

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(2)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
11.10.2016



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 17.10.2016
zum
Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer
Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

Bundestagsdrucksache 18/9518

**sowie zu
den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU
und SPD – Ausschussdrucksache 18(14)0206.1**

Stand 10.10.2016

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Gesetzentwurf	- 8 -
Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	- 8 -
Nr. 2 § 7b Abs. 2a SGB XI – Beratungsgutscheine.....	- 8 -
Nr. 3 § 7c Abs. 1a SGB XI – Pflegestützpunkte.....	- 9 -
Nr. 3 § 7c Abs. 6 und Abs. 7 SGB XI – Schiedsstellenregelung zu Pflegestützpunkten	- 10 -
Nr. 4 § 8a Abs. 4 und 5 SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung	- 11 -
Nr. 5 § 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder	- 13 -
Nr. 6 § 13 Abs. 3 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungsträgern	- 14 -
Nr. 10 § 45b Abs. 2 SGB XI – Entlastungsbetrag	- 15 -
Nr. 17 § 79 SGB XI I – Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen.....	- 16 -
Nr. 18 § 123 SGB XI – Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen	- 17 -
Nr. 18 § 123 Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB XI - Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen	- 18 -
Nr. 25 § 141 Absatz 3a SGB XI Besitzstandsschutz Kurzzeitpflege	- 20 -
Artikel 13 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 21 -
Nr. 5 § 275b SGB V - Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst.....	- 21 -
Artikel 16 Änderungen des Medizinproduktegesetzes	- 22 -
Nr. 5 § 15 Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien.....	- 22 -
III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD - Ausschussdrucksache 18(14)0206.1	- 24 -
Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) aa) § 7 SGB XI – Erweiterung der gesetzlichen Angaben zur Leistungs- und Preisvergleichslisten	- 24 -
Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) § 7 SGB XI – Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten	- 25 -
Änderungsantrag Nr. 17 zu Artikel 1 Nr. 21a (§ 114) a) Absatz 3a SGB XI - Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung.....	- 26 -
Änderungsantrag Nr. 18 zu Artikel 1 Nr. 21a § 115 SGB XI – Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen.....	- 27 -

Änderungsantrag Nr. 25 zu Artikel 13 Nr. 2 § 37 Abs. 2 SGB V – Regelungen
zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der
Hilfe für Menschen mit Behinderung - 28 -

**IV. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-
Bundesverbandes - 29 -**

§ 71 Abs. 2a SGB XI: Pflegeeinrichtungen: Klarstellung zu
Versorgungsstrukturen im Verbund..... - 29 -

§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag -
Transparenz zu neuen Wohnformen - 30 -

§ 92b SGB XI: Öffnung der integrierte Versorgung..... - 31 -

I. Vorbemerkung

Mit dem dritten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze "(PSG III)" überführt der Gesetzgeber konsequent die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in das elfte Sozialgesetzbuch und vollendet mit der Harmonisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege und mit weiteren Korrekturen die mit dem PSG II eingeleitete umfassende Reform der Sozialen Pflegeversicherung. In Anlehnung an aktuelle Ereignisse und Erkenntnisse über Betrugspraktiken werden weitere Instrumente zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege gesetzlich implementiert.

Koordination und Kooperation in gemeinsam verantworteten Beratungsstrukturen von Kommunen und Pflegekassen statt Aufgabenverlagerung

Die Stärkung der Rolle der Kommune wird im Wesentlichen durch das Initiativrecht der Länder bzw. der Kommunen für die Errichtung von Pflegestützpunkten, Schiedsstellen, sektorübergreifenden und regionalen Pflegeausschüssen zur Verzahnung von Pflegestrukturfragen mit Versorgungsfragen sowie für die Durchführung von Modellkommunen realisiert. Die Entscheidungsbefugnis der (Landesverbände) der Pflegekassen wird (auch gegenüber dem Status quo) erheblich eingeschränkt und konterkariert ein partnerschaftliches ausgewogenes Verhältnis der Beteiligten.

Mit den vorgeschlagenen Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommune wird der Eindruck erweckt, dass nicht die Koordination und Kooperation im Zentrum steht, sondern die alleinige Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung auf die Zuständigkeit der Kommunen. Damit werden Doppelstrukturen und Insellösungen aufgebaut, die nicht zielführend sind und zusätzliche Ressourcen binden. Der Eindruck ist hier insbesondere durch die Neuregelungen der §§ 7c und 123f - die sich auf die bloße Steuerung von Leistungen beziehen - belegt.

Die im Gesetzentwurf avisierten Änderungen führen dazu, dass bisher gewachsene und gut etablierte Beratungsstrukturen durch ein einseitiges Implementierungsrecht gefährdet sind. Die AOK setzt 700 Pflegeberater im Case-Management ein und hat im Jahr 2015 knapp 57.500 Pflegeberatungen nach § 7a durchgeführt. 2/3 der Beratungen sind zugehend, ein Drittel findet in einer von 1.380 Geschäftsstelle der AOK oder im Pflegestützpunkt statt. Die AOK als Orts-Kranken- und Pflegekasse ist gut in die kommunalen Strukturen eingebunden.

Der Weg für eine sinnvolle Stärkung der Rolle der Kommune in der Pflege liegt aber nicht in der Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen. Notwendig und auch möglich ist vielmehr ein gemeinsames Handeln im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten. Deshalb sollten die Aktivitäten des Gesetzgebers darauf zielen, Koordination und Kooperation zwischen den relevanten Akteuren zu verbessern und nicht Aufgaben zu verlagern. Für eine Optimierung der Zusammenarbeit sind die vorhande-

nen Strukturen zu nutzen und ggf. bedarfsgerecht auszubauen. Darauf basierende mögliche Alternativregelungen, die statt auf einseitiger Steuerungshoheit der Kommunen vielmehr auf Kooperation und gemeinsamer Verantwortung aufsetzt, werden von den Ländern strikt abgelehnt.

Sofern daher tatsächlich an einer Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung auf die Kommunen festgehalten wird, sind drei wesentliche Aspekte zu beachten:

- Um dem Ansatz „Beratung aus einer Hand“ Rechnung zu tragen, sind im Rahmen der Modellkommunen alle gesetzlich normierten Beratungsaufgaben der Kranken- und Pflegekasse zu übertragen; ein Wahloption der Kommune für die Übernahme einzelner Beratungsaufgaben ist auszuschließen.
- Die übertragenen Aufgaben dürfen nicht an Dritte delegiert werden: Sinn und Zweck der Modellkommunen ist es, die Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungslandschaft zu verzahnen. Ein Delegationsrecht an Dritte bei Modellkommunen – wie bereits heute schon von Kommunen an Wohlfahrtsverbände – konterkariert die mit dem Gesetzentwurf verbundene Zielsetzung. Ein Delegationsrecht zieht auch notwendigerweise ein Gestaltungs- und Kontrollrecht nach sich, das – so die Vergangenheit – nicht nur erhebliche Herausforderungen für die kommunalen Beratungsstellen bedeutet, sondern auch leistungs- und vertragsrechtliche Konsequenzen hat.
- Damit bereits bestehende Beratungsstrukturen in neu zu etablierende Strukturen eingebunden werden, sind bei der Ausübung des Initiativrechts alle heutigen Strukturen zwingend zu berücksichtigen.

