



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz-Info-Dienst

25. September 2015

Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++

**Stellungnahme
zur Anhörung „Zweites Pflegestärkungsgesetz“
des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 30. September 2015
zu den Bundestags-Drucksachen
18/5926, 18/5110 und 18/6066**



Inhalt:

1. Vorbemerkungen	S. 3
2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf	S. 6
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	
2.1. Nr. 4, § 7a SGB XI – Pflegeberatung: Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen	S. 6
2.2. Nr. 4, § 7a SGB XI – Evaluation der Pflegeberatung und Beratung in der eigenen Häuslichkeit	S. 8
2.3. Nr. 11 und 15, §§ 17 und 18c SGB XI – Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	S. 10
2.4. Nr. 34, § 113bc SGB XI – Stimmrechte im Qualitätsausschuss	S. 13
2.5. Nr. 40, § 118 SGB XI – Interessenvertretung Pflegebedürftiger	S. 15
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	
2.6. Nr. 3, § 37 SGB V – Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen	S. 17
2.7. Artikel 4, neu zu § 39a SGB V – Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen	S. 20
Neuer Artikel 8 (Änderung des Familienpflegezeitgesetzes)	
2.8. Neuer § 14a FPfZG – Forschungsauftrag „Pflegezeitgeld“	S. 24



1. Vorbemerkungen

Die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seines Begutachtungsinstrumentes ist überfällig. Seit 2006 haben sich Expertengremien mit dieser wichtigen Aufgabe befasst. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die Bundesregierung im Gesetzentwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) nun einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) auf den Weg bringt. Es ist gut, dass sie die wissenschaftlich basierten Ergebnisse der Expertengremien zur Grundlage ihres Vorschlags gemacht hat. Die Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA muss nun zügig vorangebracht werden und sie darf sich nicht erneut verzögern oder gar scheitern. Die Bundesregierung muss hierbei sicherstellen, dass mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine neuen Gerechtigkeitslücken entstehen. Daher hält es die Deutsche Stiftung Patientenschutz für zwingend erforderlich, den Überleitungs- und Einführungsprozess zeitnah und engmaschig beispielsweise bei der Neubegutachtung von Pflegebedürftigen ab dem Jahre 2017 zu evaluieren (siehe Änderungsvorschlag 2.3.). Nur so können unerwünschte Fehlentwicklungen schnell erkannt und behoben werden.

Sterben „zweiter Klasse“ beenden

Gleichzeitig bekräftigt die Deutsche Stiftung Patientenschutz ihre Forderung, eine umfassende hospizliche und palliative Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zeitnah umzusetzen. Im Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) wird hierfür kein befriedigender Vorschlag gemacht. Auch im Gesetzentwurf des PSG II wird dieser Aspekt bislang nicht berücksichtigt. Dies wird dem Anspruch einer Reform, die die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in das Zentrum nimmt, nicht gerecht. 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.¹ Die Patientenschützer fordern, das Sterben „zweiter Klasse“ in Pflegeheimen zügig zu beenden (siehe Änderungsvorschlag 2.7.). Wie dies erreicht werden kann, hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz im Juni 2015 mit einem konkreten Modell beschrieben.²

Medizinische Behandlungspflege systemgerecht verankern

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

¹ 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.

² 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.



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, ob er die medizinische Behandlungspflege aus eigener Tasche bezahlen muss oder nicht. Diese Ungleichbehandlung ist im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz verfassungsrechtlich bedenklich. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die medizinische Behandlungspflege für Bewohner stationärer Einrichtungen systemgerecht ebenfalls in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern (siehe Änderungsvorschlag 2.6.). In der Begründung ihres Gesetzentwurfes lehnt die Bundesregierung dies bisher ab.³ Gründe hierfür nennt sie nicht.

Pflegende Angehörige wirksam stärken

Die Bundesregierung plant, Einschränkungen bei der Absicherung pflegender Angehörigen in der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung zu reduzieren. Derzeit besteht beispielsweise für die Arbeitslosenversicherung nur ein Anspruch auf Absicherung in Verbindung mit einer bis zu sechsmonatigen Pflegezeit. Diese Nachbesserungen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass pflegende Angehörige – abgesehen von 10 Tagen Pflegeunterstützungsgeld bei einer kurzfristigen Verhinderung – keine Lohnersatzleistungen bekommen, wenn sie sich für die Pflege eines nahen Angehörigen freistellen lassen oder auf Teilzeitarbeit reduzieren. Das Angebot, zur Überbrückung des Verdienstauffalls ein zinsloses Darlehen zu beantragen, wurde im Zeitraum 01. Januar 2015 bis 30. Juni 2015 nur 169 Mal in Anspruch genommen.⁴ 90 Darlehen wurden nach dem Familienpflegezeitgesetz und 79 nach dem Pflegezeitgesetz gewährt.⁵ Dem stehen 1,86 Millionen Pflegebedürftige gegenüber, die zu Hause versorgt werden, davon 1,25 Millionen ausschließlich von ihren Angehörigen und 616.000 mit Unterstützung eines Pflegedienstes.⁶ Die mangelnde Nachfrage zeigt, dass das Darlehen-Konzept nicht dem entspricht, was die pflegenden Angehörigen zu ihrer Entlastung benötigen. Daher setzt sich die Deutsche Stiftung Patientenschutz dafür ein, Berufstätigen eine steuerfinanzierte Unterhaltsleistung ähnlich dem Elterngeld zu zahlen, wenn sie zur Pflege oder Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen für eine begrenzte Zeit am Arbeitsplatz pausieren oder in Teilzeit gehen. Als ersten Schritt hierzu wird der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (§ 14 FPfZG) aufgefordert, die wissenschaftlich fundierte Erarbeitung und Überprüfung eines solchen Modelles bis zum 01. Januar 2018 sicherzustellen (siehe Änderungsvorschlag 2.8.). Ziel soll sein, ein solches „Pflegezeitgeld“ bis zum 01. Januar 2019 in geeigneter Weise einzuführen.

