



**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
(BT-Drs. 16/7439 vom 07.12.2007)**

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband hat den am 19.06.2007 veröffentlichten Koalitionsbeschluss zur Pflegereform als wichtigen Schritt zu einer besseren Betreuung demenzkranker Menschen und zur Stärkung der ambulanten Versorgung begrüßt.

Eine differenzierte Prüfung des am 17.10.2007 vorgelegten Regierungsentwurfs eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat jedoch ergeben, dass die mit dem Koalitionsbeschluss geweckten Hoffnungen nicht erfüllt werden.

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen durch schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge bei ambulanter und stationärer Pflege, die Erleichterung der Inanspruchnahme der Tagespflege und die Anhebung des Betrags für zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz werden als kleiner Schritt in die richtige Richtung begrüßt.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband setzt sich dafür ein, dass die spezifischen Erfordernisse der Pflege von Menschen mit Behinderungen besser in der Pflegeversicherung berücksichtigt werden.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband wendet sich dagegen, dass mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Gestaltungsspielräume der Pflegekassen erheblich ausgeweitet und zugleich das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen eingeschränkt und die Reglementierung von Pflegeeinrichtungen verstärkt werden sollen.

Eine positive Weiterentwicklung der Pflege-Infrastruktur und bessere Vernetzung kann nicht dadurch erreicht werden, dass die unternehmerische Freiheit von Pflegeeinrichtungen erheblich beschnitten wird und gleichzeitig die Pflegekassen als Träger von Pflegestützpunkten zum Aufbau von Parallelstrukturen ermächtigt werden. Ohne unternehmerische Freiheit sind innovative Entwicklungen, angepasst an die Wünsche der Pflegebedürftigen und an regionale Gegebenheiten, nicht denkbar. Die

Pflegekassen sind dem Grundsatz bundeseinheitlichen Handelns verpflichtet und deshalb als Initiatoren für die Entwicklung einer regional angepassten Versorgungsstruktur ungeeignet.

Die Qualitätsentwicklung in der Pflege soll einerseits durch zusätzliche Reglementierungen von Pflegeeinrichtungen vorangetrieben werden, andererseits sollen die Pflegekassen über die Pflegestützpunkte aber auch Dienstleistungen vermitteln können, die diesen Qualitätsanforderungen nicht unterworfen werden. Dies führt zwangsläufig zur Entwicklung eines grauen Markts und zum Aufbau einer Parallelstruktur zu den nach SGB XI zugelassenen Einrichtungen.

Bereits jetzt stehen Pflegeeinrichtungen unter einem erheblichen Kostendruck, der die Einhaltung der grundsätzlich für richtig erachteten Qualitätsanforderungen gefährdet. Dieser Kostendruck soll noch verstärkt werden: der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erweckt den Eindruck, dass Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige aus Wirtschaftlichkeitsreserven der Einrichtungen erschlossen werden könnten. So wird z.B. behauptet, dass bei einer veränderten Pflegedokumentation 80 Mio € in den Einrichtungen eingespart werden könnten. Die Summe entspricht dem Betrag, der für den Aufbau von Pflegestützpunkten eingesetzt werden soll. So wird z.B. unterstellt, dass allein das gemeinsame Abrufen von Pflegesachleistungen durch Pflegebedürftige, die in einer Straße nahe beieinander wohnen, ein wirtschaftlicheres Arbeiten von Pflegediensten ermöglicht, so dass Pflegebedürftige mit der Teilkasko-Leistung der Pflegeversicherung nicht nur die benötigte pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen, sondern auch noch Betreuungsleistungen abrufen könnten.

Der PARITÄTISCHE hat die Entwicklung der ersten Altenselbsthilfeorganisationen sowie der ersten Selbsthilfeorganisationen durch Eltern behinderter Kinder Mitte der 60er Jahre und später das Entstehen der Initiativen im Gesundheitsbereich begleitet. Unter seinem Dach als maßgebliche Spitzenorganisation der Selbsthilfe sind über 90 bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen sowie über 100 Selbsthilfekontaktstellen und über 3.600 regional tätige Selbsthilfeorganisationen aktiv. Ihr Wirken stellt eine existentielle Hilfe für die große Zahl chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen dar. Die Bewältigung des Alltags wäre ohne diese Struktur organisierter Selbsthilfe mit ihren vielfältigen Formen psychosozialer Unterstützung für die Mehrzahl der Betroffenen kaum denkbar. Im Jahre 2001 hat der PARITÄTISCHE Gesamtverband Anforderungen an Dienste und Einrichtungen, in denen sich Freiwillige engagieren, in einer Freiwilligencharta beschrieben

Vor diesem Hintergrund wendet sich der PARITÄTISCHE ganz entschieden dagegen, den Einsatz von Freiwilligen mit den Pflegekassen in Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung festzuschreiben, um so die wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen nicht aus, um alle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen zu befriedigen; hier kommt freiwilligem Engagement eine ganz wesentliche Rolle zu. Es kann entscheidend zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen beitragen. Freiwilliges Engagement kann jedoch nicht vereinnahmt werden, um die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gem. SGB XI sicherzustellen. Es ist auch nicht hinnehmbar, dass Leistungsträger und Leistungserbringer zu Lasten freiwillig Engagierter Verträge schließen, ohne diese zu beteiligen.

Freiwilliges soziales Engagement kann nur dann dauerhaft gelingen, wenn es zu einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten führen kann. Freiwilliges Engagement braucht Freiräume, um sich entfalten zu können, die Autonomie der Freiwilligen muss geachtet werden. Über den Grad der Erwartbarkeit, Verfügbarkeit und Zumutbarkeit ihres Engagements müssen die Freiwilligen selbst entscheiden können.

