



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 3/2016, 20. Mai 2016

Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 26.04.2016

Zusammenfassung

Mit dem Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) will die Bundesregierung die Rolle der Kommunen in der Pflegeplanung und Beratung stärken. Pflegedürftige und ihre pflegenden Angehörigen sollen künftig mehr als bisher Beratung und Hilfe aus „einer Hand“ erhalten. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt diesen Ansatz, denn er ist überfällig und dringend notwendig. Viele Betroffene sehen sich dem heutigen Leistungs- und Angebotsdschungel in der Pflege orientierungslos gegenüber.

Zur Bekämpfung von Betrug in der Pflege schlägt die Bundesregierung im Referentenentwurf keine Maßnahmen vor. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, das Dritte Pflegestärkungsgesetz um diesen Themenbereich zu erweitern und macht konkrete Regelungsvorschläge für das Fünfte und Elfte Sozialgesetzbuch. Dazu gehören beispielsweise die Einführung einer einheitlichen Patientenummer, der Ausbau von Qualitäts- und Abrechnungskontrollen und eine Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeigen ähnlich dem Steuerrecht.

Schließlich erneuern die Patientenschützer ihre Forderung, eine umfassende hospizliche und palliative Versorgung für Pflegeheimbewohner umzusetzen. Das Sterben „zweiter Klasse“ in den Pflegeheimen muss jetzt beendet werden. Auch sind die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bei Heimbewohnern künftig systemgerecht auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen. Derzeit gelten diese Kosten bei Pflegeheimbewohnern mit den pauschalen Leistungsbeträgen der Pflegekasse als abgegolten.

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 Referentenentwurf 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.....	13
2.5. Neu zu § 105 SGB XI – Ausschließliche elektronische Abrechnung der Leistungserbringer in der Pflegeversicherung.....	14
2.6. Nr. 14 zu § 109 SGB XI – Ergänzung der Pflegestatistik.....	16
2.7. Nr. 15 zu § 113b SGB XI – Beteiligungsrechte der Betroffenen- organisationen im Qualitätsausschuss.....	19
2.8. Neu zu § 114 SGB XI – Qualitäts- und Abrechnungskontrolle bei häuslicher Krankenpflege	21
3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 12 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	23
3.1. Neu zu § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen	23
3.2. Neu zu § 39a SGB V – Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen.....	26
3.3. Neu zu § 197a SGB V – Anonyme Hinweise und Schutz von Hinweisgebern.....	29
3.4. Neuer § 275b SGB V – Qualitäts- und Abrechnungskontrolle bei häuslicher Krankenpflege	33
3.5. Neuer § 307c SGB V – Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	35
4. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 15 – Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV).....	37
4.1. Nr. 1 zu § 2 PflegeStatV – Ergänzung der Pflegestatistik.....	37

1. Vorbemerkungen

Seit einiger Zeit ist das Bundeskriminalamt (BKA) Fällen von organisiertem Betrug durch Pflegedienste auf der Spur. Ein Bericht hierzu vom Oktober 2015 wurde bis heute nicht veröffentlicht. Laut Zeitungsberichten geht das BKA jedoch von „beträchtlichen finanziellen Schäden“¹ für die Kranken- und Pflegekassen sowie die kommunalen Sozialhilfeträger aus. Schätzungen sprechen von jährlich mindestens einer Milliarde Euro.² An diesen betrügerischen Aktivitäten sind neben Pflegediensten auch Ärzte³, Apotheker, Sanitätshäuser sowie bisweilen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen beteiligt.⁴ Die Betrugsformen reichen von der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen über Absprachen mit „Patienten“, die ihre Pflegebedürftigkeit lediglich vortäuschen, bis hin zur nicht fachgerechten Versorgung von Intensivpflegepatienten. Leidtragende des Betrugs sind somit neben den öffentlichen Kassen vor allem schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen.