³ Vgl. Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Stand vom 12.08.2015, S. 170, abrufbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinetts-Entwurf_PSG-II.PDF.

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Caren Marks, Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al., BT-Drs. 18/5752, 25.08.2015.

⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Caren Marks, Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al., BT-Drs. 18/5752, 25.08.2015.

⁶ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.



Personalnotstand zügig abbauen

Der Regierungsentwurf enthält den Auftrag, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten. Die Vertragsparteien (§ 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) werden dazu verpflichtet, diese Aufgabe mit Unterstützung von wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen bis zum 30. Juni 2020 umzusetzen. Davon unabhängig hält die Bundesregierung weiter daran fest, keine Personalschlüssel vorzugeben, „um den heterogenen Bedürfnissen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Breite Rechnung zu tragen“.⁷ Jedoch herrscht in den Pflegeeinrichtungen ebenso wie in den Krankenhäusern derzeit ein akuter Personalnotstand, unter dem sowohl die Beschäftigten als auch die Pflegebedürftigen leiden. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, bis zur Einführung des einheitlichen Verfahrens eine Übergangsregelung zu schaffen, die die teilweise großen Unterschiede auf Länderebene bei der Personalbemessung zeitnah ausgleicht.

⁷ Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Stand vom 12.08.2015, S. 70.



2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

2.1. Nr. 4, § 7a SGB XI – Pflegeberatung: Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen

2.1.1. Gesetzentwurf

Mit dem PSG II beabsichtigt die Bundesregierung, die Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) hinsichtlich ihrer Qualität, Transparenz und Vergleichbarkeit zu verbessern. Hierzu ist vorgesehen, dass Pflegeberatung künftig – bei Einverständnis des Anspruchsberechtigten – auch gegenüber pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen geleistet wird (§ 7a Abs. 2 SGB XI).

2.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die Bundesregierung mit ihren Vorschlägen die Pflegeberatung stärken und ausweiten will. Am bundesweiten Patientenschutztelefon der Stiftung bestätigt sich immer wieder, dass sich viele Pflegebedürftige und deren Angehörige dem heutigen Pflegeleistungsdschungel orientierungslos gegenüber sehen.⁸ Ein Blick in die „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt, dass es heute große Defizite beim Abruf einzelner Pflegeleistungen durch die Anspruchsberechtigten gibt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. So wurden im Jahresdurchschnitt 2014 Leistungen der Verhinderungspflege nur von 106.700 Leistungsempfängern in Anspruch genommen. Die Leistungsart Kurzzeitpflege riefen lediglich 20.700 Empfänger ab.⁹ Dem steht eine Gesamtzahl von rund 1,86 Millionen zuhause versorgten Pflegebedürftigen gegenüber.¹⁰ Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse 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.¹¹

⁸ Deutsche Stiftung Patientenschutz, Das Patientenschutztelefon, Bundesweite Hilfe für schwerstkranke, pflegebedürftige und Sterbende Menschen, 2014, abrufbar unter: <https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/Patientenschutztelefon2014.pdf>.

⁹ 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>.

¹⁰ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

¹¹ Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (Hg.), WINEG Wissen 04, Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt, 2014, S.13.



Um die Nachfrage beispielsweise für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege weiter zu steigern, soll künftig gezielt über Entlastungsangebote für pflegende Angehörige informiert werden. Hierzu gehören auch die Pflegezeit und die Familienpflegezeit. Eine solche Regelung unterstreicht das im Gesetzentwurf formulierte Ziel, die pflegenden Angehörigen zu stärken.

Doch auch auf der Angebotsseite gibt es Nachbesserungsbedarf, denn derzeit gibt es bundesweit nur 11.051 Kurzzeitpflegeplätze.¹² Für viele Pflegeeinrichtungen ist es wirtschaftlich nicht attraktiv, Kurzzeitpflege anzubieten. Dadurch haben viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen große Probleme, einen geeigneten Platz in ihrer Nähe zu finden. Daher ist die Bundesregierung gefordert, ein Förderprogramm zum Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen aufzulegen, damit sich Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt ausweiten.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, den bisherigen § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI anzupassen und um eine Nummer 6 zu ergänzen:

„Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere:

(...)

4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren **sowie**
6. **über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.“**

¹² Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 22.