Die Entwicklung von Expertenstandards für die Pflege ist eine staatliche Aufgabe, und es ist nicht vertretbar, dass hierfür Gelder aus der Pflegeversicherung abgezogen werden sollen. Expertenstandards zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der Pflege müssen zudem für alle Gesundheitseinrichtungen, nicht nur für SGB XI-Pflegeeinrichtungen gelten.

Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 7 § 10 - Pflegebericht der Bundesregierung

Im Jahre 2004 hat die Bundesregierung letztmalig einen Pflegebericht vorgelegt: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BT-Drs. 15/4125 und BR-Drs. 893/04). Gem. § 10 Abs. 4 SGB XI ist der Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung im Abstand von drei Jahren vorzulegen. Es wäre wünschenswert, die derzeitige Diskussion zur Pflegereform an einem aktuellen Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung orientieren zu können. Eine Vorlage des Vierten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung noch im Jahr 2007 scheint jedoch nicht geplant zu sein; vielmehr stand die abschließende Beratung des Dritten Berichts (BT-Drs. 15/4125) erst am 10.10.2007 auf der Tagesordnung des Bundestagsausschusses für Gesundheit. Gem. § 10 SGB XI-E soll erst ab 2011 wieder eine Berichtspflicht bestehen und der Zeitraum zur Vorlage der Pflegeberichte von drei Jahren auf vier Jahre verlängert werden.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 4 - § 7a Pflegeberatung

Nr. 8 a, b - § 12 Aufgaben der Pflegekassen

Nr. 18 f - § 37 Abs. 8 Beratungseinsätze durch PflegeberaterInnen

Nr. 57 - § 92 c Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bzw. Bezugspersonen benötigen Beratung und Information über Leistungsansprüche und Möglichkeiten der Leistungsauswahl, um kompetente Entscheidungen für eine passgenaue Versorgung treffen zu können. Die Aufgabe der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI-E ist jedoch wesentlich umfassender beschrieben. Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater soll nicht nur den Hilfebedarf analysieren und einen Versorgungsplan empfehlen, sondern auch über die Gewährung bzw. Ablehnung von Leistungen durch die Pflegekassen und Krankenkassen entscheiden. Dem Pflegebedürftigen dauerhaft persönlich zugeordnet, soll sie/er Leistungen vermitteln, die Leistungserbringung evaluieren und durch ihre/seine Beratungstätigkeit gilt der Beratungseinsatz gem. § 37 Abs. 8 SGB XI-E be-

reits als erbracht. Weitreichende Befugnisse zur Datenerhebung im Rahmen der Pflegeberatung hebeln den Sozialdatenschutz aus.

Die Regelung in § 37 Abs. 8 SGB XI-E, nach der die bei den Pflegekassen angestellten PflegeberaterInnen auch die Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen können, steht im Widerspruch zu der Regelung von § 37 Abs. 3 SGB XI, nach der eine Beratung nur dann, wenn dies anderweitig nicht zu gewährleisten ist, „durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch nicht von ihr beschäftigte Pflegefachkraft“ abgerufen werden kann.

Die Ansiedlung einer Pflegeberatung beim Kostenträger dient nicht den Interessen der Pflegebedürftigen. Die neue Regelung in § 7a SGB XI-E zielt offensichtlich nicht darauf, Hilfesuchenden Kompetenz zu vermitteln und sie in der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung zu stärken, damit sie selbst über passgenaue Leistungsauswahl entscheiden können. Die Pflegeberatung erscheint vielmehr als Instrument, Hilfesuchende mittels des „individuellen Versorgungsplans“ kostensparend durchs System zu führen. Die Zuweisung der Gesamtverantwortung für diesen Versorgungsplan mit „im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten“ an die Pflege- und Krankenkassen stellt einen erheblichen Mangel im Konzept der Pflegestützpunkte dar. In der Vergangenheit haben Pflegebedürftige z.B. ihren Rechtsanspruch auf Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege vielfach erst mittels einer Klage vor den Sozialgerichten realisieren können. Es ist keineswegs sichergestellt, dass Angestellte von Pflege- und Krankenkassen sachgerecht über alle Leistungsansprüche informieren.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird aufgegeben (§ 7 a Abs. 3 SGB XI-E), mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit Richtlinien zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu erlassen. Die Kompetenz anderer Kostenträger sowie der Verbände der Pflegebedürftigen und der Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen sollte zumindest über eine Beteiligung in diese Richtlinien eingebracht werden können.

Leider konterkariert die Ausgestaltung der neuen Regelungen zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten die als wesentlich erkannten Anforderungen an die zukünftigen Strukturen, Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu stärken. Pflegestützpunkte können nur dann in den Bereichen Auskunft und Beratung sowie Vernetzung und Koordinierung positiv wirken, wenn sie vor Ort akzeptiert sind. Dies ist aber nur möglich, wenn tatsächlich auf die regionalen Besonderheiten Rücksicht genommen wird und Pflegestützpunkte auf Basis der jeweiligen bisherigen Erfahrungen mit Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinierungsstellen aufgebaut werden können. Dementsprechend sollte die Gestaltung des Aufbaus von Pflegestützpunkten landesrechtlichen Regelungen überlassen bleiben, dabei kann an geltende landesgesetzliche Regelungen angeknüpft werden. Bundes einheitliches Handeln, wie es den Kranken- und Pflegekassen gemäß ist, ist nicht geeignet, die regional angemessene Infrastruktur aufzubauen; in diesem Zusammenhang kann auf die negativen Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen gem. SGB IX verwiesen werden.