Betrug in der Pflege wirksam bekämpfen

Organisierter Betrug in der Pflege ist nicht neu. Die Bundesregierung hat daraus bislang keine wirksamen Konsequenzen gezogen. Der Referentenentwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) enthält hierzu ebenfalls keine Regelungsvorschläge. Das Gesetzgebungsverfahren bietet jedoch die Möglichkeit, den betrügerischen Aktivitäten zeitnah Grenzen zu setzen und so auch pflegebedürftige Menschen besser zu schützen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz empfiehlt daher, den Referentenentwurf um Maßnahmen zur Bekämpfung von Betrug in der Pflege zu erweitern. Gleichzeitig müssen wirksame Kontrollen an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen werden. Die Patientenschützer schlagen konkret vor, eine einheitliche Patientenummer einzuführen (siehe Punkt 2.4. dieser Stellungnahme) und die Abrechnung von Pflegeleistungen künftig ausschließlich auf elektronischem Weg erfolgen zu lassen (siehe 2.5.). Die Qualitäts- und Abrechnungskontrolle muss auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege erstreckt werden (siehe 3.4.). Selbstorganisierte und trägergesteuerte Wohngemeinschaften erhalten eine bundeseinheitliche Legaldefinition (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 3.5.). Die Länder müssen einheitliche Meldepflichten für Wohngemeinschaften und für ambulante Pflegedienste bei der heimrechtlichen Aufsichtsbehörde vorschreiben. Und sie sind gefordert, flächendeckend spezialisierte Ermittlungsteams bei der Polizei und Schwerpunktstaatsanwaltschaften einzurichten.

¹ Vgl. Die Welt, Betrug durch russische Pflegedienste grassiert, 16.04.2016, abrufbar unter <http://www.welt.de/wirtschaft/article154415616/Betrug-durch-russische-Pflegedienste-grassiert.html>.

² Ebenda.

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

⁴ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Ärzte und Apotheker in Betrugsskandal verwickelt, 25.04.2016, abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/geheimer-bka-bericht-liefert-details-ueber-pflegebetrug-14196990.html>.



Pflegebedürftige und Pflegepersonen besser beteiligen

Kernanliegen des Referentenentwurfes ist, die Rolle der Kommunen bei der Pflegeplanung und Beratung zu stärken. Der Entwurf setzt damit die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Mai 2015 um.⁵ 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.⁶ Um die Sorgen und Nöte der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen ausreichend zu berücksichtigen, müssen ihre Interessen mehr als bisher in den Landespflegeausschüssen und in regionalen Pflegeausschüssen vertreten werden. Der Referentenentwurf 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 Referentenentwurf nichts. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, 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.). Außerdem wird gefordert, die Evaluation 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.). 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. So können Rückschlüsse darauf gezogen werden, welche Pflegeleistungen von den Berechtigten nicht in Anspruch genommen werden, entweder weil sie zu unattraktiv oder weil sie nicht ausreichend bekannt sind.

Sterbende in Pflegeheimen bei Hospizleistungen gleichstellen

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz erneuert schließlich ihre Forderung, eine umfassende hospizliche und palliative Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen umzusetzen. 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

⁵ 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>.

⁶ 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>.



innerhalb des ersten Jahres.⁷ 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.⁸ Außerdem wird die Forderung bekräftigt, die medizinische Behandlungspflege für Bewohner 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. Euro zusätzlich belastet werden. 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf 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. Referentenentwurf

Wesentliches Ziel des Referentenentwurfes 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.⁹ 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. Insbesondere in einer akut entstehenden Pflegesituation sind die Betroffenen hier auf eine gute Beratung angewiesen.

Ein Blick in die „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt, dass es derzeit große Defizite beim Abruf einzelner Pflegeleistungen durch die Anspruchsberechtigten gibt. So wurden im Jahresdurchschnitt 2014 Leistungen der Verhinderungspflege nur von 106.700 Leistungsempfängern in Anspruch genommen. Die Leistungsart Kurzzeitpflege riefen lediglich 20.300 Empfänger ab.¹⁰ Potenziell anspruchsberechtigt sind

⁹ Vgl. u. a. Friedrich-Ebert-Stiftung, Pflegestützpunkte in Deutschland, Mai 2016, abrufbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12538.pdf>.

