkt 36 der 948. Sitzung des Bundesrates am 23. September 2016 zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BR-Drs. 410/1/16, 19.09.2016, S. 77.

¹⁰ Gesundheitsministerkonferenz, Ergebnisniederschrift der 89. Gesundheitsministerkonferenz, TOP: 5.3 Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege, Nr. 6, 2016.

18/9668). Der Gesetzentwurf der Bundesregierung trifft zwar Maßnahmen zur verpflichtenden Einbindung beispielsweise der Pflegekassen in die Pflegeausschüsse und in die Pflegestrukturplanung. Interessenvertreter der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen sind in den Landespflegeausschüssen derzeit jedoch nur in geringer Zahl oder gar nicht repräsentiert. Daran ändert der Gesetzentwurf nichts. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, im Bundesrecht zu präzisieren, dass ihre Interessenvertretung in den Pflegeausschüssen in angemessener Weise gewährleistet sein muss (siehe 2.2.). Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem Landesrecht. Im durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) gebildeten Qualitätsausschuss müssen die Patientenvertreter ebenfalls angemessen repräsentiert sein und neben dem Antrags- auch ein Stimmrecht erhalten (siehe 2.7.).

2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. Neu zu § 7a SGB XI – Evaluation der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit

2.1.1. Gesetzentwurf

Wesentliches Ziel des Gesetzentwurfes ist, die Kommunen stärker in die Struktur der Pflege einzubinden. Hierzu erhalten sie ein befristetes Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Im Entwurf wird klargestellt, dass die Pflegeberatung gemäß § 7a des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) auch zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehört. Das Recht, Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu erbringen, wird auf Beratungspersonen der Kommunen ausgeweitet. Im Rahmen von Modellprojekten wird es ausgewählten Kommunen möglich, Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand anzubieten. Zur Evaluation wird auf die fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18c SGB XI verwiesen. Die Ergebnisse dieser Evaluation sollen bis zum 1. Januar 2020 veröffentlicht werden.

2.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass Bund, Länder und Kommunen den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen künftig vermehrt Beratung aus „einer Hand“ anbieten wollen. Zurzeit ist die Pflegeberatung in den Ländern sehr unterschiedlich organisiert.¹¹ Dies geht nicht nur zu Lasten der Transparenz und einer bundeseinheitlichen Qualitätssicherung in der Pflegeberatung. Es schafft auch Hürden für Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen bei der Auswahl und der Inanspruchnahme der für sie sinnvollen und notwendigen Beratungsangebote und -leistungen. Derzeit werden viele Pflegeleistungen und

¹¹ Vgl. u. a. Friedrich-Ebert-Stiftung, Pflegestützpunkte in Deutschland, Mai 2016, abrufbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12538.pdf>.

Entlastungsangebote kaum abgerufen, weil Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich im dichten Leistungsdschungel verloren fühlen. Insbesondere in einer akut entstehenden Pflegesituation sind die Betroffenen hier auf eine gute Beratung angewiesen.

Die „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit zeigen, dass es derzeit große Defizite beim Abruf einzelner Pflegeleistungen durch die Anspruchsberechtigten gibt. So wurden im Jahr 2015 Leistungen der Verhinderungspflege durchschnittlich nur von 128.892 Leistungsempfängern in Anspruch genommen. Die Leistungsart Kurzzeitpflege riefen lediglich 23.853 Empfänger ab.¹² Potenziell anspruchsberechtigt sind hingegen rund 1,86 Millionen zuhause versorgte Pflegebedürftige.¹³ Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Ergebnis, dass überhaupt nur 65 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen über das Angebot der Kurzzeitpflege und 56 Prozent über die Verhinderungspflege informiert sind.¹⁴

Doch auch auf der Angebotsseite gibt es Nachbesserungsbedarf, da es derzeit bundesweit nur 11.051 Kurzzeitpflegeplätze gibt.¹⁵ Für viele Pflegeeinrichtungen ist es wirtschaftlich nicht attraktiv, Kurzzeitpflege anzubieten. Dadurch haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen große Probleme, einen geeigneten Platz in ihrer Nähe zu finden. Zu den gängigen Urlaubszeiten ist dies nahezu ausgeschlossen. Die Bundesregierung ist daher gefordert, ein Förderprogramm zum Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen aufzulegen, damit sich Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt ausweiten können.

Das PSG II sieht die nächste Evaluierung der Pflegeberatung und die Evaluierung der Beratung in der häuslichen Pflege für 2020 vor (§ 7a Abs. 9 SGB XI). Eine Evaluierung erst in vier Jahren widerspricht den erklärten Zielen der Bundesregierung, die Transparenz in der Pflegeberatung zu stärken sowie ihre Qualität und ihre Vergleichbarkeit kontinuierlich zu verbessern. Auch trägt eine solche Verzögerung nicht dazu bei, die in den nächsten Jahren laufende Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben in der Pflege regelmäßig systematisch auszuwerten und auf ihre Wirksamkeit und Mängel hin zu überprüfen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, mit der wissenschaftlich begleiteten Evaluierung der Pflegeberatung und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit früher zu beginnen. Sie schlägt daher vor, die Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Pflegeberatung und zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit beginnend zum 30. Juni 2017 in Jahresschritten zu fassen. Die Berichte sollen zusätzlich auch die empfohlenen und tatsächlich vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) vergleichbar darstellen – neben den im § 7a Abs. 9 SGB XI genannten Beratungstätigkeiten und Schwerpunkten. Im individuellen Ver-

¹² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2015, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>.

¹³ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

¹⁴ Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (Hg.), WINEG Wissen 04, Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt, 2014, S.13.

¹⁵ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 22.

sorgungsplan werden Sozialleistungen und gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen, die im Einzelfall als erforderlich angesehen wurden, aufgeführt. Diese müssen in den Berichten mit den tatsächlichen Leistungen, die die Leistungsträger genehmigt haben, verglichen werden. Die Ergebnisse sind so aufzubereiten, dass ein Vergleich auch auf Ebene der Bundesländer und auf kommunaler Ebene möglich ist. Hierzu ist erforderlich, dass die einzelnen Beratungsstellen über ihre tatsächlichen Hilfeleistungen für Ratsuchende Rechenschaft ablegen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht die Jahresberichte auf seiner Internetseite. Nach dem 30. Juni 2020 werden die Berichte alle zwei Jahre vorgelegt und veröffentlicht.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz empfiehlt, den § 7a Abs. 9 SGB XI wie folgt zu ändern:

§ 7a SGB XI Pflegeberatung

(...)

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit **erstmalig zum 30. Juni 2017 jährlich, ab dem 30. Juni 2020 alle zwei Jahre**, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen, **Schwerpunkte, die empfohlenen und vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) und die** Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
2. die Durchführung, Ergebnisse, **die empfohlenen und vermittelten Leistungen (nach Leistungsarten) und die** Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8

vor **und veröffentlicht diesen auf seiner Internetseite**. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

2.2. Nr. 4 zu § 8a SGB XI – Interessenvertretung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen in Pflegeausschüssen

2.2.1. Gesetzentwurf

Mit § 8a SGB XI werden die Landesregierungen ermächtigt, Landespflegeausschüsse für ein Land oder Teile des Landes einzurichten. Der Gesetzentwurf verpflichtet nun die Landesver-

bände der Pflegekassen, der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesellschaft, in diesen sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen an den Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung mitzuarbeiten. Das gleiche gilt für regionale Pflegeausschüsse. Die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse befassen sich laut Begründung des Gesetzentwurfes „mit der Versorgung des spezifischen Personenkreises der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen“.¹⁶ Die Regelung in § 8a SGB XI, dass die Landesregierungen „die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen“ können, wird nicht weiter präzisiert.