Unabhängigkeit der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte von Kostenträgern und von Leistungserbringern ist eine zentrale Voraussetzung für eine effektive Beratung

und Unterstützung Pflegebedürftiger. Diese Unabhängigkeit ist aber nicht gewährleistet, wenn die Verantwortung den Kranken- und Pflegekassen zugewiesen wird. Angesichts des Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung, ist es nicht sachgerecht, den Pflegekassen die Steuerungsverantwortung für die gesamte Versorgung einschließlich Teilhabe zuzuweisen (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-E).

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 28 cc - § 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Nr. 57 - § 92 c Abs. 1 Pflegestützpunkte

In § 45 b SGB XI-E wird eine neue Kategorie von Leistungsangeboten geschaffen - „niedrigschwellige Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden“ -, die mittels des zusätzlichen Leistungsbetrags gem. § 45 b Abs. 2 SGB XI in Anspruch genommen werden können. Dabei wird nach der Begründung davon ausgegangen, dass die in Trägerschaft der Pflegekassen befindlichen Pflegestützpunkte auch Angebote als geeignet und „qualitätsgesichert“ vermitteln, die nicht den landesrechtlichen Anforderungen und den Anforderungen an zugelassene Pflegedienste unterliegen. Diese Weichenstellungen zu Sonderregelungen im Belieben der Pflegekassen konterkarieren alle bisherigen Bemühungen zur Entwicklung einer qualitätsgesicherten Pflege-Infrastruktur. Es darf nicht den Pflegekassen und Pflegestützpunkten anheimgestellt werden, Betreuungsangebote nach Belieben als qualitätsgesichert anzuerkennen und ihnen diese Anerkennung nach Belieben auch wieder zu nehmen und dementsprechend dann von weiteren Vermittlungen abzusehen. Die Kriterien für qualitätsgesicherte niedrigschwellige Betreuungsangebote müssen klar definiert und transparent sein und für alle Leistungserbringer in gleicher Weise gelten.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 44 - § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Nr. 57 - § 92 c Abs. 1 Pflegestützpunkte

§ 92 c SGB XI-E ermöglicht den Pflegekassen als Trägern der Pflegestützpunkte im Zusammenwirken mit den zuständigen Stellen für Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung, geeignete Kräfte für Pflege und Betreuung in den Pflegestützpunkten bereitzustellen. Es dürfte sich jedoch als schwierig gestalten, unter Arbeitslosen in nennenswertem Umfang geeignete Betreuungshilfen zu finden. Sehr problematisch ist auch, dass Arbeitslose insbesondere aus dem Rechtskreis SGB II dazu gezwungen werden können, jedwede (zumutbare) Tätigkeit aufzunehmen. Somit ist nicht sichergestellt, dass Arbeitslose freiwillig zur Unterstützung der Pflegebedürftigen in Familien kommen. Ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen lässt sich nicht mit Zwang aufbauen. Vertrauen ist jedoch Voraussetzung für die Umsetzung der Pflege. Pflegebedürftige sind zudem darauf angewiesen, dass ihre Pflegepersonen verlässlich zur Verfügung stehen.

Damit die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die in Pflegestützpunkten tätigen PflegeberaterInnen tatsächlich unabhängig erfolgen kann, darf die Leistungserbringung selbst nicht bei den Pflegestützpunkten angesiedelt sein. Mit besonderer Sorge sehen wir die Erweiterung von § 77 SGB XI, mit der den Pflegekassen die Möglichkeit eröffnet werden soll, Einzelpflegekräfte einzusetzen, wenn deren Einsatz besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Während die Anforderungen an die Qualitätssicherung in Pflegediensten mit dem Gesetzentwurf noch einmal verschärft wer-

den sollen, werden in § 77 SGB XI-E Weichen gestellt zur verstärkten Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen durch Einzelpflegekräfte, die diesen Anforderungen nicht unterliegen. Alternativ sollten den zugelassenen Pflegediensten mehr Spielräume eröffnet werden, flexibel auf Wünsche und Bedürfnisse ihrer KundInnen zu reagieren.

Eine Beschäftigung von Einzelpflegekräften ist dann sinnvoll und unterstützenswert, wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch der Pflegebedürftigen entspricht und diese selbst geeignete Kräfte auswählen können, wie dies z.B. in Assistenzverhältnissen von Menschen mit Behinderungen der Fall ist. Eine Ausweitung dieser Möglichkeiten findet unsere volle Unterstützung.

MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 9 - § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Damit Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen selbst kompetente Entscheidungen für eine passgenaue Versorgung treffen können, benötigen sie Informationen. Dazu gehört, dass die MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit nicht nur den Pflegekassen sondern in laienverständlicher Form auch den Pflegebedürftigen selbst zur Verfügung gestellt werden. Eine Transparenzoffensive darf sich nicht darauf beschränken, Pflegebedürftige über Leistungen und Qualität von Einrichtungen informieren zu wollen. Zuallererst haben Pflegebedürftige einen Anspruch darauf, zu erfahren, wie ihre Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wird und welche Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz sie beanspruchen können. In dem Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes ist gem. § 18 Abs. 6 SGB XI-E mitzuteilen, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind und welche Empfehlungen zu Art und Umfang von Pflegeleistungen und zu einem individuellen Pflegeplan gegeben werden. Alle diese Informationen aus dem MDK-Gutachten sind als Orientierungshilfe für die Pflegebedürftigen selbst von enormer Bedeutung und eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sie ihr Recht auf Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) wahrnehmen können. Hinzu kommt, dass Pflegebedürftige den ihnen im Gesetz auferlegten Verpflichtungen zu Eigenverantwortung und Mitwirkung (§ 6 SGB XI) nur dann entsprechen können, wenn sie ausreichend informiert werden.