2.2. Nr. 4, § 7a SGB XI – Evaluation der Pflegeberatung und Beratung in der eigenen Häuslichkeit

2.2.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht vor, zum 30. Juni 2020 eine wissenschaftliche Überprüfung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, ihrer Strukturen sowie der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI vorzunehmen (§ 7a Abs. 9 SGB XI). Ab dann wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Drei-Jahres-Schritten zu Folgeberichten an das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet. Die Berichte sollen konkrete Zahlen und Daten zum Beratungsgeschehen enthalten und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung machen. In Bezug auf die Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist beabsichtigt, die in der Vergangenheit geäußerte Kritik an der Wirksamkeit dieses Instrumentes aufzugreifen. Daher sollen die Ergebnisse und Wirkungen dieser Beratungseinsätze einen besonderen Schwerpunkt der Berichte bilden.

2.2.2. Stellungnahme

Laut dem bisherigen § 10 SGB XI wäre die Bundesregierung im Jahr 2015 verpflichtet, ihren sechsten „Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ vorzulegen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (PrävG) hat die Regierungskoalition § 10 SGB XI geändert und die Vorlage dieses Pflegeberichts um ein Jahr auf 2016 verschoben.¹³ Angesichts der laufenden gesetzgeberischen Veränderungen ist diese Verschiebung um ein Jahr sinnvoll.

Die letzte gesetzlich vorgeschriebene Evaluierung der Pflegeberatung fand im Jahr 2011 statt.¹⁴ Deren Ergebnisse waren auch Bestandteil des fünften Pflegeberichts der Bundesregierung vom Dezember 2011. Der von der Bundesregierung im Gesetzentwurf des PSG II gemachte Vorschlag zur nächsten Evaluierung der Pflegeberatung und zur Evaluierung der Beratung in der häuslichen Pflege sieht vor, dass beides erst 2020 erfolgen soll. Eine Evaluierung erst in fünf 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. In Punkt 2.1.2. dieser Stellungnahme werden außerdem exemplarisch Defizite bei der Information über Pflegeleistungen und deren Abruf dargestellt. Auch vor diesem Hintergrund und angesichts der Kritik an der mangelhaften Wirksamkeit der Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist nicht ersichtlich, warum die nächste Evaluierung dieser Instrumente so weit in die Zukunft verlegt werden soll.

¹³ BT-Drs. 18/5261, S. 33.

¹⁴ Vgl. Spitzenverband der Pflegekassen, Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, 2011.



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 Gesetzesentwurf 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.

2.2.3. Änderungsvorschlag

Die Patientenschützer empfehlen, den § 7a Abs. 9 SGB XI des Gesetzesentwurfs wie folgt neu zu fassen:

„(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.“



2.3. Nr. 11 und 15, §§ 17 und 18c SGB XI - Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

2.3.1. Gesetzentwurf

Mit dem PSG II soll die Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden gemessen werden. Die bisherigen drei Pflegestufen entfallen. Für Leistungsbezieher, die bereits vor Einführung des NBA zum 01. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, sieht der Gesetzentwurf in Artikel 2 Überleitungsregelungen und einen Bestandsschutz vor. Diese Regelungen finden laut Artikel 2 § 1 des Gesetzentwurfs Anwendung auf Versicherte der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung, wenn

- bis zum 31. Dezember 2016 das Vorliegen einer Pflegestufe (§§ 14, 15 SGB XI) oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) festgestellt wurde,
- oder alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung spätestens am 31. Dezember 2016 bestehen.

2.3.2. Stellungnahme

Ziel dieser Überleitungsregelungen ist, dass die bisherigen Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden. Der Übergang in die neuen Pflegegrade soll mit entweder gleich hohen oder höheren Leistungen verbunden sein. Eine überleitungsbedingte Kürzung von Leistungen wird für diese Versichertengruppe ausgeschlossen.¹⁵ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt diesen umfassenden Bestandsschutz. Sie erwartet seine strikte Einhaltung bei der praktischen Umsetzung der Reformen.

Das im Gesetzentwurf vorgestellte Neue Begutachtungsassessment (NBA) wurde bereits im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen eines Modellprogramms evaluiert.¹⁶ Bei dieser Evaluierung fand ein Vergleich der Pflegestufen nach dem bisherigen und der Pflegegrade nach dem neuen System im stationären Sektor statt. Die Untersuchung zeigte, dass 27 Prozent der 1.586 evaluierten Bewohner in Pflegestufe I und Pflegestufe II sowie 9 Prozent in Pflegestufe III unterhalb des als vergleichbar angenommenen Referenz-Pflegegrades eingeordnet wurden (siehe Tabelle).

¹⁵ Vgl. Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Stand vom 12.08.2015.

¹⁶ Vgl. Zentrum für Sozialpolitik (ZES), Universität Bremen, Heinz Rothgang, Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), Endbericht, März 2015.



Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade mit allen Bewohnern¹⁷

Gesamt	Gesamt	ohne Pflegegrad	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
ohne Pflegestufe	100%	27%	29%	31%	13%	0%	0%
Pflegestufe I	100%	8%	19%	42%	25%	4%	2%
Pflegestufe II	100%	1%	4%	22%	36%	31%	7%
Pflegestufe III	100%	0%	0%	2%	7%	46%	45%
Gesamt in %	100%	4%	9%	25%	24%	24%	14%
Gesamt absolut	1.586	62	150	394	387	377	216

Schwarzhinterlegte Zahlen in der Tabelle: Referenzgrad für die Überleitung von Pflegestufe auf Pflegegrad
Grauhinterlegte Zahlen in der Tabelle: Anteil Pflegestufeninhaber unterhalb des Referenzgrades

Somit droht laut Studie rund 22 Prozent der künftigen Pflegebedürftigen durch das NBA eine Schlechterstellung im Vergleich zum bisherigen Recht, wenn sie den Referenz-Pflegegrad nicht erreichen, der ihren Beeinträchtigungen im Pflegestufensystem entspricht. Nach dem alten Recht hätten sie eventuell höhere Leistungen bezogen. Da die Übergangsregelungen und der Besitzstandsschutz für sie nicht gelten, kann dies eine neue Gerechtigkeitslücke öffnen.

Die Einführung neuer Begriffsbestimmungen und Begutachtungssysteme hat stets zur Folge, dass es zu Besser- und Schlechterstellungen im neuen System kommt. Dies wird sich auch bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA nicht vollständig vermeiden lassen. Die Zahl der hiervon Betroffenen muss jedoch nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz so gering wie möglich gehalten werden. Es darf nicht erneut eine große Gerechtigkeitslücke entstehen. Dies wäre der Fall, wenn mehr als 10 Prozent der Antragsteller im Vergleich zur alten Rechtslage benachteiligt würden.

Die Patientenschützer fordern, dass die „Richtlinien zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Abs. 2 SGB XI“ die Ergebnisse der „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen muss mit seinen Richtlinien gewährleisten, dass der Anteil der benachteiligten Anspruchsberechtigten ab dem 01. Januar 2017 zehn Prozent nicht übersteigt.

Gemäß § 18c Abs. 2 SGB XI des Gesetzentwurfes wird die Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet. Um sicher zu stellen, dass der Systemwechsel nicht zu unverhältnismäßigen Benachteiligungen von Antragstellern nach dem 01. Januar 2017 führt, bedarf es aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz außerdem jährlicher Zwischenberichte. Diese sind zu veröffentlichen.

¹⁷ Vgl. Zentrum für Sozialpolitik (ZES), Universität Bremen, Heinz Rothgang, Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS), Endbericht, März 2015, S. 102.



2.3.3. Änderungsvorschläge

Zur Gewährleistung, dass der Anteil der benachteiligten Anspruchsberechtigten ab dem 01. Januar 2017 zehn Prozent nicht übersteigt, ist eine Ergänzung im § 17 Abs. 1 SGB XI nach Satz 1 des Gesetzentwurfs notwendig:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). **Hierbei hat er dafür zu sorgen, dass durch den Systemwechsel keine unverhältnismäßigen Benachteiligungen durch das neue Begutachtungsinstrument entstehen. Sollten nach Erlass unverhältnismäßige Benachteiligungen durch die begleitende wissenschaftliche Evaluation nach § 18c Abs. 2 festgestellt werden, so muss die Richtlinie innerhalb einer Frist von 6 Monaten angepasst werden. (...)**“

Zur Einführung jährlicher Zwischenberichte wird empfohlen, § 18c Abs. 2 SGB XI des Gesetzentwurfes wie folgt neu zu fassen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt einen Auftrag zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. **Erstmals zum 1. März 2018 sind jährliche Zwischenberichte zu veröffentlichen, die die Richtlinie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Abs. 2 auf unverhältnismäßige Benachteiligungen überprüfen. Unverhältnismäßige Benachteiligungen durch den Systemwechsel liegen insbesondere vor, wenn über 10 Prozent der Antragsteller im Vergleich zum alten System schlechter gestellt werden.**“



2.4. Nr. 34, § 113b SGB XI – Stimmrechte im Qualitätsausschuss

2.4.1. Gesetzentwurf

Die maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sollen in den Sitzungen des neu eingerichteten Qualitätsausschusses und an seinen Beschlussfassungen beratend mitwirken. Ein Stimmrecht, wie es den jeweils zehn Vertretern der Leistungsträger und der Leistungserbringer zugesprochen wird, ist nicht vorgesehen.

2.4.2. Stellungnahme

In seinem am 01. April 2015 veröffentlichten Konzept für einen neuen Pflege-TÜV kündigte der Patientenbeauftragte und Bevollmächtigte für Pflege der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, die Einrichtung eines Pflegequalitätsausschusses an. Dieser Vorschlag wird mit Errichtung eines Qualitätsausschusses im PSG II umgesetzt (§ 113b SGB XI). In seinem Konzept schrieb der Patientenbeauftragte weiter: „In diesem Ausschuss müssen neben den Einrichtungs- und Kostenträgern künftig auch die Verbände der Pflegebedürftigen und der Pflegeberufe gleichberechtigt mit Stimmrecht vertreten sein.“¹⁸ Das Stimmrecht für die Verbände der Pflegeberufe wird umgesetzt, indem ein Vertreter der Seite der Leistungserbringer zugerechnet wird. Den maßgeblichen Organisationen für die Interessenvertretung und Selbsthilfe wird nur eine beratende Mitwirkung in den Sitzungen und bei Beschlussfassungen ermöglicht. Im Teilkaskosystem der Pflegeversicherung sind die Pflegebedürftigen aufgrund ihres finanziellen Eigenanteils jedoch ebenfalls Leistungsträger. Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, vier Vertreter der maßgeblichen Organisationen mit Stimmrecht auszustatten und der Zahl der Leistungsträger zuzurechnen.