2.2.2. Stellungnahme

Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden die Landesregierungen beauftragt, Landespflegeausschüsse einzurichten (damals § 92 SGB XI). Die konkrete Vorgabe, welche Organisationen und Akteure Mitglied sind, wurde im Jahr 2008 durch eine offenere Formulierung ersetzt. Damit sollten die Länder einen größeren Spielraum bei der Zusammensetzung der Landespflegeausschüsse erhalten. Im Bundesgesetz wird seither lediglich geregelt, dass sie die Mitglieder „unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten“ berufen können.

Eine stichprobenhafte Bestandsaufnahme in den Ländern zeigt, dass dieser Spielraum in Bezug auf die Interessenvertretung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen sehr unterschiedlich genutzt wird:

- Dem Landespflegeausschuss des Freistaats Sachsen (19 Mitglieder) gehört kein Vertreter der Pflegebedürftigen oder der pflegenden Angehörigen an.¹⁷
- Im Landespflegeausschuss des Landes Niedersachsen (32 Mitglieder) sind dieser Interessenvertretung lediglich zwei Mitglieder zuzurechnen. Dies sind der Vertreter des Landes seniorenrates und die Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen.¹⁸
- Die Verordnung über den Landespflegeausschuss des Landes Berlin (22 Mitglieder) sieht drei Interessenvertreter der betroffenen Personenkreise vor. Diese sind jedoch im Gegensatz zu den Vertretern der Leistungserbringer und (übrigen) Leistungsträger nicht stimmberechtigt. Dies ist je ein Vertreter des Landesbeirates für Menschen mit Behinderungen, des Landespsychiatriebeirates und des Landesseniorenbeirates.¹⁹

¹⁶ Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), 26.04.2016, S. 61.

¹⁷ Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz des Freistaates Sachsen, Mitglieder des Landespflegeausschusses (LPfA), abrufbar unter: <http://www.familie.sachsen.de/14099.html>.

¹⁸ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Mitglieder des Niedersächsischen Landespflegeausschusses, Stand 01.12.2015, abrufbar unter: http://www.ms.niedersachsen.de/download/9757/Uebersicht_ueber_die_Mitglieder_des_Landespflegeausschusses.pdf.

¹⁹ Senatsverwaltung Bereich Soziales Berlin, Verordnung über den Landespflegeausschuss nach § 92 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, geänderte Fassung vom 02.02.2015, abrufbar unter <https://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/lpflegeav.html>.

Der Gesetzentwurf unterstreicht in seiner Begründung die Aufgabe der Landespflegeausschüsse, über „die Versorgung des spezifischen Personenkreises der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen“ zu beraten und hierzu Empfehlungen abzugeben.²⁰ Die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen stehen damit im Fokus der Arbeit der Landespflegeausschüsse. Gleichzeitig sind die Pflegebedürftigen im Teilkaskosystem der Pflegeversicherung nicht nur Empfänger von Leistungen, sondern aufgrund ihres finanziellen Eigenanteils ebenfalls Leistungsträger. Vor diesem Hintergrund muss künftig sichergestellt werden, dass die Interessen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen in Landespflegeausschüssen und in regionalen Pflegeausschüssen in angemessener Weise vertreten sind. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz rät an, hierfür die gleiche Zahl an Vertretern vorzusehen, die den übrigen Leistungsträgern zustehen, oder mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder. Die konkrete Umsetzung obliegt jedoch dem Landesrecht. Im Bundesrecht ist allerdings eine Präzisierung der allgemeinen Vorgaben zur Zusammensetzung der Ausschüsse sinnvoll. Gleichzeitig ist erforderlich, dass die bisherige „Kann-Regelung“ zur Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten zu einer „Soll-Regelung“ aufgewertet wird.

2.2.3. Änderungsvorschlag

Im künftigen § 8a Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird eine „Soll-Regelung“ formuliert. Dieser Absatz wird außerdem um einen Satz 3 ergänzt. Durch einen Verweis im künftigen § 8a Abs. 3 SGB XI wird das Erfordernis einer angemessenen Vertretung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen auch auf regionale Pflegeausschüsse übertragen.

§ 8a SGB XI Landespflegeausschüsse

(1) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere **sollen** sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen. **Die Vertretung der Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 und der Pflegepersonen im Sinne des § 19 muss hierbei in angemessener Weise gewährleistet sein. (...)**

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen entsenden Vertreter in regionale Pflegeausschüsse, die nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen

²⁰ Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), 26.04.2016, S. 61.

und kreisfreien Städten eingerichtet sind (regionale Pflegeausschüsse). **Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.** Sie wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

2.3. Neuer § 71a SGB XI – Legaldefinition für Wohngemeinschaften

2.3.1. Gesetzentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Gesetzentwurf unterschiedliche Regelungsvorschläge. Für den Bereich der Wohngemeinschaften gibt es bisher nur einen unbestimmten Auftrag zur Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen. Die Bundesregierung schlägt nun vor, diesen Auftrag um eine Frist und Details zum Konzept zu erweitern.

2.3.2. Stellungnahme

Um Fällen von Pflegebetrug effektiv begegnen zu können, genügt es nicht, bis zum Jahr 2018 ein Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu erarbeiten. Weitere gesetzliche Maßnahmen sind erforderlich.

Bislang gibt es keine bundeseinheitlichen Standards für trägergesteuerte und selbstorganisierte Wohngemeinschaften. Jedoch kommen in diesen Wohn- und Versorgungsformen Fälle von Abrechnungsbetrug und nicht fachgerechter Betreuung der Pflegebedürftigen immer wieder vor. Eine wirksame Qualitätssicherung und Kontrolle ist derzeit nicht möglich.

Die Heimgesetze der Länder regeln die Rahmenbedingungen für Wohngemeinschaften höchst unterschiedlich. Teilweise definiert das Landesrecht, wann von einer selbstorganisierten und wann von einer trägergesteuerten Wohngemeinschaft auszugehen ist. In einigen Ländern unterliegen alle, in anderen nur die trägergesteuerten Wohngemeinschaften einer Meldepflicht.

Deshalb besteht weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf. Die zuständigen Aufsichtsbehörden müssen alle Wohngemeinschaften erfassen. Erst dann sind wirksame Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Kontrolle und Überwachung überhaupt möglich. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher die Einführung einer bundesweiten Legaldefinition für trägergesteuerte und selbstorganisierte Wohngemeinschaften.

2.3.3. Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer § 71 a SGB XI zu Wohngemeinschaften eingeführt:

§ 71a SGB XI Wohngemeinschaften

(1) Wohngemeinschaften im Sinne dieses Buches sind Wohnformen für Volljährige, die dem Zweck dienen, mindestens drei pflegebedürftigen

Menschen (§ 14) das selbstbestimmte Leben in einem gemeinsamen Haushalt und eine von der Wohnraumüberlassung unabhängige Inanspruchnahme entgeltlicher Betreuungsleistungen zu ermöglichen.

(2) Träger einer Wohngemeinschaft ist, wer im Rahmen unternehmerischer Tätigkeiten das Wohnen und die Leistungserbringung bestimmt und die Ausführung des Betriebes verantwortet.