Die begrüßenswerte Vorschrift in § 18 Abs. 3 SGB XI-E, nach der dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit mitzuteilen ist, bedarf deshalb folgender Ergänzung: „Die Pflegekasse stellt dem Antragsteller das MDK-Gutachten zur Verfügung und informiert ihn - bezogen auf die empfohlenen Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie den individuellen Pflegeplan - über seine Rechtsansprüche.“

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern im Rahmen der MDK-Begutachtung ist bei den betroffenen Eltern, der Fachöffentlichkeit und auch bei den MDK-Gutachtern selbst wiederholt auf Kritik gestoßen. Vor diesem Hintergrund sollte sichergestellt werden, dass die Begutachtung von Kindern nur von Fachkräften mit

besonderen Kenntnissen und Erfahrungen durchgeführt wird. § 18 Abs. 7 SGB XI-E sieht jedoch lediglich vor, dass die Begutachtung von Kindern „in der Regel“ durch besonders geschulte Gutachter mit einer speziellen Qualifikation erfolgt. Die Formulierung „in der Regel“ ist hier zu streichen, damit die Vorschrift verbindlich einzuhalten ist: „Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.“ Weiterhin schlägt der PARITÄTISCHE vor, bei der Begutachtung von Kindern mit Behinderungen die Erfahrungen von HeilerziehungspflegerInnen einzubeziehen und eine Verpflichtung zur interdisziplinären Begutachtung festzulegen.

Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 28 - § 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Im Koalitionsbeschluss zur Pflegereform wurde eine Anhebung der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 a SGB XI) von bisher 460 € jährlich auf bis zu 200 € monatlich angekündigt. Diese Ankündigung fand in der Öffentlichkeit ein hohes Maß an positiver Resonanz. Hier wurden Erwartungen geweckt, die durch die Regelungen des Regierungsentwurfs nun enttäuscht werden.

Zwar ist grundsätzlich zu begrüßen, dass auch Personen mit Demenzerkrankungen sowie Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen, denen keine Pflegestufe zugewiesen wurde, einen Anspruch auf diese Leistungen erhalten. Unabdingbare Voraussetzung für einen Leistungsanspruch bleibt jedoch auch weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz gem. § 45 a SGB XI, die in der Regel auch mit einem Hilfebedarf in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung mindestens entsprechend Pflegestufe I korreliert ist. Insofern wird lediglich ein kleiner Personenkreis von dieser Verbesserung profitieren können.

Der PARITÄTISCHE wendet sich dagegen, dass zwei wesentliche Verschlechterungen bzgl. der Inanspruchnahme der Leistungen in das Gesetz eingefügt werden sollen.

Nicht verbrauchte Beträge sollen gem. § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-E nur noch in das folgende Kalenderquartal statt wie bisher in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Nach der Begründung soll damit ein zeitnaher Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel erreicht werden. Tatsächlich konterkariert diese Änderung die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die häusliche Pflege zu stärken. Damit aus dem vergleichsweise niedrigen Leistungsbetrag für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf positive Wirkungen in der Entlastung pflegender Angehöriger resultieren, sollte der zusätzliche Betreuungsbetrag möglichst flexibel eingesetzt werden können. Die bisherige Regelung, nach der nicht verbrauchte Beträge in das Folgejahr übertragen werden können, ist beizubehalten.

Ein weiterer Nachteil ergibt sich daraus, dass der zusätzliche Betreuungsbedarf nicht mehr von allen Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in voller Höhe abgerufen werden kann, wenn sie in entsprechendem Umfang Betreuungsleis-

tungen nachweisen. Nach dem Gesetzentwurf bleibt völlig offen, ob Personen, die bereits jetzt einen Anspruch auf 460 € jährlich haben und Leistungsverbesserungen erwarten, nicht tatsächlich zukünftig einen geringeren Leistungsanspruch haben werden. Anders als bisher soll nicht mehr der gesamte Betreuungsbetrag gewährt werden, wenn eine Inanspruchnahme von Leistungen in diesem Umfang nachgewiesen wird, sondern die Höhe des Anspruchs soll nach Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bemessen werden. Der PARITÄTISCHE plädiert dafür, auf diese Stufung zu verzichten und auch zukünftig den zusätzlichen Betreuungsbetrag dem Bedarf, d.h. entsprechend der Inanspruchnahme von Leistungen zu gewähren. § 45 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI-E ist dementsprechend zu streichen.

Soweit auf die Stufung des zusätzlichen Betreuungsbetrags von bis zu 200 € monatlich nicht verzichtet werden soll, bedarf es zumindest einer eindeutigen Vorgabe zur Differenzierung des Leistungsbetrags sowie der Anspruchsvoraussetzungen. Der Gesetzentwurf sieht in § 45 b SGB XI-E jedoch lediglich vor, dass die Höhe des Anspruchs von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt wird. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird aufgegeben, „Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages“ zu erlassen. Gem. Artikel 13 sollen diese Richtlinien dem Bundesministerium für Gesundheit bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes, bis zum 31.05.2008, zur Genehmigung vorliegen. Die Begründung stellt klar, dass der zusätzliche Leistungsbetrag - anders als bisher - nicht an dem Bedarf an Betreuung (an den in Anspruch genommenen Hilfen) zu bemessen ist. Die Höhe des Anspruchs soll vielmehr aufgrund einer Begutachtung an den in § 45 a Abs. 2 Satz 1 aufgeführten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgelegt werden. Dieses Verfahren ist nicht akzeptabel. Der Gesetzgeber ist gefordert zumindest einen Rahmen für die MDK-Empfehlung vorzugeben. Die Differenzierung der Leistungsbeträge nach Stufen muss im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz selbst angelegt werden, ebenso müssen Kriterien zur Abgrenzung dieser Stufen nach Fähigkeitsstörungen im Gesetz beschrieben werden.