Verzahnung von Pflegestrukturfragen mit Versorgungsfragen durch sektorübergreifende und regionale Ausschüsse funktioniert nur, wenn auch die Gebietskörperschaften ihrer Informationsbringschuld und - Holschuld nachkommen

Schon heute obliegt der kommunalen Ebene die Analyse des Bedarfs und des pflegerischen Angebots. Sie ist verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur. Steuerungselement ist dabei nicht nur die Pflegeinfrastrukturförderung, sondern auch der Einfluss der Sozialhilfeträger insbesondere bei der Gründung von Pflegewohnformen. Umfassende Daten der Gebietskörperschaften auf unterschiedlichen Ebenen, die eine hohe Relevanz für die pflegerische Versorgungsplanung haben, sind ebenso einzubeziehen wie die Daten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaften. Hierzu gehören insbesondere die Daten zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die kommunalen Beratungsstellen und die den Wohn- und Teilhabegesetzen der Länder unterliegenden pflegerischen Wohnformen. Aufgrund der föderalen Ausgestaltung ist eine bundesweit einheitliche Anzeigepflicht neuer pflegerischer Wohnformen unerlässlich. Der AOK-Bundesverband empfiehlt, eine entsprechende gesetzliche Normierung aufzunehmen.

Konsequente Harmonisierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Folgen für die Soziale Pflegeversicherung

Der mit dem PSG II eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit für die soziale Pflegeversicherung. Da die leistungsrechtliche Umsetzung des erweiterten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit auch direkte und indirekte Aus- und Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche und dort insbesondere auf die Hilfe zur Pflege hat, ist der im SGB XII verankerte Begriff zu harmonisieren.

In diesem Kontext wurden auch die **Regelungen zu Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen vom geplanten Bundesteilhabegesetz (BTHG)** in den Gesetzentwurf des PSG III überführt. Infolge der künftig fehlenden Differenzierung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Wohnformen durch die avisierte Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe bedarf es auch einer gesetzlichen Nachjustierung. Mit dem Gesetzesentwurf werden die bisherigen Pflege-Pauschalleistungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen auf Wohnformen ausgeweitet, in denen die Bewohner Leistungen der Eingliederungshilfe und darüber hinaus Leistungen zur Pflege oder Betreuung in dem Umfang erhalten, so dass in der Gesamtbetrachtung die Versorgung durch die Anbieter umfassend organisiert wird. Diese Maßnahme zur Vermeidung von ungewollten Lastenverschiebungen zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zu begrüßen. Sie entspricht im Übrigen auch den Vorgaben des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und SPD.

Die avisierte Einführung einer **Vorrang-Nachrang-Regelung der pflegerischen Betreuungsleistungen zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** werden durch die Änderungen konfliktträchtiger. Es ist daher zu erwarten, dass Leistungen als Pflegeleistungen definiert werden und die Eingliederungshilfe faktisch als nachrangiges System behandelt wird; in der Konsequenz wird es zu einer Leistungsverlagerung in die Soziale Pflegeversicherung führen. Dies lehnt der AOK-Bundesverband ab.

Abrechnungsbetrug entgegenwirken – weitere Maßnahmen werden begrüßt

Mit dem Gesetzentwurf erhalten die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ein systematisches Prüfrecht. Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollen künftig alle Pflegedienste betreffen, auch solche, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Hierfür sollen die bestehenden Instrumente zur Qualitätssicherung im Bereich der Pflege weiterentwickelt werden und die Stichprobengestaltung auch auf Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, ausgeweitet werden. Liegen Anhaltspunkte für fehlerhafte Abrechnungen vor, können die Pflegekassen unangemeldete Abrechnungsprüfungen vornehmen. Um den Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt umzusetzen, muss ergänzend die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung gesetzlich implementiert werden. Der AOK-Bundesverband zeigt einen Vorschlag auf.

Die Engführung des Informationsfreiheits- und Informationsverwertungsgesetzes zur Schaffung von Wettbewerbsvorteilen für nicht-gewerbliche Anbieter von Informationsportalen für die Pflegeversicherung wird strikt abgelehnt.

Mit den Änderungsanträgen Nrn. 2 und 18 der Fraktionen CDU/CSU und SPD werden gesonderte Regelungen für gemeinnützige Anbieter von Informationsportalen getroffen, obwohl über das Informationsfreiheits- und Informationsverwertungsgesetz bereits die Weiterleitung und Verarbeitung von Daten im Allgemeinen geregelt ist. Ein gesonderter Regelungsbedarf, der in den Wettbewerb zwischen gewerblichen und nicht-gewerblichen Anbietern eingreift, wird ausdrücklich abgelehnt.

Nachfolgend nimmt der AOK-Bundesverband im Einzelnen nur zu den Regelungen des Gesetzentwurfes (Abschnitt II) und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 18/9518 (Abschnitt III), Stellung, zu denen der AOK-Bundesverband zu einer anderen Bewertung kommt oder einen anderen Akzent setzt. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere, ergänzende AOK-Vorschläge aufgenommen (Abschnitt IV).

II. Gesetzentwurf

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 7b Abs. 2a SGB XI – Beratungsgutscheine

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige können Beratungsgutscheine auch bei kommunalen Beratungsstellen einlösen. Die kommunalen Beratungsstellen haben die Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberater und Pflegeberatungs-Richtlinie zu beachten. Die Vergütung ist vertraglich mit der Pflegekasse oder mit den anderen Pflegekassen gemeinsam zu regeln.

B Stellungnahme

Das Anliegen des Gesetzgebers trägt der bisherigen Praxis Rechnung, dass ausgestellte Beratungsgutscheine nach § 7b auch in kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden können. Ausdrücklich begrüßt wird dabei, dass die Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberater der Kranken- und Pflegekassen sowie der Beratungsstellen nach Absatz 2 auch für die kommunalen Beratungsstellen gelten.