2.4.3. Änderungsvorschlag

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

„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**

¹⁸ Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, Endlich gute Pflege erkennen – Neues Konzept für den Pflege-TÜV, 01.04.2015, abrufbar auf: <http://www.patientenbeauftragter.de/index.php/pflegebeauftragter/11-pressemittelungen/pflege/80-endlich-gute-pflege-erkennen-neues-konzept-fuer-den-pflege-tuev>.



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.“



2.5. Nr. 40, § 118 SGB XI - Interessenvertretung Pflegebedürftiger

2.5.1. Gesetzentwurf

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken an der Erarbeitung und Änderung der grundlegenden Richtlinien beratend mit. Dies gilt auch für die Beschlüsse und Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner. Rechtsgrundlage hierfür ist § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Laut Gesetzentwurf sollen diese Mitberatungsrechte auch bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes fortbestehen. Insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung und den Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses gemäß § 113b SGB XI sollen sie erweitert werden (§ 118 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 des Gesetzentwurfs).

2.5.2. Stellungnahme

Die Einzelheiten für die Anerkennung dieser Organisationen und zum Verfahren der Beteiligung sind in der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung (PfleBeteiligungsV) vom 22. März 2013 geregelt. Diese hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage des § 118 Abs. 2 SGB XI erlassen.

Laut § 2 PfleBeteiligungsV werden sechs Organisationen als maßgeblich für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene anerkannt. Es handelt sich hierbei um den Sozialverband VdK Deutschland e.V., den Sozialverband Deutschland e.V. Bundesverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V., die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. und den Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.). Auf Antrag können gemäß § 3 PfleBeteiligungsV weitere Organisationen anerkannt werden, wenn diese die Kriterien gemäß § 1 PfleBeteiligungsV erfüllen.

Der Bundesrat hat der PfleBeteiligungsV in seiner Sitzung am 22. März 2013 mit der Maßgabe zugestimmt, dass dafür Sorge getragen wird, künftig neben Vereinen auch andere Rechtsformen der Interessensvertretung zu berücksichtigen. Er verband damit das Ziel, die Vielfalt und das Wachstum entsprechender eigenständiger Organisationen für pflegende Angehörige zu fördern. Um ausdrücklich auch Stiftungen anerkennen zu können, wurden auf Vorschlag des Bundesrates in § 1 Nr. 3 und 5 PfleBeteiligungsV nach dem Wort „Mitgliederkreis“ die Wörter „oder ihrer Aufgabenstellung“ eingefügt.¹⁹

Nach wie vor bleibt jedoch Stiftungen die Anerkennung als maßgebliche Organisation gemäß § 3 PfleBeteiligungsV versagt. Denn nach dem Wortlaut des § 1 Nr. 2 PfleBeteiligungsV

¹⁹ BR-Drucksache 67/13 (Beschluss), S. 2.



muss die innere Ordnung der antragstellenden Organisation demokratischen Grundsätzen entsprechen. Nach der Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, das über die Anerkennung durch Verwaltungsakt entscheidet, erfüllen ausschließlich Vereine dieses Kriterium. So führt das Ministerium im Rahmen eines Verfahrens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf Anerkennung als maßgebliche Organisation gemäß § 140f SGB V i. V. m. § 3 Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) aus, dass zur Erfüllung des Kriteriums eine demokratische Binnenverfassung erforderlich sei.²⁰ Hierzu gehöre ganz wesentlich eine Mitgliederbasis. Eine Organisation könne ohne Mitglieder nicht in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen. Stiftungen als zweckgebundene Vermögensmassen sei daher grundsätzlich die Anerkennung verwehrt.

Diese Auslegung des Kriteriums widerspricht der ausdrücklichen Zielsetzung des Bundesrates, dass auch Stiftungen als maßgebliche Organisationen gemäß § 118 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 3 PflBeteiligungsV anerkannt werden können.

In § 118 SGB XI muss ausdrücklich klargestellt werden, dass neben Vereinen auch andere juristische Personen des Bürgerlichen Rechts einen Anspruch auf Anerkennung als maßgebliche Organisationen haben, wenn diese als gemeinnützig anerkannt sind und gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen. Dasselbe muss auch für die Interessenvertretung der Patienten gemäß § 140f SGB V gelten.

2.5.3. Änderungsvorschläge

Um neben Vereinen auch anderen juristischen Personen des Bürgerlichen Rechts unter den genannten Voraussetzungen die Anerkennung als maßgebliche Organisation zu ermöglichen, wird empfohlen, nach § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB XI und nach § 140f Abs. 1 Satz 1 SGB V folgenden Satz einzufügen:

„Maßgebliche Organisationen nach Satz 1 können eingetragene Vereine und andere juristische Personen sein, soweit diese als gemeinnützig im Sinne des § 52 Abgabenordnung anerkannt sind und gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen.“

Die PflBeteiligungsV und die PatBeteiligungsV sind entsprechend zu ändern. Sie dürfen keine Anerkennungsvoraussetzungen enthalten, aus denen eine grundsätzliche Ablehnung der Anerkennung von Nicht-Vereinen hergeleitet werden kann. Insbesondere muss bei beiden Verordnungen in § 1 Nr. 2 eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

²⁰ Sozialgericht Düsseldorf, S 11 KR 331/14.