(3) Selbstorganisierte Wohngemeinschaften sind Einrichtungen, in welchen der Anbieter von Wohnraum und der Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig voneinander sind und wenn die Bewohner, bzw. für diese handelnde vertretungsberechtigte Personen bei der Auswahl des Pflegeanbieters weder vertraglich noch tatsächlich eingeschränkt sind. Dies gilt insbesondere im Fall einer zusammengeschlossenen Auftraggebergemeinschaft, die dazu dient, das gemeinschaftliche Wohnen zu gestalten, gemeinsame Interessen gegenüber Dritten zu vertreten sowie die Gemeinschaft betreffende Geschäfte abzuschließen.

2.4. Neu zu § 101 SGB XI – Einheitliche Patientenummer für Kranken- und Pflegeversicherung

2.4.1. Gesetzentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Gesetzentwurf unterschiedliche Regelungsvorschläge. Ein Regelungsvorschlag zur Einführung einer einheitlichen Patientenummer fehlt dagegen.

2.4.2. Stellungnahme

Um Transparenz in die Abrechnung der Pflege zwischen Pflegeversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung zu bringen, bedarf es einer einheitlichen Patientenummer, die jeder gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte sein Leben lang behält. Dieses Erfordernis erfüllt bereits die Krankenversichertennummer. Sie setzt sich zusammen aus einem unveränderbaren Teil zur Identifizierung des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält (§ 290 SGB V).

Die Pflegeversichertennummer darf „mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen“ (§ 101 S. 1 SGB XI). Dadurch kann ein Pflegebedürftiger, der Leistungen sowohl der Pflegekasse als auch der Krankenversicherung in Anspruch nimmt, zwei verschiedene Versichertennummern haben. Die Überprüfbarkeit von Abrechnungen kann dadurch intransparent werden. Um zukünftig transparenter zu sein und die Überprüfbarkeit zu vereinfachen, bedarf es der zwangsweisen Vereinheitlichung von Krankenversicherten- und Pflegeversichertennummer. Auf diesem Weg wird eine einheitliche lebenslange Patientenummer geschaffen. Der Datenschutz der Patienten ist hierbei in vollem Umfang zu wahren.

ren. Diese Patientenummer ist eine wesentliche Grundlage für alle weiteren in dieser Stellungnahme geforderten Maßnahmen, um das Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei Abrechnungen einzudämmen.

2.4.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, den bisherigen § 101 S. 1 SGB XI entsprechend anzupassen:

§ 101 SGB XI Pflegeversichertennummer

Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer **übereinstimmt**. Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

2.5. Neu zu § 105 SGB XI – Ausschließliche elektronische Abrechnung der Leistungserbringer in der Pflegeversicherung

2.5.1. Gesetzentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Gesetzentwurf mehrere Regelungsvorschläge. Eine Regelung zur elektronischen Abrechnung der Leistungserbringer in der Pflegeversicherung fehlt im Gesetzentwurf jedoch.

2.5.2. Stellungnahme

Im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz)²¹ wird eine Regelung zur elektronischen Abrechnung vorgeschlagen. Der Gesetzentwurf wurde am 03.08.2016 vom Bundeskabinett beschlossen und voraussichtlich noch im Oktober in den Bundestag eingebracht. Dort wird § 105 Absatz 2 SGB XI angepasst. Demnach sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nachweise festlegen, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind. Weiter wird eine qualifizierte elektronische Signatur oder ein anderes sicheres Verfahren vorgesehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet. In der Begründung zum Gesetz wird ausgeführt,

²¹ Vgl. Bundesrat, Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz), BR-Drs. 437/16, 12.08.2016.

dass diese Leistungsnachweise in elektronischer Form von den Pflegekassen auch zum Zwecke der Abrechnungsprüfung genutzt werden können.

Durch die neue Regelung des § 105 SGB XI im Entwurf des Zweiten Bürokratieentlastungsgesetzes wurde ein Teil der Forderung der Deutschen Stiftung Patientenschutz zum Referententwurf erfüllt. Im Jahre 2017 soll ein Verfahren entwickelt werden, dass alle für die Abrechnung pflegerischer Leistungen relevanten Daten elektronisch übermittelt. Es bedarf jedoch weiterer Maßnahmen, um die Intransparenz des Abrechnungssystems bei Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung wirksam abzubauen und den Betrug im Gesundheitswesen einzudämmen. Zwar wird derzeit bereits schrittweise in allen Bundesländern der Datenträgeraustausch zwischen Pflegekassen und Leistungsanbietern in der Pflege vorangetrieben, aber eine Abrechnung in Papierform ist weiterhin möglich. Laut Gesetzesbegründung verfolgt die Bundesregierung jedoch ein weitergehendes Ziel: „Dokumente in Papierform sollen hierdurch vollständig abgelöst und eine parallele Nutzung papiergebundener und elektronischer Dokumente vermieden werden.“²² Trotzdem wird darauf verzichtet, im Zweiten Bürokratieentlastungsgesetz eine fristgebundene Pflicht zur ausschließlichen elektronischen Abrechnung zu normieren.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, gesetzlich klarzustellen, dass zukünftig die Abrechnung in der Pflege nach SGB XI nur noch elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgt. Für die Abrechnung von Leistungen nach dem SGB V durch Leistungserbringer bei den Krankenkassen ist dies bereits verpflichtend (§§ 295, 300 f. SGB V). Auch kann bei einer vom Leistungserbringer zu vertretenden Nichteinhaltung dieser Pflicht eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 Prozent des Betrages veranschlagt werden (§ 303 Abs. 3 SGB V).

Ziel einer solchen verpflichtenden elektronischen Abrechnung der Pflegeleistungen ist die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abrechnung sowie der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen. Darüber hinaus ermöglicht die verbindliche digitale Abrechnung eine Auswertung der Abrechnungen bei einem Anfangsverdacht zunächst durch die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ (§§ 197a SGB V, 47a SGB XI) und ggf. durch die zuständigen Staatsanwaltschaften. Hierzu können auch EDV-gestützte Data Mining Lösungen (Massendaten) zur Auswertung von Abrechnungsdaten entwickelt werden.²³ Auf diesem Wege könnten bei einem Anfangsverdacht gegen einen Leistungsanbieter alle betroffenen Abrechnungen elektronisch auf Unregelmäßigkeiten überprüft werden.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, dass spätestens ab dem 01.06.2018 verpflichtend alle Abrechnungen nach § 105 SGB XI ausschließlich auf diesen Wegen erfolgen müssen. Sollte das nach diesem Datum aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten

²² Bundesrat, Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz), BR-Drs. 437/16, 12.08.2016, S. 24.

²³ Vgl. Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstrafaten und Korruption im Gesundheitswesen (ZBVKG), abrufbar unter: https://gsta-frankfurt-justiz.hessen.de/irj/GSTA_Internet?cid=a0dfd7d9c4f371420b71028481113ac2.

hat, nicht eingehalten werden, kann der Rechnungsbetrag pauschal wie im SGB V gekürzt werden.

2.5.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, zusätzlichen zu den Änderungen aus dem Entwurf des Zweiten Bürokratieentlastungsgesetzes den bisherigen § 105 Abs. 1 SGB XI in Satz 2 zu ergänzen und einen neuen Abs. 3 einzufügen. Der bisherige Abs. 3 wird zu Abs. 4.

§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103) sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.