Ergänzend ist jedoch auszuschließen, dass die in Satz 1 genannten Beratungsstellen ihre Aufgaben nicht an Dritte delegieren.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2a ist nach Satz 1 ein neuer Satz 2 einzufügen:

"Die Beratungsstellen nach Satz 1 können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht Dritter bedienen."

Nr. 3 § 7c Abs. 1a SGB XI – Pflegestützpunkte

A Beabsichtigte Neuregelung

Kommunale Stellen (Sozialhilfeträger) haben ein fünfjähriges Initiativrecht (vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2021) zur Errichtung von Pflegestützpunkten, verbunden mit einem Kontrahierungszwang für die Kranken- und Pflegekassen.

B Stellungnahme

Die bestehenden Regelungen zum Betrieb und zur Organisation von Pflegestützpunkten sind bereits ausreichend. Ein Initiativrecht für die kommunalen Stellen ist in derselben Ausgestaltung zu implementieren wie die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Implementierung von Pflegestützpunkten durch die zuständige oberste Landesbehörde (Kann-Regelung).

Mit der Neuregelung werden - entgegen der Gesetzesbegründung - Doppelstrukturen aufgebaut, denn vom Initiativrecht kann - unabhängig von bereits bestehenden Beratungsstrukturen - Gebrauch gemacht werden. Durch die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zum Abschluss einer Vereinbarung werden in der Konsequenz bisher gewachsene und gut funktionierende Beratungsstrukturen der Kranken- und Pflegekassen, die allseits eine hohe Anerkennung erfahren, zerstört.

Der fünf-Jahres-Zeitraum zur Erprobung des Initiativrechts führt darüber hinaus zu Unsicherheiten hinsichtlich des mittelfristigen Investments der Kranken- und Pflegekassen in den weiteren Auf- und Ausbaus der Pflegeberatung. Auch für die Kranken- und Pflegekassen bedarf es einer Investitionssicherheit; in Koppelung an das Initiativrecht der Kommunen, ist der Zeitraum der Erprobung auf zwei Jahre zu begrenzen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1a ist wie folgt zu fassen:

"Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften im Zeitraum 01. August 2018 bis zum 31. Juli 2020 die Einrichtung von Pflegestützpunkten beschließen und mit den Pflegekassen und Krankenkassen eine Vereinbarung hierzu schließen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen von den Trägern des Pflegestützpunktes unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal zu gleichen Teilen getragen."

Nr. 3 § 7c Abs. 6 und Abs. 7 SGB XI – Schiedsstellenregelung zu Pflegestützpunkten

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bisherigen Vertragspartnern auf Landesebene haben sich nun auch die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene an den Rahmenverträgen zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte zu beteiligen. Darüber hinaus werden alle Vertragspartner verpflichtet, Rahmenverträge abzuschließen. Als Konfliktlösungsmechanismus wird die Implementierung von Schiedsstellen auf Initiative der Länderregierung per Rechtsverordnung gesetzlich normiert.

B Stellungnahme

Mit der Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte wird zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung implementiert. Die Praxis hat gezeigt, dass die bisherigen gesetzlichen Grundlagen zum Abschluss von Rahmenverträgen ausreichend sind. Mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen in Verbindung mit der verpflichtenden Berücksichtigung von landesrechtlichen Bestimmungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten und mit dem Initiativrecht der Landesregierung, Schiedsstellen einzurichten (vgl. Absatz 7), wird das ausgewogenes partnerschaftliches Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen aufgegeben. Es ist klarzustellen, dass bisherige Rahmenverträge fortgelten können.

Üblicherweise ist eine Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus zwischen Leistungs-/Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer gesetzlich verankert. Mit der Neuregelung wird erstmals eine Schiedsstelle zwischen Sozialversicherungsträgern eingerichtet und das Land als bisherige Schlichtungs- resp. Mediationsstelle aus der Verpflichtung genommen. Die bisherigen Verhandlungen der Rahmenvertragspartner haben gezeigt, dass Regelungen ggf. unter Schlichtung der Landesregierung getroffen werden können. Eine Überregulierung mit zusätzlich erheblichen Ressourcenbindungen ist nicht nachvollziehbar. Die Regelung ist zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

"Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 8 sind hierbei zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Absatz 7 ist ersatzlos zu streichen.

Nr. 4 § 8a Abs. 4 und 5 SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die auch im Landespflegeausschuss, im sektorübergreifenden Landespflegeausschuss oder in regionalen Ausschüssen vertretenen Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen sollen bei der Er- bzw. Überarbeitung der Pflegestrukturplanungsempfehlungen mitwirken und erforderliche nicht personenbezogene Daten zur Verfügung stellen. Gesetzlich normiert wird eine Berichtspflicht gegenüber den Ausschüssen, in wie weit die Empfehlungen bei der praktischen Aufgabenerfüllung genutzt werden.

Die im Landespflegeausschuss, im sektorübergreifenden Landespflegeausschuss oder in regionalen Ausschüssen erarbeiteten Empfehlungen sollen beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen und beim Abschluss der Vergütungsverträge von den jeweiligen Vertragsparteien genutzt werden.

B Stellungnahme

Wichtige Voraussetzungen, um Empfehlungen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur auszusprechen, sind insbesondere Daten über die Verfügbarkeit der vorhandenen Angebote zur Beschreibung der jeweiligen Versorgungsstruktur.

Mit dem Gesetzesvorschlag sind hierfür die Kranken- und Pflegekassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften verpflichtet, nicht personenbezogene Daten zur Verfügung zu stellen. Hingegen werden die Daten der für die Anerkennung von niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zuständigen Stellen, die obersten Landesbehörden für die Errichtung von kommunalen Beratungsstellen und die Länder aus dieser Datenverpflichtung entlassen, obwohl die Informationen über das Angebot von kommunalen Beratungsstellen, von Entlastungs- und Betreuungsangeboten und pflegerischen Wohnformen eine hohe Relevanz für die pflegerische Versorgungsplanung haben. Die Verpflichtung ist entsprechend in Absatz 4 zu ergänzen und in der Gesetzesbegründung auszuführen. Darüber hinaus wird ergänzend eine Anzeigepflicht zu neuen Wohnformen über einen neuen § 72a vorgeschlagen (vgl. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes unter Abschnitt IV).

Der kommunalen Ebene obliegt schon heute die Analyse des Bedarfs und des pflegerischen Angebots. Sie ist verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur; Steuerungselement ist dabei nicht nur die Pflegeinfrastrukturförderung, sondern auch der Einfluss der Sozialhilfeträger insbesondere bei der Gründung von Pflegewohnformen.