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

2.6. Nr. 3, § 37 SGB V - Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen

2.6.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf des PSG II sieht ausdrücklich keine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung vor.²¹ Eine Begründung hierfür nennt die Bundesregierung nicht.

2.6.2. Stellungnahme

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn diese zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 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 Satz 1 Halbsatz 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.²² 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 Satz 1 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 Satz 1 SGB XI) und für die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 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 1996.²³ 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.²⁴ Demnach sollte die Behandlun-

²¹ Vgl. Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Stand vom 12.08.2015, S. 170.

²² Vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R.

²³ BT-Drs. 13/3696, S. 4.

²⁴ Der Spiegel, Ausgabe 1/1996, „Bonner Bruderzwist“, S. 72.



pflege 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.²⁵

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.²⁶ 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.²⁷ 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.²⁸ Ab dem Jahr 1995 sank dieser Anteil, steigt mittlerweile aber wieder an. Derzeit liegt er bei rund 30 Prozent.²⁹ Alleine bei den in Einrichtungen lebenden Beziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt ist zwischen 2005 und 2013 ein Anstieg um 29 Prozent zu verzeichnen.³⁰ Im gleichen Zeitraum stieg auch die Anzahl der Empfänger von staatlicher „Hilfe zur Pflege“ um rund 31 Prozent an.³¹ 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.³² Geht man von einem Mittelwert von jährlich 1,7 Mrd. Euro und

²⁵ Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.3.2001, BT-Drs. 14/5590, S. 71.

²⁶ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

²⁷ 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.

²⁸ Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung 2015-01, 20 Jahre Pflegeversicherung: Festakt würdigt Erfolgsgeschichte, 13.01.2015.

²⁹ OVB online, Sozialhilfe im Pflegefall, 25.03.2015, abrufbar unter: <http://www.ovb-online.de>.

³⁰ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 374/14, Hilfe zum Lebensunterhalt: 8 Prozent mehr Leistungsempfänger im Jahr 2013, 28.10.2015.

³¹ Taz, 20 Jahre Pflegeversicherung, Viele brauchen Sozialhilfe, 13.01.2015, abrufbar unter: <http://www.taz.de/!5023956/>.

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



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.

2.6.3. Änderungsvorschlag

Zur systemgerechten Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Versorgung ist im SGB V der § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 entsprechend zu ergänzen. § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V soll daher lauten:

„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 SGB XI**, 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.



2.7. Neu zu § 39a SGB V - Gleichstellung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen

2.7.1. Gesetzentwurf

Weder der Entwurf des HPG, noch der Gesetzentwurf zum PSG II sehen einen wirksamen leistungsrechtlichen Anspruch für Pflegeheimbewohner auf Hospiz- und Palliativversorgung vor.

2.7.2. Stellungnahme

In den 13.030 stationären Pflegeeinrichtungen³³ leben ca. 750.000 Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind.³⁴ Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt. Im Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ von Bundesminister Gröhe u. a. gehen die Autoren von jährlich 340.000 Sterbenden in Pflegeheimen aus.³⁵ Dies wären 38 Prozent der jährlich in Deutschland Sterbenden.³⁶ Ob die Menschen tatsächlich im Pflegeheim sterben oder zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden, wird nicht differenziert. 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 benötigen³⁷, so sind dies in deutschen Pflegeheimen jährlich 204.000 Personen.³⁸ In den derzeit 206 stationären Hospizen³⁹ sterben laut Angaben von 2013 jedes Jahr rund 25.000 Menschen.⁴⁰ Dies wären rund 2,8 Prozent der Sterbefälle pro Jahr in Deutschland.

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. Dies muss unabhängig vom Aufenthaltsort gelten, sei er ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause. Der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass beide Einrichtungen für sterbende Menschen gleichwertige Bedingungen erfüllen. Beide weisen große Gemeinsamkeiten auf. Grundsätz-

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 21.

³⁴ Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 13.03.2015, S. 1.

³⁵ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.

³⁷ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

³⁸ 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: 13.03.2015, S.1.

³⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 14.08.2015.

⁴⁰ Wolfgang George, Gießener Sterbestudien über Sterbeorte in Deutschland, Teil III: Die Hospize, ProAlter Juli/August 2015, S. 54.



lich sind die Leistungen stationärer Hospize denjenigen stationärer Pflegeeinrichtungen sehr ähnlich (Vgl. § 3 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V).