Die Abrechnung hat spätestens ab dem 01.06.2018 ausschließlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu erfolgen.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer legen bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nachweise fest, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind. Für die elektronische Datenübertragung elektronischer Dokumente ist neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes sicheres Verfahren vorzusehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet. Zur Authentifizierung des Absenders der Daten kann auch der elektronische Heilberufs- oder Berufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 des Fünften Buches, die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 des Fünften Buches sowie der elektronische Identitätsnachweis des Personalausweises genutzt werden; die zur Authentifizierung des Absenders der Daten

erforderlichen Daten dürfen zusammen mit den übrigen übermittelten Daten gespeichert und verwendet werden. § 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Werden die den Pflegekassen nach Abs. 1 zu übermittelnden Daten ab dem 01.06.2018 nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Pflegekassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Pflegekassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Durch die Einführung einer einheitlichen Patientennummer (siehe Punkt 2.4. dieser Stellungnahme) wird die Umsetzung dieser Regelung zusätzlich effektiver.

2.6. Nr. 14 zu § 109 SGB XI – Ergänzung der Pflegestatistik

2.6.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht die Erweiterung der Pflegestatistik um das Merkmal „Wohnort vor Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung“ vor.

2.6.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die geplante Erweiterung der Pflegestatistik. Um besonders die sektorenübergreifende Versorgung besser analysieren zu können, ist jedoch eine über den derzeitigen Vorschlag hinausgehende Erweiterung nötig. Im Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ von Bundesminister Gröhe u. a. gehen die Autoren davon aus, dass jährlich 340.000 Menschen in Pflegeheimen sterben.²⁴ Statistisch belegbares Zahlenmaterial zu dieser Angabe fehlt aber. Ob die Menschen tatsächlich im Pflegeheim sterben, oder aber zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden, wird nicht differenziert. Eine Studie im Auftrag des Landes Hessen legt nahe, dass 30,2 Prozent der Pflegeheimbewohner ihre letzte Zeit im Krankenhaus verbringen.²⁵ Diese Fakten zeigen, dass die derzeitige Datenlage für eine umfassende und aussagekräftige Analyse zur Pflege von Heimbewohnern in der letzten Lebensphase noch nicht ausreichend ist. Dasselbe Bild ergibt sich auch bei Pflegebedürftigen, die durch einen Pflegedienst in ihrer häuslichen

²⁴ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

²⁵ Vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen, November 2009, S. 12.

Umgebung versorgt werden. Zum Vergleich: In der „Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)“ des Statistischen Bundesamtes wird der Entlassungs- bzw. Verlegungsgrund genau aufgeschlüsselt.²⁶ Hier wird z. B. differenziert zwischen Tod, Entlassung in eine Pflegeeinrichtung und Entlassung in ein Hospiz.

Um bessere Daten zur Versorgung sterbender Pflegebedürftiger in Deutschland zu bekommen, bedarf es für die ambulante und stationäre Pflege weiterer Erhebungsmerkmale in § 109 SGB XI und in der Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV).

Im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde geregelt, dass in den Vereinbarungen nach § 39a Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) nun auch zu regeln ist, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können. Hierbei sind die berechtigten Wünsche des Bewohners zu berücksichtigen.²⁷ Zur ersten Evaluation dieser gesetzlichen Änderungen wäre eine Erweiterung der Erhebungsmerkmale der Pflegestatistik notwendig. In Ergänzung dazu wäre eine bundesweite Statistik über die Anzahl der Umzüge in ein Hospiz aus der ambulanten Pflege sinnvoll, um ein umfassendes Bild über die Hospizversorgung in Deutschland zu bekommen.

Zudem fehlen bisher Informationen zum Sterbeort von Pflegebedürftigen und Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen unmittelbar vor dem Tod. Diese Daten sind aber für die Analyse der Versorgungssituation und -qualität der Pflegebedürftigen am Lebensende als Grundlagendaten notwendig. Nur so ist sicherzustellen, dass zukünftig eine sektorenübergreifende Versorgung Sterbender in der ambulanten und stationären Pflege ausgebaut und verbessert werden kann.

Deshalb fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, dass folgende Erhebungsmerkmale ergänzt werden:

- Umzug in ein Hospiz,
- Krankenhauseinweisung des Pflegebedürftigen direkt vor dem Tod,
- Sterbeort des betreuten Pflegebedürftigen.

2.6.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, den bisherigen § 109 Abs. 1 SGB XI um eine neue Nr. 7 zu erweitern. Die derzeitige Nr. 7 wird zu Nr. 8.

§ 109 SGB XI Pflegestatistiken

Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.4, Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) – Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 2014, erschienen am 28. September 2015.

²⁷ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz formuliert in Punkt 3.2. dieser Stellungnahme einen weitergehenden Vorschlag zur Gleichstellung von Sterbenden in Pflegeheimen bei Hospizleistungen.

über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
3. in der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß auf Grund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr, Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. Pflegebedürftige und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,
6. in Anspruch genommene Pflegeleistungen nach Art, Dauer und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers,
7. **Umzug in ein Hospiz, Krankenhauseinweisung des Pflegebedürftigen direkt vor dem Tod und Sterbeort des betreuten Pflegebedürftigen,**
8. Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

2.7. Nr. 15 zu § 113b SGB XI – Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen im Qualitätsausschuss

2.7.1. Gesetzentwurf

Die Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in den Sitzungen des Qualitätsausschusses und an seinen Beschlussfassungen sollen um ein Antragsrecht erweitert werden, das über das bisherige Anwesenheits- und Mitberatungsrecht hinausgeht. Ein Stimmrecht, wie es den jeweils zehn Vertretern der Leistungsträger und der Leistungserbringer zusteht, ist nicht vorgesehen.

2.7.2. Stellungnahme

Im PSG II wurde zur Verbesserung der Qualität in der Pflege der Qualitätsausschuss eingeführt und dessen Zusammensetzung sowie die Beteiligungsrechte geregelt (§§113b, 118 SGB XI). Leistungsträger und Leistungserbringer wurden mit stimmberechtigten Vertretern in gleicher Zahl ausgestattet. Auch das Stimmrecht für die Verbände der Pflegeberufe wurde umgesetzt, indem ein Vertreter der Seite der Leistungserbringer zugerechnet wurde. Den maßgeblichen Organisationen für die Interessenvertretung und Selbsthilfe hingegen wurde nur eine beratende Mitwirkung in den Sitzungen und bei Beschlussfassungen ermöglicht.

Nun soll dieses Beteiligungsrecht der Betroffenenorganisationen soweit gestärkt werden, dass sie ein eigenständiges Antragsrecht erhalten, um die Rechtsstellung der Betroffenenorganisationen des SGB XI an die des SGB V anzugleichen. Diese Angleichung reicht jedoch nicht, da sie der besonderen Stellung der pflegebedürftigen Menschen im deutschen Pflegesystem nicht gerecht wird. Im Teilkaskosystem der Pflegeversicherung sind die Pflegebedürftigen aufgrund ihres finanziellen Eigenanteils ebenfalls Leistungsträger. Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, vier Vertreter der maßgeblichen Organisationen mit Stimmrecht auszustatten und der Zahl der Leistungsträger zuzurechnen.

2.7.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, den § 113b Abs. 2 SGB XI wie folgt neu zu fassen:

§ 113b SGB XI Qualitätsausschuss

(...)

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch **vier Vertreter der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen**, ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer an-

gerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. (...)

Daraus resultierend werden Folgeänderungen in Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzentwurfes sowie im §118 Abs. 1 SGB XI notwendig. Hier muss die Konkretisierung der Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen hinsichtlich ihrer Rechtsstellung aus §113b SGB XI gestrichen werden.

3. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Artikel 12 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

3.1. Neu zu § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen

3.1.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzesentwurf des PSG III sieht keine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung vor.²⁸

3.1.2. Stellungnahme

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn diese zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist (§ 37 Abs. 2 SGB V). Dies gilt auch an Orten, die einem Haushalt gleichgestellt sind, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten. Die Behandlungspflege schließt die sogenannten verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (§ 37 Abs. 2 SGB V) mit ein. Sie stellt keine Grundpflege im Sinne des derzeitigen § 14 Abs. 4 SGB XI dar, da die Medikamentengabe nicht zur Nahrungsaufnahme im Rahmen der Grundpflege gehört.²⁹ Somit handelt es sich bei der Behandlungspflege um eine Leistung der medizinischen Versorgung, die der Versicherte im Rahmen des Sachleistungsprinzips (§ 2 Abs. 1 SGB V) von der gesetzlichen Krankenversicherung erhält.

Hiervon zu unterscheiden ist die Rechtslage, wenn sich der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet. Denn in diesem Fall übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige auch die Kosten für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, jedoch nur in Höhe der pauschalen Leistungsbeträge (§ 43 Abs. 2 SGB XI). In der Praxis wirkt sich dies nicht aus, da die pauschalen Leistungsbeträge bereits ohne die medizinische Behandlungspflege

²⁸ Vgl. aber die entsprechende Forderung aus dem „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“, BT-Drs. 18/8725.

²⁹ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R.

ausgeschöpft sind. Entsprechendes gilt auch für die teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 2 SGB XI) und für die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 SGB XI).

Diese unterschiedliche Zuordnung der Behandlungspflege nach Abhängigkeit vom Aufenthaltsort des Anspruchsberechtigten existiert seit dem Inkrafttreten des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes (1. SGB XI-ÄndG) im Jahr 1996.³⁰ Sie ist die Folge eines Kompromisses zwischen dem damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm, in dessen Ressort die im Jahr 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung fiel, und dem damaligen Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer.³¹ Demnach sollte die Behandlungspflege in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung nur vorübergehend aufgenommen werden. Es galt die Frage zu klären, ob und in welchem Umfang die Kranken- bzw. die Pflegeversicherung auf Dauer die Kosten für die medizinische Behandlungspflege übernimmt. Insbesondere sollte eine ausreichend zuverlässige Datenbasis geschaffen werden, um auf deren Grundlage über die Finanzierung zu entscheiden.³²

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01. April 2007 einen Anspruch auf Behandlungspflege auch in stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Damit sollten Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen, die einen besonders hohen Versorgungsbedarf mit Behandlungspflege haben (insbesondere Wachkomapatienten und dauerbeatmete Patienten), finanziell entlastet werden. Ziel war zu vermeiden, dass die hohen Eigenanteile die Finanzkraft der Betroffenen überfordern und zur Sozialhilfeabhängigkeit führen.³³ Voraussetzung für diesen Anspruch auf Behandlungspflege ist, dass ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Jedoch ist die Zahl der Leistungsbewilligungen nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V im Hinblick auf die besonders hohen Anspruchsvoraussetzungen gering.³⁴ Gemäß § 1 Abs. 7 Satz 3 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege wird medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich nur genehmigt, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist und ein unvorhersehbarer Versorgungsbedarf am Tag und in der Nacht besteht.

Mit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung sollte der Anteil der auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegeheimbewohner deutlich reduziert werden. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit lag dieser damals bei über 67 Prozent.³⁵ Ab dem Jahr 1995 sank dieser Anteil, steigt mittlerweile aber wieder an. Derzeit liegt er bei rund 30 Prozent.³⁶ Alleine bei den in Einrichtungen lebenden Beziehern der „Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist zwischen 2005 und 2013 ein Anstieg um 29 Prozent zu verzeichnen.³⁷ Im gleichen Zeitraum stieg auch die

³⁰ Vgl. BT-Drs. 13/3696, S. 4.

³¹ Der Spiegel, Ausgabe 1/1996, „Bonner Bruderzwist“, S. 72.

³² Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.3.2001, BT-Drs. 14/5590, S. 71.

³³ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

³⁴ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin vom 6.12.2012, abrufbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/sonstige/2012_12_06.html.

³⁵ Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung 2015-01, 20 Jahre Pflegeversicherung: Festakt würdigt Erfolgsgeschichte, 13.01.2015.

³⁶ OVB online, Sozialhilfe im Pflegefall, 25.03.2015.

³⁷ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 374/14, Hilfe zum Lebensunterhalt: 8 Prozent mehr Leistungsempfänger im Jahr 2013, 28.10.2015.

Anzahl der Empfänger von staatlicher „Hilfe zur Pflege“ um rund 31 Prozent an.³⁸ Grund hierfür ist, dass die Einkommen und Vermögen vieler Pflegeheimbewohner nicht ausreichen, um den Eigenanteil zu decken. Eine Studie zeigt, dass sie auf Grund der Zuordnung ihrer Behandlungspflege zur Pflegeversicherung zudem mit jährlich 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro zusätzlich belastet werden.³⁹ Geht man von einem Mittelwert von jährlich 1,7 Mrd. Euro und von 750.000 Pflegeheimbewohnern aus, die gesetzlich pflegeversichert sind, beträgt die jährliche Belastung pro Pflegeheimbewohner 2.267 Euro, also 188,89 Euro im Monat.

Auf Grund des medizinischen Fortschritts hat sich nach den Erfahrungen der Deutschen Stiftung Patientenschutz der Anteil der medizinischen Behandlungspflege zu Lasten der Grundpflege deutlich erhöht. Es ist zudem kein sachlicher Grund ersichtlich, warum ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung davon abhängen soll, ob die Leistung in der Wohnung des Versicherten oder im Pflegeheim erbracht wird. Vielmehr haben alle gesetzlich krankenversicherten Personen Beiträge zur Krankenversicherung gezahlt. Diese nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung ist im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich bedenklich.

Der Anspruch auf medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung muss systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden. Daher wird empfohlen, im SGB XI die medizinische Behandlungspflege in den Vorschriften betreffend die Tages- und Nachtpflege (§ 41 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) und die vollstationäre Pflege (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) zu streichen.

3.1.3. Änderungsvorschlag

Zur systemgerechten Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Versorgung ist im SGB V der § 37 Abs. 2 entsprechend zu ändern:

§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege

(...)

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, **Schulen, Kindergärten und stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches**, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; (...)

Die Ausnahmeregelung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V kann damit entfallen.

³⁸ Taz, 20 Jahre Pflegeversicherung, Viele brauchen Sozialhilfe, 13.01.2015, abrufbar unter: <http://www.taz.de/!5023956/>.

³⁹ Vgl. Heinz Rothgang, Rolf Müller, Ökonomische Expertise, Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, 2013, S. 32.

3.2. Neu zu § 39a SGB V – Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen

3.2.1. Gesetzentwurf

Der Entwurf zum PSG III sieht keinen wirksamen leistungsrechtlichen Anspruch für Pflegeheimbewohner auf Hospiz- und Palliativversorgung vor. Einen solchen zu schaffen, hat der Gesetzgeber schon im HPG und im PSG II versäumt. Einzig der Zugang von Pflegeheimbewohnern in ein Hospiz, der bislang durch die strikte Regelung in der Rahmenvereinbarung grundsätzlich verwehrt war, soll ein kleines Stück erleichtert werden. Allerdings bedarf die praktische Umsetzung einer Konkretisierung durch die Rahmenvereinbarung. Diese steht noch aus.