Inwieweit Empfehlungen von regionalen oder sektorübergreifenden Ausschüssen beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen realisiert werden können, ist unter dem marktwirtschaftlichen Prinzip der Sozialen Pflegeversicherung und den Kontrahierungszwang der Landesverbände der Pflegekassen in Frage zu stellen; hingegen können sie wichtige Informationen für die Ausgestaltung der Pflegeinfrastrukturförderung bieten. Der Verwendungszweck der Empfehlung ist daher auszuweiten.

Darüber hinaus sind die Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung nicht geeignet für den Abschluss von Rahmen- und Vergütungsverträgen; zum einen, da diese Verträge nicht die Infrastrukturplanung gestalten, sondern vielmehr die Inhalte für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten beschreiben. Zum ande-

ren sind eventuelle Vergütungszuschläge zur Infrastruktursteuerung nicht mit den Bemessungsgrundsätzen des achten Kapitels vereinbar. Die Rahmen- und auch die Vergütungsverträge gelten im Land i.d.R. einheitlich; regionale Empfehlungen können dieser Anforderung nicht Rechnung tragen. Die Einbeziehung der Empfehlungen in den Rahmen- und Vergütungsverträgen sind zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 ist wie folgt zu fassen:

"Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 vertretenen Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegerstrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere über eine Berücksichtigung dieser Empfehlungen."

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen die Länder bei der Infrastrukturförderung berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beziehen die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 beim Abschluss der Versorgungsverträge ein."

Nr. 5 § 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine jährliche Berichtspflicht der Länder zu Art und Umfang der Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verankert. Diese umfasst auch Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten der Pflegebedürftigen.

B Stellungnahme

Die Investitionskostenförderung der Länder ist wesentlicher Bestandteil der Pflegeinfrastrukturgestaltung. Für die Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 8a Abs. 5 ist es für die Vertragspartner des siebten Kapitels wesentlich, Informationen über die Förderung der Pflegeeinrichtungen zu erhalten und mit welchen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen dieses im Ergebnis verbunden ist. Die Erweiterung wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Informationen an das Bundesgesundheitsministerium sind entsprechend auf Landkreisebene auszuweisen und der Bericht zu veröffentlichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Der Bericht ist vom Bundesministerium für Gesundheit zu veröffentlichen."

Nr. 6 § 13 Abs. 3 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungsträgern

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird das Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen Pflegeversicherungsleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt. Nach bisherigem Recht sind die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig.

B Stellungnahme

Für Menschen mit Behinderung, die sowohl auf Leistungen der Eingliederungshilfe als auch auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen sind, ist die bedarfsgerechte Kombination von Leistungen von großer Bedeutung. Bereits die Regelungen nach geltendem Recht führten in der Praxis bisher zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten beim Zusammentreffen von pflegerischen Bedarfen und Bedarfen der Eingliederungshilfe. Die Abgrenzung der pflegerischen Betreuungsleistungen zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden durch die Änderungen konfliktträchtiger. Es ist daher zu erwarten, dass Leistungen als Pflegeleistungen definiert werden und die Eingliederungshilfe faktisch als nachrangiges System behandelt wird; in der Konsequenz wird es zu einer Leistungsverlagerung in die Soziale Pflegeversicherung führen. Dies ist abzulehnen und entspricht nicht dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD in dem vereinbart wurde, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht zu Kostenverlagerungen anderer Träger auf die soziale Pflegeversicherung führen soll (S. 83 Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode).

Auf der Basis dieser grundlegenden Unterschiede und der Abgrenzungsschwierigkeiten unterstützt der AOK-Bundesverband die Forderung, die Leistungen der Pflegeversicherung gleichrangig neben Leistungen der Eingliederungshilfe zu gewähren.

C Änderungsbedarf

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 10 § 45b Abs. 2 SGB XI – Entlastungsbetrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag besteht mit Vorliegen der Pflegebedürftigkeit und der häuslichen Pflege. Ein Antragsverfahren vor der Inanspruchnahme bedarf es nicht.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung wird begrüßt und dient der Vereinfachung des Erstattungsverfahrens.

Vor dem Hintergrund der aufwendigen Regelungen der Kostenerstattung für den Versicherten wird ergänzend vorgeschlagen, auch das Kostenerstattungsverfahren zu vereinfachen. In den Fällen, in denen eine wiederkehrende Zahlung regelmäßig stattfindet und dabei jeweils der Höchstbetrag ausgeschöpft wird, soll eine automatische Zahlung ermöglicht werden. Die Pflegekasse prüft in regelmäßigen Abständen das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

C Änderungsbedarf

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Bei Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 jeweils bis zu dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Höchstbetrag, erfolgt die Auszahlung durch die Pflegekasse automatisch ohne Vorlage entsprechender Belege. Die Pflegekasse prüft in regelmäßigen Abständen das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

Nr. 17 § 79 SGB XI I – Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 79 SGB XI ermöglicht der Gesetzgeber den Landesverbänden der Pflegekassen, bei vorliegenden tatsächlichen Anhaltspunkten im Rahmen fehlerhafter Abrechnung durch Pflegedienste Abrechnungsprüfungen selbst oder durch bestellte Sachverständige durchzuführen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die vom Gesetzgeber geplante Ergänzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen um die Abrechnungsprüfungen. Damit erhalten die Landesverbände der Pflegekassen nunmehr die Möglichkeit einer zusätzlichen Abrechnungsprüfung außerhalb der Qualitätsprüfung, wenn der begründete Verdacht einer Falschabrechnung durch einen Pflegedienst vorliegt. Selbstverständlich müssen konkrete Hinweise vorliegen, um eine Prüfung zu veranlassen. In Absatz 1 des § 79 SGB XI im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung wird darauf hingewiesen, dass eine Prüfung nur dann zulässig ist, wenn dem Pflegedienst Anhaltspunkte im Vorfeld benannt werden. Anders als im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung muss aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ein unverzügliches Handeln im Rahmen einer Abrechnungsprüfung möglich sein, analog einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung im Rahmen des § 114 Absatz 4 SGB XI. Eine Abrechnungsprüfung muss demnach auch unangemeldet erfolgen können. Bei einem konkret vorliegenden Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung sollte zwingend ausgeschlossen werden, dass durch gezielte Manipulation des Leistungserbringers ggfs. Nachweise vernichtet oder anderweitig manipuliert werden. Zudem könnten durch die Informationsweitergabe im Vorfeld der Prüfung, gegebenenfalls Pflegebedürftige durch den Pflegedienst belastet werden, in dem diese die mutmaßlichen Beschwerdeführer - im Zusammenhang mit dem Vorwurf der fehlerhaften Abrechnung - suchen. Aus den genannten Gründen schlägt der AOK-Bundesverband deshalb eine Änderung des geplanten Gesetzesentwurfes dahingehend vor, dass im Fall einer Abrechnungsprüfung, diese grundsätzlich unangemeldet durchgeführt wird.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Nummer 2 sind folgende Worte zu streichen „Absatz 1 Satz 3 und 4“.