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2014, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>.

hingegen rund 1,86 Millionen zuhause versorgte Pflegebedürftige.¹¹ 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.¹²

Doch auch auf der Angebotsseite gibt es Nachbesserungsbedarf, denn derzeit gibt es bundesweit nur 11.051 Kurzzeitpflegeplätze.¹³ 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. Daher ist die Bundesregierung gefordert, ein Förderprogramm zum Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen aufzulegen, damit sich Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt ausweiten.

Die im Rahmen des PSG II getroffene Regelung zur nächsten Evaluierung der Pflegeberatung und zur Evaluierung der Beratung in der häuslichen Pflege sieht vor, dass beides 2020 erfolgen soll (§ 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 Versorgungsplan 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.

¹¹ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

¹² Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (Hg.), WINEG Wissen 04, Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt, 2014, S.13.

¹³ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 22.

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 **erstmals 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. Referentenentwurf

Mit § 8a SGB XI werden die Landesregierungen ermächtigt, Landespflegeausschüsse für ein Land oder Teile des Landes einzurichten. Der Referentenentwurf verpflichtet nun die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaft, in diesen sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen an den Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung mitzuarbeiten. Das gleiche gilt für regionale Pflegeausschüsse. Die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse befassen sich laut Begründung des Referentenentwurfes „mit der Versorgung des spezifischen Personenkreises der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen“.¹⁴ 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.

¹⁴ Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), 26.04.2016, S. 61.

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.¹⁵
- 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.¹⁶
- 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.¹⁷

Der Referentenentwurf 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.¹⁸ 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. Aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz ist anzuraten, hierfür die gleiche Zahl an Vertretern vorzusehen, die den übrigen Leistungsträgern zustehen, oder mindestens ein

¹⁵ Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz des Freistaates Sachsen, Mitglieder des Landespflegeausschusses (LPfA), Stand November 2015, abrufbar unter: http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/20151209_Mitglieder_LPfA_Stand_November_2015.pdf.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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>.

¹⁸ Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), 26.04.2016, S. 61.

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 Pflegedürftigen 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 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. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

2.3.2. Stellungnahme

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 einer Meldepflicht, in anderen nur die trägergesteuerten Wohngemeinschaften.

Um Fällen von Pflegebetrug effektiv begegnen zu können, ist es erforderlich, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden alle Wohngemeinschaften erfassen. Erst dann sind wirksame Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Kontrolle und Überwachung möglich. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher die Einführung einer bundesweiten Legaldefinition für trägergesteuerte und selbstorganisierte Wohngemeinschaften. Darüber hinaus sind die Landesgesetzgeber – wo noch nicht geschehen – aufgefordert, eine verpflichtende Meldepflicht für alle Wohngemeinschaften bei der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde einzuführen.

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. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

2.4.2. Stellungnahme

Um Transparenz in die Abrechnung im Bereich 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 mehr Transparenz zu erreichen 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. 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. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

2.5.2. Stellungnahme

Um die Intransparenz des Abrechnungssystems bei Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung abzubauen und den Betrug im Gesundheitswesen einzudämmen, bedarf es nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz einer einheitlichen elektronischen Abrechnung aller Leistungserbringer. Zwar wird derzeit bereits schrittweise in allen Bundesländern der Datenträgeraustausch zwischen Pflegekassen und Leistungsanbietern in der Pflege eingeführt, aber eine Abrechnung in Papierform ist weiterhin noch begrenzt möglich.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, dass gesetzlich klargestellt wird, dass zukünftig die Abrechnung in der Pflege nach SGB XI nur noch elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgt. Dies ist für Leistungserbringer der Krankenkassen für Leistungen nach dem SGB V 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 Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt werden (§ 303 Abs. 3 SGB V).