Dem stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize

- bieten Unterkunft, Verpflegung und die pflegerische Versorgung der Bewohner,
- unterliegen der Heimgesetzgebung des Bundes (vgl. § 1 Abs. 3 HeimG),
- unterliegen den gleichen Maßstäben der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (bei Hospizen über § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V),
- sehen vor, dass die ärztliche Versorgung der Bewohner grundsätzlich durch niedergelassene Haus- bzw. Fach- und Palliativärzte erfolgt,
- können durch Einbindung in regionale Netzwerke Unterstützung erhalten,
- können Angebote der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinzuziehen,
- sind Orte des Sterbens: Der Anspruch auf Versorgung im Hospiz setzt laut Rahmenvereinbarung eine begrenzte Lebenserwartung von maximal wenigen Monate voraus.⁴¹ In Pflegeheimen sterben mittlerweile 30 Prozent der Bewohner ebenfalls in den ersten 3 Monaten nach Einzug. 60 Prozent versterben innerhalb des ersten Jahres.⁴²

Jedoch werden die Angebote für Sterbende in beiden Versorgungsformen unterschiedlich hoch gesetzlich finanziert: Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz ca. 6.500 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 5.000 Euro mehr auf. Somit entscheidet derzeit allein der Ort des Sterbens über die finanzielle Ausstattung, obwohl die Bedürfnisse der Menschen in der letzten Lebensphase identisch sind. Ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz ist grundsätzlich nicht möglich (§ 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V).

Es ist offensichtlich, dass unter den gegebenen Bedingungen eine adäquate palliativ-hospizliche Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim analog zum stationären Hospiz nicht

⁴¹ 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.

⁴² 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.



mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann. Strukturbedingt wird sie immer hinter dem Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz (§ 39a Abs. 1 SGB V) zurückstehen. Weder der Entwurf des HPG, noch der Gesetzentwurf zum PSG II sehen einen wirksamen leistungsrechtlichen Anspruch für Pflegeheimbewohner auf Hospiz- und Palliativversorgung vor.

Sterbende Pflegeheimbewohner mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf sind in den gesetzlichen Hospizleistungen den Hospizbewohnern gleichzustellen. Daher müssen auch Pflegeheimbewohner, die die 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 (gemäß der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V).⁴³ 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. Anspruchsberechtigt ist, wer zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird und dieselben medizinischen Voraussetzungen wie ein Hospizpatient erfüllt. Die Notwendigkeit von Hospizleistungen im Pflegeheim ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen – wie beim Anspruch auf stationäre Hospizleistungen. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen befristet. Die Versorgungsdauer wird sich an der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Hospizen orientieren. Diese beträgt 18 Tage.⁴⁴

Die Grundpflege, die Behandlungspflege und die palliativ-hospizliche Versorgung des Patienten sollen von einem Palliative-Care-Team erbracht werden, das aus besonders qualifizierten angestellten Pflegekräften der Pflegeeinrichtung besteht. Dieses Team wird im Bedarfsfall von einer verantwortlichen Krankenpflegekraft (Qualifikation analog § 4 Abs. 4 a der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V) einberufen und geleitet. Die personelle Zusammensetzung des Teams erfolgt dabei aus einem Pool derjenigen Pflegekräfte des Heims, die über eine Palliative-Care-Weiterbildung verfügen und sich zur Beteiligung in diesem Team bereiterklärt haben. Die teilnehmenden Pflegekräfte sind ab dem Zeitpunkt der Zugehörigkeit zum Palliative-Care-Team von ihrem bisherigen Aufgabenbereich nach Bedarf entbunden. Sie unterstehen weisungsrechtlich der leitenden Hospiz-Krankenpflegekraft. Diese Form der Palliative-Care-Teams schafft eine sektorenübergreifende Versorgung Sterbender mit palliativ-hospizlichem Bedarf in Pflegeheimen. Zudem stärkt sie die Attraktivität der Pflegeberufe.⁴⁵ Die Aufgaben bestimmen sich im Einzelnen aus dem Leistungsum-

⁴³ 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.

⁴⁴ Die durchschnittliche Verweildauer wird mit zwei bis vier Wochen angegeben. Der hier verwendete Mittelwert wurde gebildet aus Angaben von: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Studienergebnisse über die Hospizarbeit 2009, S. 5 (20 Tage), und: PflegeWiki, abgerufen unter http://www.pflegewiki.de/wiki/Station%C3%A4res_Hospiz am 03.06.2015 (17 Tage).

⁴⁵ 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.



fang. Die Größe des jeweiligen Palliative-Care-Teams muss einschließlich der verantwortlichen Krankenpflegekraft einem Personalschlüssel von 1,2 Pflegekräften je Sterbendem entsprechen. Kooperationen in Netzwerken können hier nicht ersetzen, dass ein solcher Personalstamm vorgehalten werden muss. Bei der Personalausstattung stationärer Hospize wird dies im Übrigen nicht in Frage gestellt.

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. Die Rahmenvereinbarung ist entsprechend anzupassen. Für alle anderen stationären Pflegeeinrichtungen fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Gleichstellung sterbender Pflegeheimbewohner gegenüber Hospizpatienten im SGB V zu verankern.