In Absatz 4 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen: „Die Abrechnungsprüfung ist grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“

Nr. 18 § 123 SGB XI – Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen in 60 Modellkommunen wird den Sozialhilfeträgern ein Initiativrecht eingeräumt, verbunden mit der Aufgabenübertragung von Pflegeberatung, Pflegekursen und Beratungspflichtbesuchen auf die Kommune und einem Kontrahierungszwang für die Pflegekassen.

B Stellungnahme

Mit der avisierten Aufgabenübertragung nach § 123 n.F. ist unklar, gegenüber wem die Versicherten im Zuständigkeitsbereich der Modellkommune den jeweiligen Leistungsanspruch für die Beratung haben. In Betracht kommen nach der Gesetzesformulierung und –begründung zwei Varianten: Die Versicherten behalten ihren Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse, die Modellkommune führt die beantragte Leistung nur aus (indirekter Rechtsanspruch). Oder aber der Versicherte hat seinen Antrag an den Träger der Modellkommune als zuständigen Leistungsträger zu richten (direkter Rechtsanspruch).

Für einen direkten Rechtsanspruch gegenüber dem zuständigen Träger der Sozialhilfe spricht zum einen der gewählte Wortlaut von § 123 Abs. 1 S. 4, der von der „Übernahme“ der Beratungsaufgaben durch eigene Beratungsstellen spricht, sowie andererseits die angeordnete entsprechende Geltung der §§ 7a bis 7c, 37 Abs. 3 S. 1, 2, 5 1. HS, 6 1. HS, Abs. 4 sowie § 45 nach § 123 Abs. 1 S. 5. Für diese Auslegung spricht außerdem der Vergleich mit § 264 Abs. 2 SGB V, wonach die Krankenbehandlung ... von den Krankenkassen „übernommen“ wird und ein leistungsrechtliches Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den begünstigten Hilfeempfängern entsteht.

Dies würde jedoch eine Splittung der Leistungsträgerschaft innerhalb des SGB XI bedeuten. Auch erscheint es insoweit ungewöhnlich, als dass das Modellvorhaben zum einen nur befristet und andererseits die Umsetzung von diversen Entscheidungen abhängig ist, die allerdings für den beratungsbedürftigen Versicherten im Verborgenen bleiben. Für den Versicherten ist nicht ohne Weiteres klar, gegen welche Institution er seinen Anspruch zu richten hat resp. an wen er sich wenden kann. Insbesondere vor dem Hintergrund des § 37 Abs. 6 könnte der Versicherte gegebenenfalls Nachteile erlangen. Der Zugang zu Sozialleistungen soll jedoch nach den Einweisungsvorschriften des SGB I (§ 17 SGB I) einfach gestaltet sein.

Andererseits könnte § 123 SGB XI so verstanden werden, dass die Zuständigkeit bei der Pflegekasse verbleibt und die Modellkommune „lediglich“ die Ausführung der Aufgaben übernimmt (indirekter Rechtsanspruch). Diese Auslegung würde dem Übergangsweisen und „zufälligen“ Charakter von § 123 gerecht und entspricht des Weiteren den Zuständigkeitsnormen der §§ 1 Abs. 3 SGB XI und § 21a Abs. 2 SGB I.

C Änderungsvorschlag

Eine gesetzliche Klarstellung, wem gegenüber der Leistungsanspruch besteht, ist unerlässlich.

Nr. 18 § 123 Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB XI - Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Gestaltung einer effizienten Beratung, Zusammenarbeit und Information vor Ort sollen Synergieeffekte der Beratungen nach §§ 7a bis c, 37 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 8, und 45 genutzt werden. In der Konsequenz sieht der Gesetzentwurf zwingend vor, in den Modellkommunen Pflegeberatung, Beratung in der Häuslichkeit und Pflegekurse aus einer Hand anzubieten.

B Stellungnahme

Selektive Lösungsansätze, z.B. die alleinige Übertragung von §§ 7a und 45 auf kommunale Gebietskörperschaften im Rahmen von Modellprojekten, sind nicht zielführend und daher auszuschließen. Die vorgeschlagene Gestaltungsregelung wird daher begrüßt. Eine damit verbundenen Möglichkeit der Übertragung von Aufgaben durch die kommunale Gebietskörperschaft an Dritte konterkariert jedoch die mit der Stärkung der Rolle der Kommune verbundenen Grundphilosophie. Eine Übertragung an Leistungserbringer (wie bisher z.B. auf Wohlfahrtsverbände) ist auszuschließen. Darüber hinaus ist eine Einbindung der Kranken- und Pflegekassen über die vorgeschlagene Ergänzung in Absatz 2 sicherzustellen.

In der Gesamtschau werden mit der Neuregelung Doppelstrukturen aufgebaut, denn vom Initiativrecht für Modellvorhaben kann - unabhängig von bereits implementierten und lokalen Beratungsstrukturen - Gebrauch gemacht werden. Durch die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zum Abschluss einer Vereinbarung werden in der Konsequenz bisher gewachsene und gut funktionierende Beratungsstrukturen der Kranken- und Pflegekassen, die allseits eine hohe Anerkennung erfährt, zerstört. Den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen sollen daher die Möglichkeit eingeräumt werden, an Modellvorhaben mitzuwirken. Entsprechend sind auch Schiedsstellenregelungen nach § 7c Abs. 7 zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In **Absatz 2** Satz 2 ist vor "privaten Versicherungsunternehmen" die Wörter "Krankenkassen und Pflegekassen sowie mit den" einzufügen.

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 1 genehmigt, kann der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Pflegekassen,
4. zum Aufgabenübergang auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 4 und
5. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln schließen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 zustande, hat diese Regelungen zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, zu

beinhalten. Der Beitrag der Pflegekassen darf den Aufwand nicht übersteigen, welcher bei Erbringung durch sie selbst entstehen würde. "

In **Absatz 6** Satz 2 ist vor dem Wort "Dritter" das Wort "nicht" einzufügen. Satz 3 ist zu streichen.