Ziel der verpflichtenden elektronischen Abrechnung der Pflegeleistungen ist die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abrechnung sowie der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen. Darüber hinaus ermöglicht die 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.¹⁹ 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 der Gesetzgeber klarstellend § 105 SGB XI hinsichtlich der verpflichtenden elektronischen bzw. maschinell verwertbaren Abrechnung anpasst. Spätestens ab dem 01.01.2018 muss die Abrechnung nach § 105 SGB XI auf diesen Wegen erfolgen. Sollte das nach diesem Datum aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, nicht eingehalten werden, kann der Rechnungsbetrag pauschal wie im SGB V gekürzt werden.

¹⁹ 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.

2.5.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, den bisherigen § 105 Abs. 1 SGB XI in Satz 2 zu ändern und einen neuen Abs. 2 einzufügen. Der bisherige Abs. 2 wird zu Abs. 3.

§ 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 01.01.2018 ausschließlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu erfolgen.

(2) Werden die den Pflegekassen nach Abs. 1 zu übermittelnden Daten ab dem 01.01.2018 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 Patientenummer (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. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf 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 gerade auch 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.²⁰ 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.²¹ 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 Umgebung versorgt werden. Zum Vergleich: In der „Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)“ des Statistischen Bundesamtes wird der Entlassungs- bzw. Verlegungsgrund genau aufgeschlüsselt.²² 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.²³ Zur ersten Evaluation dieser gesetzlichen Änderungen wäre eine Erweiterung der Erhebungsmerkmale der

²⁰ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

²¹ Vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen, November 2009, S. 12.

²² 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.

²³ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz formuliert in Punkt 3.2. dieser Stellungnahme einen weitergehenden Vorschlag zur Gleichstellung von Sterbenden in Pflegeheimen bei Hospizleistungen.

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 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 Pfl egetätigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. betreute Pflegebedürftige und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Wohnort 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. Referentenentwurf

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

Daraus resultierend werden Folgeänderungen in Artikel 1 Nr. 16 des Referentenentwurfes 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.

2.8. Neu zu § 114 SGB XI – Qualitäts- und Abrechnungskontrolle bei häuslicher Krankenpflege

2.8.1. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

2.8.2. Stellungnahme

Um den Betrug in der Pflege zu bekämpfen, sind wirksame Kontrollmöglichkeiten für die Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen erforderlich. Damit die Krankenkassen ihre Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V künftig kontrollieren können, ist die Einfügung eines neuen § 275b SGB V notwendig (vgl. den entsprechenden Vorschlag in Punkt 3.4. dieser Stellungnahme).

Die Pflegekassen können im Rahmen der allgemeinen Qualitätsprüfungen auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V überprüfen (§ 114 Absatz 2 SGB XI). Dies gilt aber nur, wenn die Versicherten neben den Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) erhalten. Wenn neben den Leistungen nach § 37 SGB V ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bezogen wird, besteht derzeit keine gesetzliche Rechtsgrundlage, um Qualität und Abrechnungen zu überprüfen. Dies führt zu einer Lücke, die offensichtlich zum systematischen Missbrauch genutzt wird. Derzeit erhalten 1,25 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld.²⁴

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, die Pflegekassen zu vollumfassenden Qualitätskontrollen zu ermächtigen. Um dies zu erreichen, ist der Anwendungsbereich der Qualitätskontrollen nach § 114 zu erweitern. Einzubeziehen sind auch diejenigen Fälle, in denen der Pflegeversicherte neben der häuslichen Krankenpflege auch Pflegegeld, jedoch keine Pflegesachleistungen erhält. Prüffähig sind hierbei nur die gemäß §§ 71 f. SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Der Prüfungsumfang betrifft nicht die ehrenamtliche Pflege der pflegenden Angehörigen, sondern bezieht sich ausschließlich auf die Leistungen des Pflegedienstes. Eine Überprüfung der ambulanten Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen bedarf der Einwilligung des Pflegebedürftigen (§ 114a Abs. 2 SGB XI). Die Pflegekassen erhalten damit (neben den Krankenkassen, siehe unter 3.4.) ein umfassendes Kontrollrecht bei Leistungen für Pflegebedürftige nach § 37 SGB V. Dies geschieht selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes und des Schutzes der Unverletzlichkeit der Wohnung.