2.7.3. Änderungsvorschlag

Die Gleichstellung sterbender Pflegeheimbewohner gegenüber Hospizpatienten im SGB V kann sowohl über den Entwurf des HPG als auch den Entwurf des PSG II gesetzlich verankert werden. Konkret wird vorgeschlagen, in § 39a Abs. 1 SGB V nach Satz 1 einzufügen:

„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.**
(...)“



Neuer Artikel 8 (Änderung des Familienpflegezeitgesetzes)

2.8. Neuer § 14a FPFzG – Forschungsauftrag „Pflegezeitgeld“

2.8.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzesentwurf zum PSG II sieht vor, die Einschränkungen bei der Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung zu reduzieren. Wirksame leistungsrechtliche Ansprüche, die Berufstätige bei einer Auszeit zur häuslichen Pflege von Angehörigen entlasten, sind im PSG II jedoch nicht zu finden.

2.8.2. Stellungnahme

In Deutschland werden 1,86 Millionen Pflegebedürftige zu Hause versorgt. 1,25 Millionen hiervon werden alleine durch ihre Angehörigen betreut, bei 616.000 Pflegebedürftigen erfolgt die Versorgung gemeinsam durch Angehörige und einen professionellen Pflegedienst.⁴⁶ Die Angehörigen, die ihre Verwandten in den eigenen vier Wänden pflegen, bilden somit den größten „Pflegedienst“ in Deutschland. Sind pflegende Angehörige berufstätig und planen eine voll- oder teilzeitige Freistellung, bekommen sie – abgesehen von 10 Tagen Pflegeunterstützungsgeld bei einer kurzfristigen Verhinderung – keine Lohnersatzleistungen für ihre Pflege Tätigkeit. Das Modell der Pflegezeit beziehungsweise Familienpflegezeit mit der Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen in Anspruch zu nehmen, ist für die pflegenden Angehörigen unattraktiv und wird daher kaum in Anspruch genommen. Nach Angaben der Bundesregierung wurde im Zeitraum 01. Januar 2015 bis 30. Juni 2015 nur 169 Mal ein solches Darlehen beantragt.⁴⁷ Hiervon wurden 90 Darlehen nach dem Familienpflegezeitgesetz und 79 nach dem Pflegezeitgesetz gewährt.⁴⁸ Selbst die Prognose des Gesetzgebers erwartet nur eine begrenzte Inanspruchnahme der Leistungen.

⁴⁶ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

⁴⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Caren Marks, Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al., BT-Drs. 18/5752, 25.08.2015.

⁴⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Caren Marks, Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al., BT-Drs. 18/5752, 25.08.2015.



Prognose der Bundesregierung zur Pflege- und Familienpflegezeit ⁴⁹

	Inanspruchnahme Freistellung (Anzahl Personen)	Inanspruchnahme Darlehen (Anzahl Personen)	Ausgaben für Darlehen (in Millionen Euro)	Einnahmen aus Darlehensrückzahlungen (in Millionen Euro)	Summe Ausgaben (in Millionen Euro)
2015	1.275	795	1,33	0,03	1,3
2016	3.000	1.875	8,2	1,6	6,6
2017	4.500	2.813	13,8	5,7	8,1
2018	6.750	4.219	20,7	11,3	9,4

Somit geht der Gesetzgeber davon aus, dass bis ins Jahr 2018 weniger als 1 Prozent der pflegenden Angehörigen, die einen Pflegebedürftigen allein zu Hause pflegen, den Anspruch auf Freistellung nutzen werden.

Um wirksame Angebote für Pflegepersonen nach § 19 SGB XI zu schaffen, die diese entlasten und absichern, bedarf es neben den geplanten Absicherungen der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung auch einer Lohnersatzleistung als Ausgleich für Einkommenseinbußen im Falle einer vollen oder teilweisen Berufsfreistellung. Nur wenn sich die Pflege- und Familienpflegezeit an den Bedürfnissen und der Lebenswirklichkeit der Pflegepersonen orientiert, gelingt es, einen großen Kreis von pflegenden Angehörigen zu erreichen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert deshalb, dass ein Forschungsprojekt die Schaffung einer steuerfinanzierten Unterhaltsleistung für Berufstätige ähnlich dem Elterngeld und dem Elterngeld Plus nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) untersucht, wenn sie zur Pflege oder Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen für eine begrenzte Zeit im Job ganz oder teilweise pausieren. Forschungsziel ist, die Weiterentwicklung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sicherzustellen und bis zum 01. Januar 2018 ein wissenschaftlich fundiertes Modell hierzu zu erarbeiten, dass praxistauglich ist und zum 01. Januar 2019 gesetzlich eingeführt werden kann.

2.8.3. Änderungsvorschlag

Zur Erteilung eines Forschungsauftrages für ein „Pflegezeitgeld“ wird die Einführung eines neuen § 14a FPfZG vorgeschlagen:

„§ 14a Forschungsvorhaben zur Einführung eines Pflegezeitgeldes

(1) Der Beirat nach § 14 stellt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Pflegezeitgeldes in Form ei-

⁴⁹ Deutscher Bundestag, Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, BT-Drs. 18/3124, S. 28 f..



ner Lohnersatzleistung zur Vereinbarung von Beruf und Pflege sicher. Sie beauftragt zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige.

(2) Der Beirat hat die Umsetzung der Aufgabe nach Absatz 1 bis zum 01. Januar 2018 sicherzustellen. Sollten sie sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 entschieden haben, bestimmen das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales innerhalb von 4 Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“