Nr. 25 § 141 Absatz 3a SGB XI Besitzstandsschutz Kurzzeitpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige, die sich am 31. Dezember 2016 in einer Kurzzeitpflege (eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in einer vollstationären Pflegeeinrichtung) befinden, haben nach Ende der Kurzzeitpflege, wenn sie ohne Unterbrechung in derselben vollstationären Pflegeeinrichtung verbleiben, einen Anspruch auf Besitzstandsschutz entsprechend § 141 Absatz 3 SGB XI.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband diese Regelung. Vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes muss jedoch auch Versicherten, die aus einer solitären Kurzzeitpflege direkt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, der Besitzstandsschutz gewährt werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3a sind die Worte „in derselben Einrichtung“ zu streichen.

Artikel 13 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 § 275b SGB V - Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des § 275b SGB V werden analog des § 114 SGB XI Regelungen zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für die Häusliche Krankenpflege eingeführt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die geplante Neueinführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für die Häusliche Krankenpflege. Die Neuregelung ermöglicht zukünftig auch Regelprüfungen bei Pflegediensten durchzuführen, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbringen; sie umfasst jedoch nicht die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung nach § 79 Absatz 4 SGB XI. Damit wird die Prüfmöglichkeit aus Sicht des AOK-Bundesverbandes erheblich eingeschränkt, insbesondere bei einem konkreten Verdacht von fehlerhaften Abrechnungen. Auf diese Ausnahme der ansonsten gleich bestehenden Prüfmöglichkeit analog SGB XI wird auch in der Begründung nicht eingegangen. Um den Auftrag des Gesetzgebers vollumfänglich nachkommen zu können und den Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt umzusetzen, muss dann auch folgerichtig die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung gesetzlich implementiert werden. Vor diesem Hintergrund sieht der AOK-Bundesverband die Notwendigkeit der Möglichkeit einer gesonderten Abrechnungsprüfung analog § 79 Absatz 4 SGB XI, um eine vollständige Analogie zwischen der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten Pflege zu erreichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 des § 275b SGB V ist in Satz 1 nach dem Semikolon der letzte Halbsatz zu durch folgende Wörter zu ersetzen: „§§ 79 Absatz 4, 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 79 SGB XI).

Artikel 16 Änderungen des Medizinproduktegesetzes

Nr. 5 § 15 Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Abs. 2 Satz 7 soll nunmehr die für die Benannte Stelle zuständige Behörde neben den Grundstücken des Herstellers auch Grundstücke des Unterauftragnehmers von entscheidender Bedeutung betreten dürfen, um ihrer Kontroll- und Überwachungsfunktion nachzukommen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass das Betretungsrecht der für die Benennung zuständigen Behörde nunmehr auch auf Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung erweitert wird. So kann sichergestellt werden, dass der Unterauftragnehmer, der für die Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher Anforderungen zuständig ist, die von einer Benannte Stelle zu erwartenden Anforderungen erfüllt.

Die in der Begründung zu Artikel 16 Nr. 5 angegebene Definition, Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung seien nach den Vorgaben der Empfehlungen der Kommission vom 24. September 2013 zu den Audits und Bewertungen, die von Benannten Stellen im Bereich der MP durchgeführt werden (ABl. L 253 vom 25.09.2013, S.27) insbesondere solche, die wesentliche Teile oder das gesamte Produkt für den Hersteller produzieren, ist nicht ausreichend klar formuliert.

In der o.g. Empfehlung ist unter Ziffer Nr. 2 c) „Allgemeine Leitlinien für Audits und Bewertungen“ der Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung als solcher definiert, der für Verfahren und Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher Anforderungen zuständig ist. Dies wird bereits durch den Klammerzusatz "Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung" deutlich. Als "wichtiger Lieferant" sind hingegen sowohl Lieferanten wesentlicher Produktbestandteile als auch des gesamten Produkts zu verstehen. Da sowohl der Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung, aber auch wichtige Lieferanten in der Produktionskette des Herstellers entscheidenden Einfluss auf die Qualität des Medizinprodukts haben können, sollte das Betretungsrecht für einen besseren Patientenschutz auf beide erweitert werden.

Zur Klarstellung, wer unter die Begriffe Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung und wichtiger Lieferant fällt, sollte ein Verweis auf die Empfehlung der Europäischen Kommission oder eine Definition der in § 15 Abs.2 verwendeten Begriffe erfolgen.

C Änderungsvorschlag

§ 15 Abs.2 S. 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Betretungsrecht erstreckt sich auch auf Grundstücke des Herstellers und seiner Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung sowie auf wichtige Lieferanten, soweit die Überwachung dort erfolgt.“

Der vorherige Satz 8 wird zum Satz 9.

Hilfsweise:

§ 15 Abs. 2 S. 7 werden Satz 8 und Satz 9 angefügt:

„Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung“ i.S.d. Empfehlung der Europäischen Kommission vom 24. September 2013 zu den Audits und Bewertungen, die von benannten Stellen im Bereich der Medizinprodukte durchgeführt werden (vgl. ABl. der Europäischen Union L 253 vom 15.09.2013, S. 28) sind solche, die für das Verfahren zur Sicherstellung der Einhaltung der rechtlichen Anforderungen zuständig sind. Als „wichtiger Lieferant“ im Sinne der o.g. Empfehlung sind Lieferanten wesentlicher Produktbestandteile oder des gesamten Produkts zu verstehen.

Der vorherige Satz 8 wird zum Satz 10.

III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD - Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) aa) § 7 SGB XI – Erweiterung der gesetzlichen Angaben zur Leistungs- und Preisvergleichslisten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine klarstellende Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs- und Preisvergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen im Internet über Leistungsangebote und Vergütungen. Diese Listen sollen auch die erforderlichen Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Diese Klarstellung wäre erforderlich, damit die Versicherten einzelne Angebote auswählen und die Anbieter durch Aufnahme in die Listen am Wettbewerb teilnehmen können.

B Stellungnahme

Die Listen enthalten bereits jetzt alle erforderlichen Angaben sowohl zum Angebot als auch zum Anbieter. Die Klarstellung betreffend den Angaben zu einer Person führt aus der Perspektive der Ratsuchenden nicht zu mehr Transparenz bei der Angebotsauswahl. Darüber hinaus findet auch aus der Perspektive des Anbieters keine Selektion oder kein Ausschluss statt, da alle Leistungsanbieter, auch wenn es sich um eine Einzelperson handelt, in den Listen erfasst sind.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in Absatz 3 Satz 1 ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) § 7 SGB XI – Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die gesetzliche Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, auch Dritten die Leistungs- und Preisvergleichslisten, auch zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nichtgewerblichen Zwecken nutzen wollen, soll die Wahlmöglichkeit von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erweitert und der Wettbewerb gestärkt werden. Zur Sicherstellung einer zweckgerechten Verwendung werden die Landesverbände der Pflegekassen ermächtigt, Nutzungsbedingungen zu erarbeiten.