²⁴ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 5.



2.8.3. Änderungsvorschlag

Im SGB XI wird § 114 Absatz 2 wie folgt neu gefasst:

§ 114 SGB XI Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung (...)

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal (...) Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. **Bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches beziehen sich die Prüfungen auch auf Pflegebedürftige, die keine Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch nehmen.** Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. (...)

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

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

3.1.1. Referentenentwurf

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

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.²⁵ 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 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 1996.²⁶ 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.²⁷ 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

²⁵ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R.

²⁶ Vgl. BT-Drs. 13/3696, S. 4.

²⁷ Der Spiegel, Ausgabe 1/1996, „Bonner Bruderzwist“, S. 72.

eine ausreichend zuverlässige Datenbasis geschaffen werden, um auf deren Grundlage über die Finanzierung zu entscheiden.²⁸

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.²⁹ 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.³⁰ 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.³¹ Ab dem Jahr 1995 sank dieser Anteil, steigt mittlerweile aber wieder an. Derzeit liegt er bei rund 30 Prozent.³² Alleine bei den in Einrichtungen lebenden Beziehern der „Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist zwischen 2005 und 2013 ein Anstieg um 29 Prozent zu verzeichnen.³³ Im gleichen Zeitraum stieg auch die Anzahl der Empfänger von staatlicher „Hilfe zur Pflege“ um rund 31 Prozent an.³⁴ 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.³⁵ 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.

²⁸ Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.3.2001, BT-Drs. 14/5590, S. 71.
²⁹ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

³⁰ 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.

³¹ Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung 2015-01, 20 Jahre Pflegeversicherung: Festakt würdigt Erfolgsgeschichte, 13.01.2015.

³² OVB online, Sozialhilfe im Pflegefall, 25.03.2015, abrufbar unter: <http://www.ovb-online.de>.

³³ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 374/14, Hilfe zum Lebensunterhalt: 8 Prozent mehr Leistungsempfänger im Jahr 2013, 28.10.2015.

³⁴ Taz, 20 Jahre Pflegeversicherung, Viele brauchen Sozialhilfe, 13.01.2015, abrufbar unter: <http://www.taz.de/!5023956/>.

³⁵ Vgl. Heinz Rothgang, Rolf Müller, Ökonomische Expertise, Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, 2013, S. 32.

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.

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

3.2.1. Referentenentwurf

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 Pflegeeinrichtungen³⁶ leben ca. 750.000 Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind.³⁷ Schätzungsweise 38 Prozent (ca. 340.000 Menschen³⁸) versterben jährlich dort.³⁹ 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 benötigen⁴⁰, so sind dies in deutschen Pflegeheimen jährlich 204.000 Personen.⁴¹ In den derzeit 228 stationären Hospizen⁴² sterben laut Angaben von 2013 jedes Jahr rund 25.000 Menschen, also rund 2,8 Prozent.⁴³

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.

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 21.

³⁷ Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 20.01.2016, S. 1.

³⁸ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

³⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6. Anmerkung: Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt.

⁴⁰ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

⁴¹ 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.

⁴² GKV Spitzenverband, Monika Kücking, Palliativversorgung in Deutschland – was haben wir – was brauchen wir? Stand und Perspektive aus Sicht der GKV, 20.05.2015.

⁴³ 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.⁴⁴ Auch im Pflegeheim sterben mittlerweile 30 Prozent der Bewohner in den ersten 3 Monaten nach Einzug, 60 Prozent innerhalb des ersten Jahres.⁴⁵

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.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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.⁴⁶

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.⁴⁷

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. (...).

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

3.3.2. Stellungnahme

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist in Teilen intransparent und somit korruptionsanfällig. Hier sind daher 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).