3.2.2. Stellungnahme

In den 13.030 stationären Pflegeeinrichtungen⁴⁰ leben ca. 750.000 Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind.⁴¹ Schätzungsweise 38 Prozent (ca. 340.000 Menschen⁴²) versterben jährlich dort.⁴³ Geht man mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) davon aus, dass in Industrieländern 60 Prozent der Sterbenden eine palliative Begleitung benötigen⁴⁴, so sind dies in deutschen Pflegeheimen jährlich 204.000 Personen.⁴⁵ In den derzeit 228 stationären Hospizen⁴⁶ sterben laut Angaben von 2013 jedes Jahr rund 25.000 Menschen, also rund 2,8 Prozent.⁴⁷

Hospize und Pflegeheime sind somit Orte des Sterbens. Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Hier stehen Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass in der stationären Versorgung gleichwertige Bedingungen für sterbende Menschen vorliegen.

⁴⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 21.

⁴¹ Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 20.01.2016, S. 1.

⁴² Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

⁴³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6. Anmerkung: Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt.

⁴⁴ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

⁴⁵ Hiervon gehören 94 Prozent der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an. Vgl. Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 20.01.2016, S.1.

⁴⁶ GKV Spitzenverband, Monika Kücking, Palliativversorgung in Deutschland – was haben wir – was brauchen wir? Stand und Perspektive aus Sicht der GKV, 20.05.2015.

⁴⁷ Wolfgang George, Gießener Sterbestudien über Sterbeorte in Deutschland, Teil III: Die Hospize, ProAlter Juli/August 2015, S. 54.

Denn stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize weisen große Gemeinsamkeiten auf. Beide:

- bieten Unterkunft, Verpflegung und die pflegerische Versorgung der Bewohner,
- unterliegen den gleichen Maßstäben der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI,
- sehen eine ärztliche Versorgung durch niedergelassene Haus- bzw. Palliativärzte vor,
- können durch Einbindung in regionale Netzwerke Unterstützung erhalten,
- können Angebote der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung hinzuziehen,
- sind Orte des Sterbens: Der Anspruch auf Versorgung im Hospiz setzt eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Monaten voraus.⁴⁸ Auch im Pflegeheim sterben mittlerweile 30 Prozent der Bewohner in den ersten 3 Monaten nach Einzug, 60 Prozent innerhalb des ersten Jahres.⁴⁹

Jedoch werden die Angebote für Sterbende in beiden Versorgungsformen unterschiedlich hoch gesetzlich finanziert: Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz seit Inkrafttreten des HPG ca. 8.000 Euro im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1.612 Euro (Pflegestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen im Vergleich zu einem Pflegeheimplatz mit Pflegestufe III demnach jeden Monat knapp 6.500 Euro mehr auf. Bei identischen Bedürfnissen der Menschen entscheidet derzeit allein der Ort des Sterbens über die finanzielle Ausstattung. Auch nach der Neuregelung des § 39a Abs. 1 SGB V bleibt ein Wechsel von der stationären Pflegeeinrichtung in ein Hospiz schwierig. Wie hoch die Hürden künftig sein werden, hängt von der noch ausstehenden Ausgestaltung der Rahmenvereinbarung ab.

Es ist offensichtlich, dass unter den gegebenen Bedingungen eine adäquate palliativ-hospizliche Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim analog zum stationären Hospiz nicht mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann. Strukturbedingt wird sie immer hinter dem im SGB V normierten Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz zurückstehen.

Sterbende Pflegeheimbewohner mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf sind in den gesetzlichen Hospizleistungen den Hospizbewohnern gleichzustellen. Daher müssen auch Pflegeheimbewohner, die die medizinischen Voraussetzungen für eine Versorgung im stationären Hospiz erfüllen, einen Anspruch auf Hospizleistungen im Pflegeheim erhalten. Die Hospizleistungen des Pflegeheims müssen dabei hinsichtlich Qualität und Umfang den Leistungen eines stationären Hospizes entsprechen.

⁴⁸ GKV-Spitzenverband, Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 14.04.2010, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/hospiz_und_palliativversorgung.jsp.

⁴⁹ Deutscher Bundestag, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), BT-Drs. 18/5170, 12.06.2015, S. 50.

Dafür erhalten Pflegeheime für Hospizleistungen dieselbe Vergütung wie ein stationäres Hospiz. Die jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden seitens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf ca. 727 Millionen Euro geschätzt.⁵⁰

Die Grundpflege, die Behandlungspflege und die palliativ-hospizliche Versorgung des Patienten sollen von einem Palliative-Care-Team erbracht werden, das aus besonders qualifizierten Pflegekräften der Pflegeeinrichtung besteht. Dieses Team wird im Bedarfsfall von einer verantwortlichen Krankenpflegekraft einberufen und geleitet, die Größe muss einem Personalschlüssel von 1,2 Pflegekräften je Sterbendem entsprechen. Hiermit würde eine sektorenübergreifende Versorgung Sterbender mit palliativ-hospizlichem Bedarf in Pflegeheimen geschaffen und die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt.⁵¹

In Pflegeeinrichtungen mit weniger als 25 Betten, die aus Ressourcengründen keine Hospizleistungen anbieten können, muss den Sterbenden mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf der Wechsel in ein stationäres Hospiz ermöglicht werden. § 39a Abs. 1 SGB V und die Rahmenvereinbarung sind entsprechend anzupassen. Für alle anderen stationären Pflegeeinrichtungen fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Gleichstellung sterbender Pflegeheimbewohner gegenüber Hospizpatienten im SGB V zu verankern.

3.2.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, § 39a Abs. 1 SGB V nach Satz 1 wie folgt zu ergänzen und den bisherigen Satz 9 folgerichtig neu zu fassen:

§ 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. **Stationäre Hospizleistungen können auch in Einrichtungen der stationären Pflege gemäß § 72 SGB XI erbracht werden.** (...). Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent. (...). **Versicherte, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen und in einer stationären Pflegeeinrichtung mit weniger als 25 Betten leben, können auf Wunsch in ein stationäres Hospiz wechseln.** Das Nähere regelt die Rahmenvereinbarung. (...).

⁵⁰ Hierzu: Deutsche Stiftung Patientenschutz, Gleichstellung Sterbender: Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen – Leistungen, Bedarf, Kosten, 11. Juni 2015, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Gleichstellung_Sterbender_Hospiz_Pflege_20150611.pdf.

⁵¹ Vgl. Wolfgang George (Hg.), Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen – Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen, 2014, Kapitel 15, Wolfgang George, Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege, S. 153-202.

3.3. Neu zu § 197a SGB V – Anonyme Hinweise und Schutz von Hinweisgebern

3.3.1. Gesetzentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Gesetzentwurf unterschiedliche Regelungsvorschläge. Die Vorschläge beziehen sich aber nicht auf den Schutz von Hinweisgebern und ermöglichen auch keine anonymen Hinweise.

3.3.2. Stellungnahme

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist in Teilen intransparent und somit korruptionsanfällig. Daher sind Anlaufstellen für Hinweisgeber unverzichtbar. Kontrollmöglichkeiten bestehen zwar, sind jedoch aufgrund des Grundrechtes auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) eingeschränkt. Außerdem wurden Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei den Kranken- und Pflegekassen sowie bei der kassenärztlichen Bundesvereinigung eingerichtet und ihnen entsprechende gesetzliche Vorgaben gemacht (§§ 197a, 81a SGB V und § 47a SGB XI).