B Stellungnahme

Der Änderungsantrag folgt dem Anliegen eines Anbieters von Bewertungs- und Informationsportalen, für die bereits öffentlich zugänglichen Leistungs- und Preisvergleichslisten ein dauerhaftes Zugangs- und Nutzungsrecht zu erhalten. Das Informationsfreiheits- (IFG) und Informationsverwertungsgesetz (IWG) regelt bereits die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten im Allgemeinen, so dass ein gesonderter Regelungsbedarf für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr ist diese gesetzliche Änderung von grundsätzlicher Bedeutung und indiziert weiteren Regelungsbedarf für die dauerhafte Nutzung von Daten über das IFG und IWG für andere Bereiche und Branchen hinaus. Besonders kritisch ist, dass mit dem vorgelegten Änderungsantrag der allgemeine Zugang über das IFG und IWG auf gemeinnützige Anbieter eingegrenzt wird. Durch diese Bevorteilung von nichtgewerblichen resp. gemeinnützigen Anbietern gegenüber gewerblichen Anbietern von Informationsportalen greift der Gesetzgeber in den Wettbewerb um Informationen ein.

Darüber hinaus ist es nicht sachgerecht, dass die Landesverbände der Pflegekassen auch Nutzungsbedingungen für die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag erarbeiten, die nicht in ihrer Urheberschaft liegen. Vielmehr sollten die für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten zuständigen Stellen befugt sein, die Nutzungsbedingungen für ihre Daten festzulegen.

Unbeschadet dessen stellt sich berechtigterweise schon die Frage, ob der Bedarf an weiteren Informationsplattformen (mit denselben Aussagen - wie die bereits am Markt etablierten Informationsplattformen) aus der Perspektive der Betroffenen besteht und die Angebotserweiterung hilfreich für die Informationsbeschaffung ist. Diese Informationsplattformen sind immer im Kontext der Informations- und Beratungsansprüchen von Hilfesuchenden zu bewerten. Insbesondere dann, wenn Informationsanbieter eigene Darstellungen im Internet entwickeln, diese Informationen entweder in der Deutung und Interpretation verändern und keine ergänzenden Beratungsangebote vorhalten.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neufassung des Satzes 2 in Absatz 3 ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 17 zu Artikel 1 Nr. 21a (§ 114) a) Absatz 3a SGB XI - Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben und Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen und Prüfer bei Qualitätsprüfungen werden mit der Neuregelung konkretisiert. Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen besteht darin, die Namen und Kontaktdaten der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen im Rahmen einer Qualitätsprüfung den Prüfdiensten vorzulegen. Zu den Aufgaben der Prüfer zählt die Aufklärung und Einholung der Einwilligung der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen vor Durchführung der Qualitätsprüfung.

B Stellungnahme

Die Regelungen zur Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtungen und der Aufgaben der Prüfdienste werden begrüßt. Sie tragen dazu bei, den Schutzzweck der Qualitätsprüfungen für die Verbraucher zu erhalten und den missbräuchlichen Umgang mit Einwilligungserklärungen zu verhindern. Um eine Inaugenscheinnahme aller Leistungsbezieher zu ermöglichen, ist die bisherige Konkretisierung jedoch nicht weitreichend genug. Die Offenlegung der Namen und Kontaktdaten sollte daher nicht nur auf Leistungsbezieher der Pflegeversicherung begrenzt werden, sondern sich auch auf Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten beziehen.

C Änderungsvorschlag

§ 114a Absatz 3a werden die Worte „Pflegebedürftigen“ und „der Pflegebedürftige“ durch die Worte „von der Einrichtung versorgten Personen“ und „die von der Einrichtung versorgte Person“ ersetzt.

Änderungsantrag Nr. 18 zu Artikel 1 Nr. 21a § 115 SGB XI – Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Absatz 1c wird der Zugang für Dritte zu den Daten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach §115 Absatz 1a maschinenlesbar gewährt: Die Vertragsparteien werden verpflichtet, Nutzungsbedingungen zu vereinbaren, zu deren Einhaltung sich Dritte, die die Daten für nicht-gewerbliche Zwecke nutzen wollen, verpflichten müssen.

B Stellungnahme

Der Änderungsantrag folgt dem Anliegen eines Anbieters von Bewertungs- und Informationsportalen, für die bereits öffentlich zugänglichen Daten aus Qualitätsdarstellungsvereinbarungen ein dauerhaftes Zugangs- und Nutzungsrecht zu erhalten. Das Informationsfreiheits- (IFG) und Informationsverwertungsgesetz (IWG) regeln bereits die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten im Allgemeinen, so dass ein besonderer Regelungsbedarf für diesen Bereich nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr ist diese gesetzliche Änderung von grundsätzlicher Bedeutung und indiziert weiteren Regelungsbedarf für die dauerhafte Nutzung von Daten über das IFG und IWG für andere Bereiche und Branchen hinaus. Besonders kritisch ist, dass mit dem vorgelegten Änderungsantrag der allgemeine Zugang über das IFG und IWG auf gemeinnützige Anbieter eingegrenzt wird. Durch diese Bevorteilung von nichtgewerblichen resp. gemeinnützigen Anbietern gegenüber gewerblichen Anbietern von Informationsportalen greift der Gesetzgeber in den Wettbewerb um Informationen ein.

Mit der Einführung des § 115 Abs. 1a verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, eine für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständliche, umfassende, nachprüfbare, übersichtliche und zuverlässige Form der Darstellung von Angaben zur Qualität in den Einrichtungen zu gewährleisten. Die Deutungshoheit der Qualitätsdaten obliegt nach dem Willen des Gesetzgebers dabei ausschließlich den Vereinbarungspartnern nach § 113 SGB XI bzw. dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI.

Ein direkter Zugriff auf die Daten im maschinenlesbaren xml-Format eröffnet Dritten die Möglichkeit, diese Daten beliebig zu verändern, neu zu berechnen und zu veröffentlichen. Dies wird insbesondere auch durch den Änderungsantrag unterstützt, der zu einer Verwendung der Daten im Zusammenhang mit „anderen“ Daten auffordert. Damit wird der gesetzgeberische Wille, die Deutungshoheit über die Qualitätsdaten und ihrer Darstellung bei den Vereinbarungspartnern nach § 113 SGB XI bzw. dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI zu verankern, konterkariert.