Damit diese Stellen effektiv arbeiten und Fehlverhalten im Gesundheitswesen effizient bekämpfen können, sind jedoch weitere gesetzliche Anpassungen erforderlich. Zur Klarstellung ist jeweils im § 197a Abs. 1 und in § 81a Abs. 1 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 müssen alle Stellen verpflichtet werden, 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 § 275b SGB V – Qualitäts- und Abrechnungskontrolle bei häuslicher Krankenpflege

3.4.1. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

3.4.2. Stellungnahme

Leistungen der Pflegekassen nach dem SGB XI unterliegen schon heute einer Kontrolle. Dies gilt auch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wenn die Versicherten zusätzlich Pflegesachleistungen beziehen (114 Abs.2 Satz 5 SGB XI). Zur Sicherung der Qualitätsanforderungen werden im SGB XI verschiedene Kontroll- und Beratungsinstrumente normiert. Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) obliegt eine umfangreiche Prüfkompetenz (§ 114 SGB XI). Durch das PSG II hat der Gesetzgeber zudem festgelegt, dass bei allen Regelprüfungen auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen vom Prüfumfang mit umfasst ist.⁴⁸ Das Nähere ist in den Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (§ 114a Absatz 7 SGB XI) zu regeln.

Für Leistungen der Krankenkassen, die nach § 37 SGB V im häuslichen Umfeld erbracht werden, fehlt es bislang an geeigneten Grundlagen, um Qualität und Abrechnungen zu kontrollieren. Zum Schutz der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz hier dringenden Handlungsbedarf. Sie fordert daher auch für die Krankenkassen wirksame Kontrollmechanismen zu Leistungen nach § 37 SGB V im häuslichen Umfeld. Gegenstand der Überprüfung müssen hier regelhaft und verbindlich sowohl die Qualität der Leistungserbringung als auch ausdrücklich das Abrechnungsverhalten der ambulanten Pflegedienste sein. Die Kontrollen sind vom MDK regelmäßig durchzuführen, bei Verordnung von 6 bis 12 Monaten mindestens einmal, darüber hinaus mindestens einmal jährlich. Die nähere Ausgestaltung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. Zum Schutz des Grundrechtes der Unverletzlichkeit der Wohnung soll § 114a Abs. 2 SGB XI entsprechend gelten. Hinsichtlich der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der Konsequenzen wird auf das entsprechende System im SGB XI Bezug genommen. Auch der Datenschutz der Pflegebedürftigen bleibt gewahrt.

⁴⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-stärkungsgesetz – PSG II), BT-Drs. 18/5926, S. 105.



3.4.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, nachfolgenden § 275b neu ins SGB V einzufügen:

§ 275b SGB V Qualitätsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege

(1) Bei Leistungen der Krankenkassen nach § 37 dieses Buches erfolgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei den jeweiligen Leistungserbringern (§ 132 a Abs. 2) Leistungs- und Qualitätsüberprüfungen. Die Kontrollen umfassen auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Die Kontrollen erfolgen regelmäßig. Die Kontrollen werden unangemeldet durchgeführt. § 114a Abs. 2 bis 3a des Elften Buches gelten entsprechend. Die nähere Ausgestaltung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3.

(2) Gibt es im Rahmen der Überprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, etwa durch nicht hinreichend qualifiziertes Pflegepersonal, sind die betroffenen Versicherten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Zudem sind sodann die bei den Krankenkassen nach § 197a eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen über die Hinweise zu informieren. Hinsichtlich der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen gelten im Übrigen §§ 115 ff. des Elften Buches entsprechend. § 114a Abs.2 bis 3a des Elften Buches gelten entsprechend.

(3) Die Kontrollen nach Abs. 1 finden auch in trägerorganisierten Wohngemeinschaften statt.

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

3.5.1. Referentenentwurf

Zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen enthält der Referentenentwurf bislang keine Regelungsvorschläge.

3.5.2. 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 auch 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.

3.5.3. 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 Referentenentwurf Artikel 15 – Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)

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

4.1.1. Referentenentwurf

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. (...)