Im Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen sind Anpassungen bei der Zusammenarbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgenommen worden. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind demnach verpflichtet, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch für die Einrichtungen zu gewährleisten. Damit diese Stellen jedoch effektiv arbeiten und Fehlverhalten im Gesundheitswesen effizient bekämpfen können, sind weitere gesetzliche Anpassungen erforderlich. Zur Klarstellung ist jeweils in § 197a Abs. 1 SGB V und in § 81a Abs. 1 SGB V aufzunehmen, dass die Stellen insbesondere für Fälle von Abrechnungsbetrug zuständig sind. Die Stellen müssen ihre Berichte bislang nicht veröffentlichen. Damit die Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wird, sowie zur Abschreckung und zur Ermöglichung einer öffentlichen Debatte, sind ihre Berichte künftig zu veröffentlichen. Schließlich muss gesetzlich klargestellt werden, dass alle Stellen verpflichtet sind, Möglichkeiten zu schaffen, um bei ihnen anonyme Hinweise abzugeben. Dies erhöht die Bereitschaft, Hinweise abzugeben, und es dient dem Schutz der Hinweisgeber.

Schon jetzt obliegt den Kranken- und Pflegekassen und den kassenärztlichen Vereinigungen die Pflicht, die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn eine Prüfung ergibt, dass „ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung“ bestehen könnte (§§ 197a Abs. 4, 81a Abs. 4 SGB V). Nicht definiert und in der Praxis umstritten ist aber, ab wann eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung vorliegt. Es ist daher gesetzlich zu regeln, dass von einer Straftat mit nicht nur geringfügiger Bedeutung jedenfalls ab einer Schadenshöhe von 50 EUR auszugehen ist. Nur so können die Kranken- und Pflegekassen und die kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, alle Fälle mit Anfangsverdacht der zuständigen Staatsanwaltschaft zuzuleiten. Tun sie dies nicht, machen

sie sich unter Umständen einer Strafvereitelung strafbar. Die Staatsanwaltschaften wiederum müssen bei bestehendem Anfangsverdacht Ermittlungen aufnehmen.

Da § 47a Abs. 1 SGB XI vollumfänglich auf § 197a SGB V verweist, gelten die vorgeschlagenen Regelungen auch für die Stellen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen.

3.3.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, in § 197a und in § 81a SGB V jeweils in Absatz 1, 2 und 4 einen neuen Satz 2 hinzuzufügen sowie in Absatz 5 Satz 2 einen zweiten Halbsatz zu ergänzen. In Absatz 1 und 2 werden jeweils die bisherigen Sätze 2 zu Sätzen 3. Durch den vorhandenen Verweis auf diese Regelung in § 47a Abs. 1 SGB XI gelten diese Regelungen für das SGB XI entsprechend.

§ 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. **Die Einrichtungen überprüfen insbesondere Hinweise auf Abrechnungsbetrug.** Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. **Die Einrichtungen tragen dafür Sorge, dass Hinweise auch anonym abgegeben werden können.** Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. **Eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung liegt jedenfalls ab einer Schadenshöhe von 50 EUR vor.**

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten **und im Internet zu veröffentlichen.**

§ 81a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. **Die Einrichtungen überprüfen insbesondere Hinweise auf Abrechnungsbetrug.** Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in den Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wenden. **Die Einrichtungen tragen dafür Sorge, dass Hinweise auch anonym abgegeben werden können.** Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen und ihren Verbänden zusammenzuarbeiten.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. **Eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung liegt jedenfalls ab einer Schadenshöhe von 50 EUR vor.**

(5) Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten **und im Internet zu veröffentlichen.**

3.4. Neuer § 307c SGB V – Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

3.4.1. Gesetzentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Gesetzentwurf zwar unterschiedliche Regelungsvorschläge. Vorschläge, die einer Erleichterung der Aufklärung von Abrechnungsbetrug in der Praxis dienen, enthält der Entwurf dagegen nicht.

3.4.2. Stellungnahme

Die Entdeckung und Aufklärung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ist – vergleichbar dem Steuerstrafrecht – besonders schwierig. Mit den bisherigen Kontrollmitteln decken Staat und Kostenträger solche Straftaten nur sehr unzureichend auf. Die für schwere Betrugsfälle geltende Kronzeugenregelung nach § 46b StGB reicht hier nicht aus, um Straftäter zu einer Kooperation zu motivieren. Neben der Verschärfung und Erweiterung von Kontrollmechanismen sind die Strafermittlungsbehörden auch darauf angewiesen, dass sich Betrüger stellen. Um dies zu fördern und einen Weg zurück in die Legalität zu bahnen, bedarf es einer Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen. Ein solches Angebot richtet sich an Täter in Pflegediensten und Sanitätshäusern sowie an straffällig gewordene Ärzte, Apotheker, Pflegebedürftige und Angehörige. Damit verbunden ist die Anforderung, dass der Straftäter den durch sein Vermögensdelikt entstandenen Schaden gegenüber den Leistungsträgern – und damit auch gegenüber den Beitragszahlern – ersetzt hat.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, im Gesundheitsstrafrecht eine Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen zu verankern. Ziel der Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeige ist es, Vermögensdelikte im Bereich der Pflege aufzuspüren, die sonst womöglich nie entdeckt worden wären. Gerade mit Blick auf die Schwierigkeiten, Pflegebetrug aufzudecken und zu kontrollieren, genügt es nicht, tätige Reue im Urteil strafmildernd zu berücksichtigen. Mit einer solchen Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeige werden die finanziellen Interessen der Solidargemeinschaft gewahrt. Die Aufklärung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen wird gleichzeitig erleichtert.

3.4.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, nachfolgenden § 307c neu in das SGB V einzufügen:

§ 307c SGB V Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

(1) Wer gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Vermögensdelikte im Zusammenhang mit der Erbringung oder Zurverfügungstellung von Pflege- oder Gesundheitsleistung oder der Inanspruchnahme derselben nach diesem Buch und dem Elften Buch in vollem Umfang anzeigt, wird wegen dieser Delikte nicht nach dem Strafgesetzbuch bestraft. Die Angaben müssen zu allen unverjährten in Satz 1 genannten Straftaten erfolgen.

(2) Straffreiheit tritt nicht ein, wenn

1. bei einer der zur Selbstanzeige gebrachten unverjährten in Absatz 1 Satz 1 genannten Straftaten

a. dem an der Tat Beteiligten oder seinem Vertreter die Einleitung des Straf- oder Ordnungsverfahrens bekannt gegeben worden ist oder

b. ein Amtsträger der Aufsichtsbehörde oder der Ermittlungsbehörden zur Ermittlung wegen einer Vermögensstraftat erschienen ist oder

2. eine der Vermögensstraftaten im Zeitpunkt der Anzeige ganz oder teilweise bereits entdeckt war und der Täter dies wusste oder bei verständiger Würdigung der Sachlage damit rechnen musste.

(3) Hat der Täter durch die Tat bereits Vermögensvorteile erlangt, so tritt für den an der Tat Beteiligten Straffreiheit nur ein, wenn er die aus der Tat erlangten Vorteile innerhalb der ihm bestimmten angemessenen Frist zurückerstattet.

4. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Artikel 15 – Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)

4.1. Nr. 1 zu § 2 PflegeStatV – Ergänzung der Pflegestatistik

4.1.1. Gesetzentwurf

Zur Umsetzung der Erweiterung der Pflegestatistik in § 109 SGB XI wird im Referentenentwurf auch die Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV) angepasst.

4.1.2. Stellungnahme

Ergänzend zur Erweiterung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI (siehe Punkt 2.6. dieser Stellungnahme) bedarf es aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz auch einer Erweiterung der PflegeStatV, da es sich bei § 109 Abs. 1 SGB XI um eine „Kann“-Vorschrift handelt. Für die weitere inhaltliche Begründung zur Notwendigkeit dieser Ergänzung wird auf die Ausführungen unter 2.6.2. verwiesen.

4.1.3. Änderungsvorschlag

In Folge der Änderung des § 109 SGB XI schlägt die Deutsche Stiftung Patientenschutz vor, die Erhebungsmerkmale in § 2 Abs. 1 PflegeStatV um eine neue Nr. 5 zu ergänzen. Die derzeitigen Nr. 5 f. werden zu Nr. 6 f.

§ 2 PflegeStatV Erhebungsmerkmale

(1) Erhebungsmerkmale bei den Erhebungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 sind für die Pflegeeinrichtung

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. in der Pflegeeinrichtung tätige Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich (einschließlich Beschäftigungsumfang in der Pflege) und Berufsabschluss und zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr,
3. Zahl und Art der Pflegeplätze,
4. betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit sowie bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung und bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts sowie bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts vor Einzug in das Pflegeheim,
5. **Umzug in ein Hospiz, Krankenhauseinweisung des Pflegebedürftigen direkt vor dem Tod und Sterbeort des betreuten Pflegebedürftigen,**
6. an die Pflegeeinrichtung nach Art und Höhe der Pflegeleistung zu zahlende Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegegraden und Unterkunft und Verpflegung. (...)

5. Änderungsvorschläge zum Änderungsantrag 34 der Fraktionen CDU/CSU und SPD (neuer Artikel 17f) – Änderung des Heilpraktikergesetzes

5.1. Neu zu § 2 Heilpraktikergesetzes

5.1.1. Gesetzentwurf

Mit den Änderungsanträgen der der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0206.1) sollen die neuen Artikel 17f, Artikel 17g und Artikel 18 zu Regelungen des Heilpraktikerrechts in den Gesetzentwurf eingefügt werden. Hintergrund ist ein Beschluss der 89. Gesundheitsministerkonferenz. Er stellt fest, dass die Anforderungen an die Erteilung der Berufserlaubnis nach dem Heilpraktikerrecht nicht den Qualitätserfordernissen genügen, die aus Gründen des Patientenschutzes an die selbständige Ausübung der Heilkunde zu stellen sind.⁵² Weiter wurde das BMG aufgefordert, unter Beteiligung der Länder die Inhalte und Gegenstände der Überprüfung (Ziff. 2.3 der Leitlinien Heilpraktikeranwärter) zu überarbeiten und ggf. auszuweiten. Ziel ist, den Patientenschutz zu verbessern und Voraussetzungen für eine einheitliche Kenntnisüberprüfung zu schaffen.⁵³ Hierzu soll § 2 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) erweitert werden. Demnach wird die Erlaubnis nach § 1 HeilprG zur Ausübung des Berufs des Heilpraktikers nur erteilt, wenn die Voraussetzungen der gemäß § 7 HeilprG erlassenen Rechts- und Verwaltungsvorschriften eingehalten worden sind. Diese Vorschriften müssen Vorgaben hinsichtlich Kenntnissen und Fähigkeiten enthalten, die Bestandteil der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis sind.

5.1.2. Stellungnahme

Der Deutschen Stiftung Patientenschutz gehen diese Vorschläge nicht weit genug. Die Regelungen des Heilpraktikergesetzes sind aus der Perspektive des Patientenschutzes nicht mehr zeitgemäß, denn die naturheilkundliche Qualifizierung erfolgt ohne staatliche Aufsicht.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen führt in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage einer Abgeordneten aus, dass es für die Therapieformen Geistheilung, Homöopathie, Reinkationstherapie, Pyramidenenergiebestrahlung und Nosodentherapie keine vorgeschriebenen Standards gibt und sie wissenschaftlich weder fundiert noch anerkannt seien.⁵⁴ Aufgrund dessen könnten potenzielle Patienten kaum zwischen einem seriösen Anbieter und einem Scharlatan unterscheiden.⁵⁵

⁵² Gesundheitsministerkonferenz, Ergebnisniederschrift der 89. Gesundheitsministerkonferenz, TOP: 6.4 Neuordnung des Heilpraktikerrechts, Nr. 1, 2016.

⁵³ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz, Ergebnisniederschrift der 89. Gesundheitsministerkonferenz, TOP: 6.4 Neuordnung des Heilpraktikerrechts, Nr. 2, 2016.

⁵⁴ Landtag Nordrhein-Westfalen, Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 5050 vom 17. August 2016 der Abgeordneten Susanne Schneider FDP, Drs. 16/12700, Drs. 16/12897, 12.09.2016, S. 2.

⁵⁵ Landtag Nordrhein-Westfalen, Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 5050 vom 17. August 2016 der Abgeordneten Susanne Schneider FDP, Drs. 16/12700, Drs. 16/12897, 12.09.2016, S. 2.

In vielen anderen europäischen Ländern ist deshalb die Ausübung der Heilkunde ausschließlich Ärzten vorbehalten. Hier sind beispielsweise Österreich und Frankreich zu nennen. Eine Ausbildung bzw. eine Zulassung als Heilpraktiker gibt es dort nicht. In den Niederlanden wird Naturmedizin und Homöopathie an den Universitäten gelehrt.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, Vorgaben für die Ausbildung zum Heilpraktiker gesetzlich zu verankern. Aus dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes muss geklärt werden, wie Heilpraktikeranwärter für den Heilpraktikerberuf qualifiziert werden können. Ziel ist, eine deutschlandweit einheitliche curriculare Ausbildung oder ein einheitliches Studium verbindlich zu verankern.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, dem BMG im Heilpraktikergesetz einen Prüfauftrag zu erteilen, der die Grundlage für eine zeitnahe Reform des Heilpraktikerrechts legt. Bei dieser Prüfung ist zu klären, wie die zukünftige Berufszulassung durch einheitliche Vorgaben für eine Ausbildung oder ein Studium geregelt werden kann. Weiter ist zu prüfen, welche eindeutigen Vorgaben dazu erforderlich sind, was ein zugelassener Heilpraktiker tun darf und was nicht.

5.1.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt deshalb vor, das Heilpraktikergesetz um einen § 7a zu erweitern.

§ 7a HeilprG

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Notwendigkeit einer Reform des Heilpraktikergesetzes. Bei der Überprüfung sind die Länder zu beteiligen.
- (2) Insbesondere hat das Bundesministerium für Gesundheit zu überprüfen,
 1. wie die Zulassung zum Heilpraktikerberuf durch eine vorgegebene Ausbildung oder ein Studium geregelt werden kann, und
 2. welche eindeutigen Vorgaben erforderlich sind, was ein zugelassener Heilpraktiker tun darf und was nicht.
- (3) Das Ministerium für Gesundheit veröffentlicht die Ergebnisse der Prüfung bis spätestens 31.12.2017.