Artikel 1 – SGB XI

Nr. 28 - § 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Von wesentlicher Bedeutung für die mögliche Nutzung des zusätzlichen Betreuungsbetrags ist der Leistungskatalog in § 45 b Abs. 1 SGB XI. Hier bedarf es insbesondere im Interesse von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen dringend einer Erweiterung. Die bisherige Aufzählung in § 45 b Abs. 1 Satz 5 Nr. 1-4 SGB XI ist zu ergänzen um Leistungen der Verhinderungspflege und Leistungen der Betreuungsangebote für Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.

Eine intransparente, ins Belieben der Pflegekassen gestellte Öffnung des Leistungskatalogs, wie sie der Gesetzentwurf in § 45 b Abs. 1 Satz 5 Nr. 5 SGB XI-E durch Aufnahme „der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden“ vorsieht, lehnt der PARITÄTISCHE ab (vgl. hierzu die Kritik unter „Pflegeberatung und Pflegestützpunkte“).

Leistungsansprüche bei Krankenhausaufenthalt

Artikel 1 – SGB XI

Nr. 16 - § 34 Ruhen der Leistungsansprüche

Die Klarstellung in § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-E, dass Pflegegeld auch bei häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in den ersten vier Wochen weitergezahlt wird, begrüßen wir.

Unberücksichtigt bleibt jedoch die Situation von pflegebedürftigen Menschen, die während ihres Aufenthalts in Einrichtungen gem. § 71 Abs. 4 SGB XI zur Sicherstellung ihrer Pflege neben den Leistungen der Einrichtungen persönliche Assistenz benötigen. Auch für diese Situation bedarf es einer Ausnahme von der Ruhensvorschrift. § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI ist dementsprechend zu ergänzen: Nach „§ 71 Abs. 4“ ist einzufügen „soweit nicht besondere pflegebedingte Assistenzleistungen auch während des Aufenthalts erforderlich sind“.

Anhebung von Leistungsbeträgen und Prüfung einer Dynamisierung

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 13 - § 30 Dynamisierung

in Verbindung mit Nr. 17 b - § 36, Nr. 18 - § 37, Nr. 19 - § 39, Nr. 21 - § 41, Nr. 22 - § 42, Nr. 23 - § 43

und § 43 a SGB XI (vgl. Begründung A II. 2. Vollstationäre Versorgung)

Der PARITÄTISCHE begrüßt, dass mit der zunächst stufenweisen Erhöhung der Leistungsbeträge für Pflegegeld, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege ein zumindest teilweiser Ausgleich des Kaufkraftverlustes seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgen soll.

Der PARITÄTISCHE setzt sich bereits seit 1999 für eine Angleichung der Leistungsbeträge bei stationärer und ambulanter Pflege ein. Er erachtet eine Orientierung des Leistungsanspruchs an der Versorgungsform bzw. Wohnform für nicht zeitgemäß, da dies die Entwicklung innovativer Pflege- und Betreuungskonzepte verhindert oder zumindest erschwert. Der PARITÄTISCHE bedauert deshalb, dass auch im Jahre 2012 noch erhebliche Differenzen zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufen I und II für die ambulante Pflege (450, 1.100, 1.550, 1.918 €) und für die vollstationäre Pflege (1.023, 1.279, 1.550, 1.918 €) bestehen sollen.

Eine Anhebung des unzureichenden Leistungsbetrages von lediglich 256 € für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43 a SGB XI) ist gleichfalls dringend geboten. Die Ausführungen im Allgemeinen Teil der Begründung (A II. 2. Vollstationäre Versorgung) zur Beibehaltung des seit Einführung der Pflegeversicherung unveränderten Betrags sind nicht nachvollziehbar. Die Schaffung einer Sonderregelung in § 43 a SGB XI für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zielte darauf, ihre Betreuung in diesem Einrichtungstyp auch bei Pflegebedürftigkeit dauerhaft zu sichern. Durch den inzwischen eingetretenen Kaufkraftverlust ist der von vorneherein geringe Leistungsbetrag jedoch weitgehend entwertet. Damit Menschen mit Behinderungen auch im Alter in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und der Tendenz, Eingliederungshilfe-Einrichtungen in SGB XI-Einrichtungen umzuwandeln, entgegengewirkt werden kann, bedarf es dringend einer Anhebung des Leistungsbetrages gem. § 43 a SGB

XI. Der PARITÄTISCHE fordert deshalb eine Anhebung und Staffelung der Leistung in Anlehnung an die ambulanten Pflegesachleistungen gem. § 36 Abs. 3 SGB XI.

§ 30 SGB XI-E sieht die Prüfung einer möglichen Dynamisierung von Leistungen der Pflegeversicherung ab 2014 vor. Die Prüfung sollte daran orientiert sein, welche Anhebungen in den Leistungsbeträgen erforderlich sind, um auch zukünftig die Versorgung von Pflegebedürftigen auf mindestens gleichbleibendem Level sicherzustellen. Stattdessen ermöglicht die Regelung eine Prüfung und Beurteilung nach Kassenlage.