Die Vergangenheit zeigt, dass trotz vereinbarter und weitreichender Nutzungsbedingungen zu den Rohdaten aus den Transparenzberichten, eine interessengeleitete Verzerrung der Daten nicht zu verhindern war; in der Konsequenz steht damit ein Eingriff in den Wettbewerb der Leistungsanbieter im Raum.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung im Absatz 1c ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 25 zu Artikel 13 Nr. 2 § 37 Abs. 2 SGB V – Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 2 des § 37 SGB V wird der Leistungsanspruch auf Häusliche Krankenpflege im Rahmen der „speziellen Krankenbeobachtung“ - Nr. 24 der HKP-Richtlinie - von Versicherten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI neu formuliert, sofern eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erforderlich ist.

B Stellungnahme

Mit dem BSG Urteil vom 22. April 2015, AZ:B 3 KR 16/14 R, wurde klargestellt, in welchem Umfang die Gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege Leistungen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI zu übernehmen hat. Die Rechtsprechung hat dazu beigetragen, dass vorherige Unsicherheiten nunmehr ausgeräumt sind und das BSG-Urteil zur Anwendung kommt.

Der Änderungsantrag greift zwar das zitierte BSG-Urteil auf, bildet es aber nicht ab. Insbesondere die Gesetzesbegründung geht über die BSG-Rechtsprechung hinaus hinsichtlich eines Anspruchs nach § 37 Abs. 2 für den Fall, dass die Einrichtung geeignetes Personal vorhält. In der Konsequenz werden insbesondere durch die Gesetzesbegründung keine Anreize mehr gesetzt, die Verträge der Eingliederungshilfe so auszugestalten, dass entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt wird mit der Folgewirkung, dass sich der Sozialhilfeträger zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erheblich entlastet.

Durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ist eine gesetzliche Normierung obsolet.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 2 ist zu streichen.

IV. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 71 Abs. 2a SGB XI: Pflegeeinrichtungen: Klarstellung zu Versorgungsstrukturen im Verbund

Änderungsvorschlag

In § 71 SGB XI wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Als stationäre Pflegeeinrichtung gilt auch eine Versorgungsform, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter alleine oder in Kooperation den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die den im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfangs und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.“

In § 97 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Zahl „40,“ die Zahl „71,“ eingefügt.

Begründung

Als Folge des bisher gezielten Ausbaus der ambulanten Leistungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gestalten Pflegeeinrichtungen zunehmend ambulante Versorgungsstrukturen im Verbund, deren Leistungsumfang sich in der Gesamtschau nicht von einer vollstationären Einrichtung unterscheiden. Diese sind den vertraglichen Bedingungen vollstationärer Einrichtungen gleichzusetzen.

§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen

Änderungsvorschlag

(1) Erbringt eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in einer ambulanten Wohnform nach Absatz 2 Leistungen im Sinne der §§ 36, 45a, hat der Träger der Pflegeeinrichtung die Versorgung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit bei den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige umfasst

1. die Anschrift und Art der Wohnform,
2. Namen und Anschrift der Vermieterin oder des Vermieters der Räumlichkeiten der Wohnform,
3. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden,
4. die Anzahl der vom Pflegedienst in der Wohnform versorgten Pflegebedürftigen,
5. eine Erklärung darüber, ob zwischen dem Pflegedienst bzw. Träger der Pflegeeinrichtung und der Vermieterin oder dem Vermieter eine rechtliche oder tatsächliche Verbindung besteht, und
6. die mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass die Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar werden.

(2) Ambulante Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, in denen mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohnanlage leben.

(3) Änderungen der Umstände nach Absatz 1 sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen.

Begründung

Derzeit gibt es keine Transparenz über die Ausrichtung und Quantität neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages in § 113b SGB XI, ein Konzept zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen zu erarbeiten und anlässlich der avisierten Regelungen zur Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) soll eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen im SGB XI implementiert werden. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich der Anzeigepflicht nicht aus, um die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und Altenhilfestrukturen zu schaffen. Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen böte die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a und 113b SGB XI zu schaffen.

§ 92b SGB XI: Öffnung der integrierte Versorgung

Änderungsvorschlag

§ 92b Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Pflegekassen können mit

- Nr. 1: zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- Nr. 2: Vertragspartnern nach § 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie
- Nr. 3 Anbietern der nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI

Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.“

In Absatz 2 Satz 2 wird vor „75, 85 und 89“ der Zusatz „45a“ aufgenommen.
§ 140a Absatz 3 Nr. 3 SGB V ist entsprechend zu ergänzen.

Begründung

§ 92b sollte dahingehend geöffnet werden, dass auch mit Erbringern der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen werden können. Damit soll das Ziel verfolgt werden, sektorenübergreifend Quartiere zur Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie zum Verbleib in der Häuslichkeit mitzugestalten.

Mit dem § 92b wurden die Pflegeeinrichtungen und die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V eingebunden. Die Pflegekassen haben damit die Möglichkeit erhalten, selbst initiativ zu werden und alle in Betracht kommenden Vertragspartner für die Integrierte Versorgung unter Beteiligung der Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Den Pflegekassen wurde somit ein Aktionsfeld zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung eingeräumt. Zu diesem Zweck dürfen sie innerhalb bestimmter Grenzen vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht abweichen. Bei den Pflegevergütungen dürfen jedoch nur Aufwendungen berücksichtigt werden, die dem Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung zuzurechnen sind.

Zielorientierte Konzepte, z.B. für quartiersorientierte Versorgungsstrukturen, können derzeit über den § 92b nicht abgebildet werden. Im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen sollte § 92b bedarfsorientiert reformiert werden:

In die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen fallen auch die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a. Der Entlastungsbetrag nach 45b wird seit dem ersten Pflegestärkungsgesetz für alle Pflegebedürftige zur Verfügung gestellt. Wird der jeweilige Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht für ambulante Sachleistungen verwendete Betrag auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Sie können vom Pflegebedürftigen nach § 45b Abs. 1 SGB XI bei den zugelassenen Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege und zugelassenen Pflegediensten oder auch bei Erbringern der nach Landesrecht anerkannten qualitätsgesicherten Angeboten zur Entlastung im Alltag, die nach

§ 45c gefördert oder förderungsfähig sind, in Anspruch genommen werden. Letztere sind als mögliche Vertragspartner der Integrierten Versorgung bislang nicht vorgesehen.

Diese Gesetzesentwicklung verdeutlicht die Bedeutung der genannten Leistungen und damit auch deren Dienstleister im Pflegeversicherungssystem. Die Versorgung mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch nach § 45c geförderte oder förderungsfähige Erbringer sollte daher ebenso ein Bestandteil integrativer Versorgungskonzepte sein können. Es ist insofern konsequent, diese zur Integrierten Versorgung als Vertragspartner zuzulassen.