Persönliches Budget

§ 35 a SGB XI - Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX

Bedauerlicherweise sind keine Änderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorgesehen. Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest im Rahmen der Assistenz im Arbeitgebermodell als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert werden können.

„Poolen“ von Leistungen - Betreuungsleistungen

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 17 a - § 36 Poolen von Leistungen - Betreuungsleistungen als Sachleistungen

Nach § 36 SGB XI-E sollen Pflegebedürftige künftig Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen können, Betreuungsleistungen jedoch nur dann, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Mit dieser Regelung zum sog. „Poolen“ von Leistungsansprüchen werden Erwartungen geweckt, die kaum einzulösen sind und Konflikte sind vorprogrammiert.

Die Pflegeversicherung wird zu Recht als Teilkaskoversicherung beschrieben. Es ist bekannt, dass die Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege nicht ausreichen, um den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken. Nun wird unterstellt, dass durch die Inanspruchnahme „gepoolter“ Leistungen Wirtschaftlichkeitsreserven (Zeit- bzw. Kosteneinsparungen) erschlossen werden könnten, die sogar zusätzliche Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistungen ermöglichen. Besonders problematisch erscheint, dass das Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht nur unterstellt wird, wenn Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft „gepoolte“ Leistungen abrufen.

Nach der Begründung sind Effizienzgewinne nicht nur in einer Wohngemeinschaft sondern auch dann zu erwarten, wenn mehrere Pflegebedürftige in „einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße“ „gepoolte“ Leistungen in Anspruch nehmen. Dies ist abwegig. Wegezeiten lassen sich bei nahe beieinander gelegenen

Haushalten nicht vermeiden, sondern allenfalls verkürzen; dieser Aspekt wurde jedoch bereits in der Vergangenheit bei Vergütungsverhandlungen berücksichtigt, so dass hier keine Spielräume für Kostensenkungen bestehen. Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen, die in getrennten Wohnungen leben, kann es auch keine Effizienzgewinne in der Leistungserbringung geben: Es gibt kein gemeinsames Kochen, kein gemeinsames Essen, etc.

Ein immer wieder beklagter Systemfehler der Pflegeversicherung besteht darin, dass die Pflegestufen den Hilfebedarf nicht angemessen abbilden. Infolgedessen entsprechen die Leistungen nicht dem individuellen Versorgungsbedarf. Aus Pflegeheimen ist bekannt, wie viel Unzufriedenheit daraus resultieren kann, wenn z.B. für die Betreuung einer demenzkranken weglaufgefährdeten HeimbewohnerIn mit einer niedrigen Pflegestufe mehr Zeit aufgewandt wird als für die Versorgung eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III. Dieses Konfliktpotenzial wird mit dem „Poolen“ von Leistungen auch in die ambulante Versorgung transportiert. Die Verantwortung für den Systemfehler der Pflegeversicherung wird dabei den ambulanten Diensten zugewiesen, die nach der Begründung sicherstellen sollen, dass Benachteiligungen bei der notwendigen Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall ausgeschlossen sind: „Hier sind die jeweiligen Leistungserbringer gefordert und verpflichtet, im Rahmen ihrer vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten gegenüber der Pflegekasse sowie aufgrund ihrer Leistungserbringerpflichten und ihrer Fürsorgeverantwortung gegenüber dem Pflegebedürftigen aufgrund des Pflegevertrages sicherzustellen, dass es nicht zu Benachteiligungen kommt.“

Der Gesetzgeber ist sich des in der Regelung des „Poolens“ enthaltenen Konfliktpotenzials offensichtlich bewusst, denn in der Begründung wird vorgeschlagen, dass in Streitfällen die den Pflegekassen unterstellte Pflegeberatung hinzugezogen wird. Es ist nicht akzeptabel, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen werden soll, aus der zwangsläufig Streitfälle entstehen, für die dann den Pflegediensten die Verantwortung zugewiesen wird und für die es einer Schlichtung bedarf.

Aus angeblichen Effizienzgewinnen einer von vorneherein unzureichenden Teilkasko-Leistung können keine zusätzlichen Betreuungsleistungen finanziert werden.

Die meisten Menschen möchten in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, das gilt aber nur, solange sie ihren Wohnort selbst wählen können. Das Selbstbestimmungsrecht von Pflegebedürftigen darf nicht eingeschränkt werden, indem sie auf gemeinschaftliche Wohnformen oder auf Versorgungsformen verwiesen werden, in denen sie angeblich oder tatsächlich kostengünstiger gepflegt werden können. Nach der Begründung kann die Initiative zur Bildung eines „Pools“ jedoch von Dritten, insbesondere von den Pflegestützpunkten ausgehen. Es ist zu befürchten, dass das Recht auf die freie Wahl der Wohnung und der individuelle Leistungsanspruch ausgehebelt werden, indem Pflegestützpunkte Personen mit besonders aufwändiger Versorgung in gemeinschaftliche Wohnformen und zu einer „Pool“-Bildung drängen.

Eine Öffnung der ambulanten Sachleistungen für Betreuungsleistungen sollte - ohne die Voraussetzung einer „Pool“-Bildung - ermöglicht werden; dies entspricht dem Wunsch von Pflegebedürftigen und insbesondere von Angehörigen demenzkranker Personen. Wenn auch die dringend gebotene Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen dieser Pflegereform nicht erfolgen soll, könnte die ausschließliche Orientierung der ambulanten Pflegesachleistung an dem unzureichen-

den Hilfebedarf bereits jetzt aufgehoben werden, indem § 36 Abs. 1, Satz 1 SGB XI um „Betreuungsleistungen“ ergänzt würde: „Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).“ Dies würde die Vereinbarung von Betreuungsleistungen im Rahmen der Leistungskomplexe für die ambulante Pflege ermöglichen und Pflegebedürftigen eine bessere Wahl passgenauer Leistungen ermöglichen. Insbesondere könnten Angehörige Demenzkranker, die selbst die erforderlichen Grundpflegeleistungen sowie die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen, zu ihrer eigenen Entlastung eine Betreuung des Pflegebedürftigen im Rahmen der Sachleistung abrufen. Bislang ist dies lediglich mittels des Pflegegeldes oder für einen begrenzten Personenkreis mittels des zusätzlichen Leistungsbetrags gem. § 45 b Abs. 2 SGB XI möglich.

Soweit die Regelung des „Poolens“ (§ 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI-E) beibehalten werden soll, darf mit dieser Regelung nicht eine weitere Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in das Gesetz eingefügt werden. Die Betreuungsleistungen gem. § 45 Abs. 1 Satz 5 SGB XI-E entsprechen nach der Begründung der sozialen Betreuung in Pflegeheimen sowie besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung gem. § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI. Ihre potenzielle Gleichsetzung mit Eingliederungshilfeleistungen ist falsch und ein Ausschluss dieser Leistungen im Kontext der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen dementsprechend unangemessen. § 36 Abs. 1 Satz 7 SGB XI-E „Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“ ist zu streichen.

Entlastungsangebote bei häuslicher Pflege

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 21 - § 41 Tagespflege und Nachtpflege

Die Erleichterung der Inanspruchnahme von Tagespflege verdient volle Unterstützung. Indem z.B. neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege noch ein hälftiger Anspruch auf Pflegesachleistungen und neben dem vollen Anspruch auf Pflegegeld noch ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht, erfolgt eine wichtige Weichenstellung zur Stärkung der häuslichen Pflege. Es ist zu erwarten, dass Entlastungen durch Tagespflege nun vermehrt nachgefragt werden und häusliche Pflegesituationen dadurch stabilisiert werden können.

§§ 39, 42 SGB XI Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Zur Stärkung der häuslichen Pflegesituation und zur Entlastung pflegebedürftiger Angehöriger bedarf es jedoch auch einer Erleichterung der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege ist, „dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 12 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.“ Diese Vorschrift wird von den Pflegekassen unterschiedlich ausgelegt. Teils wird eine Vorpflegezeit nur anerkannt, wenn Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI

nachgewiesen ist, teils berücksichtigen Pflegekassen eine Vorpflegezeit auch dann, wenn noch keine erhebliche Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat. Das Leistungsrundschreiben der Pflegekassen behandelt diese Frage nicht.

Wünschenswert wäre, dass die Bedingung einer Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) gänzlich entfällt, damit diese Leistung ebenso wie die Kurzzeitpflege gerade zu Beginn einer Pflegesituation zur Unterstützung und Stärkung der häuslichen Pflege beitragen kann.

Soweit auf die Voraussetzung einer Vorpflegezeit nicht verzichtet werden soll, ist im Zusammenhang mit der Einführung von Leistungsansprüchen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, klarzustellen dass zumindest die Betreuung dieser Personengruppe als Vorpflegezeit gem. § 39 SGB XI anzuerkennen ist. Zudem sollte die Verhinderungspflege in den Katalog der Leistungen aufgenommen werden, die mittels des zusätzlichen Betreuungsbetrags gem. § 45 b SGB XI abgerufen werden können.

Die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist nicht auf eine Leistungserbringung im Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Dies liegt im Interesse von Pflegebedürftigen und ermöglicht ihnen, die Verhinderungspflege in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen und mit der Kurzzeitpflege-Leistung zu verknüpfen.

Benachteiligt sind jedoch Personengruppen, die einen „Milieuwechsel“ schlecht verkraften und bei denen deshalb die Ersatzpflege in der eigenen Häuslichkeit bereit gestellt werden muss. Dies betrifft insbesondere Personen mit Demenzerkrankungen, mit geistigen Behinderungen sowie mit psychischen Behinderungen. Für diese Personengruppen bedarf es einer Regelung, die die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in der eigenen Häuslichkeit und die Kombination von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht.

Eine Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ist auch zur Entlastung von Familien mit behinderten Kindern geboten. Bisher steht ihnen dieses Leistungsangebot nicht zur Verfügung, da geeignete Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe von der Leistungserbringung der Kurzzeitpflege gem. SGB XI ausgeschlossen sind.

Selbstbestimmung

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 2 - § 2 Abs. 2 Wünsche nach gleichgeschlechtlicher Pflege

Den Wünschen Pflegebedürftiger auf gleichgeschlechtliche Pflege entsprechend soll an § 2 Abs. 2 SGB XI angefügt werden: „Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“ Der Begründung ist zu entnehmen, dass diese Regelung keinen Anspruch begründet, aber Pflegeeinrichtungen verpflichten soll, „wo immer möglich“ dem Wunsch von Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen. Diese Regelung ist unbefriedigend. Hier wird bei Pflegebedürftigen eine Erwartung geweckt, deren Nichterfüllung den Pflegeeinrichtungen angelastet werden wird, obwohl es in der Begründung heißt: „Ein Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege kann im

Hinblick auf die Zusammensetzung des Pflegepersonals, das weit überwiegend aus Frauen besteht, nicht festgeschrieben werden.“

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 40 c) bb) - § 72 Abs. 3 Satz 3 Einzugsbereich

In § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI „Abschluss von Versorgungsverträgen“ soll die Regelung „Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, dass lange Wege möglichst vermieden werden.“ ersetzt werden durch die Formulierung „Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.“ Diese Regelung soll eine neue Rechtssituation schaffen, die im Gegensatz zur Rechtsprechung des BSG vom 24.05.2006, Az.: B 3 P 1/05 R steht. Das BSG hatte festgestellt, dass die Auslegung des landesrechtlichen Vertrages, wonach der Versorgungsauftrag des Klägers örtlich beschränkt sei, Bundesrecht verletzt, indem sie das Wahlrecht der Pflegebedürftigen gemäß § 2 Abs 2 SGB XI unterläuft und zudem gegen das Recht der Pflegeeinrichtungen auf freie Berufsausübung (Art 12 Abs 1 GG) verstößt, welche nur durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes eingeschränkt werden darf.

Mit der Festlegung eines verbindlichen Einzugsbereichs soll nun der Informationswert von Leistungs- und Preisvergleichslisten verbessert werden. Dafür soll das Wahlrecht der Pflegebedürftigen gemäß § 2 Abs 2 SGB XI und das Recht der Pflegeeinrichtungen auf freie Berufsausübung (Art 12 Abs 1 GG) eingeschränkt werden. Pflegebedürftige, die z.B. Rücksichtnahme auf ihre religiösen Bedürfnisse einfordern, haben nach dieser Regelung nicht mehr die Möglichkeit, einen bestimmten Pflegedienst auszuwählen, wenn dessen Einzugsgebiet auf die Nachbargemeinde begrenzt ist.

Die vorgesehene Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E ist auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht sachgerecht. So sind z.B. an Randbereichen der Großstädte im Ruhrgebiet Wege über die Stadtgrenze hinweg teils kürzer als Wege von Anbietern innerhalb eines Stadtgebietes. Dies zeigt, dass aus wirtschaftlichen Gründen wünschenswerte Einsätze mit kurzen Wegen nicht mit starren Grenzziehungen erreichbar sind.

Eine Stärkung der häuslichen Pflege im Interesse von Pflegebedürftigen benötigt Flexibilisierung und nicht verstärkte Reglementierung. Der PARITÄTISCHE fordert deshalb die Beibehaltung der bisherigen Regelung zum Einzugsbereich ambulanter Pflegedienste.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 41 a) - § 74 Abs. 1 Kündigung Versorgungsvertrag wegen Pflichtverletzung

§ 74 SGB XI regelt die Kündigung von Versorgungsverträgen. Der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sieht vor, in Abs. 1 eine Regelung einzufügen, nach der eine Kündigung des Versorgungsvertrages auch dann erfolgen kann, wenn „die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten, und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen

gen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.“ Nach der Begründung trägt diese Regelung „dem hohen Stellenwert Rechnung, der der Verwirklichung der Selbstbestimmungsrechte nach § 2 SGB XI zukommt. Nach der Auslegung von § 2 SGB XI in der Begründung zu § 74 SGB XI-E sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich aktiv der Sorgen, der Nöte sowie der individuellen, zum Beispiel religiösen, Bedürfnisse und der daraus resultierenden Wünsche Pflegebedürftiger anzunehmen. „Pflegeeinrichtungen, die gegen diese Pflicht nicht nur in einem Einzelfall, sondern kontinuierlich gröblich verstoßen, erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Zulassung durch Versorgungsvertrag.“ Die alleinige Zuweisung der Verantwortung für die Umsetzung von § 2 SGB XI an die Pflegeeinrichtungen ist nicht sachgerecht. Die Regelungen von § 2 Abs. 2 und 3 SGB XI zielen vielmehr insbesondere darauf, dass die Wünsche und religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen bereits bei der Auswahl der Leistungen berücksichtigt werden.

Viele Regelungen in dem Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes schränken das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlfreiheit Pflegebedürftiger ein, z.B. durch die Zuweisung einer Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI-E und durch die Begrenzung der Einzugsbereiche ambulanter Pflegedienste gem. § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E. Die neue Vorschrift zur Kündigung von Versorgungsverträgen erweckt jedoch den Eindruck, es sei Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, dass sie „Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben bieten.“ Pflegeeinrichtungen unterstützen die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen durch Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuungsleistungen. Wie jedoch ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben aussieht, ist nur individuell zu bewerten. Diese Kategorie taugt deshalb nicht als Kriterium für eine Kündigung von Versorgungsverträgen. Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nimmt den Betroffenen ihre berufliche Existenz. Pflegeeinrichtungen haben ein Recht darauf, dass die Kriterien, die zu einer Kündigung von Versorgungsverträgen führen, eindeutig definiert sind.

Artikel 6 - SGB V

Nr. 3 - § 11 Abs. 4 Entlassungsmanagement der Krankenhäuser

Gem. § 11 Abs. 4 SGB V-E haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Dazu werden die Krankenhäuser zum Zusammenwirken mit den professionell Tätigen und den Angehörigen und einer engen Zusammenarbeit mit den PflegeberaterInnen verpflichtet. Nach dieser Regelung und ihrer Begründung wird der Pflegebedürftige zum Objekt des Versorgungsmanagements, sein Wunsch- und Wahlrecht bleibt unberücksichtigt. Dies steht im Widerspruch zu dem in § 2 SGB XI verankerten Recht auf Selbstbestimmung. Ein Zusammenwirken mit Angehörigen kann die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts von Pflegebedürftigen nicht ersetzen.

Ärztliche Versorgung

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 8 b) bb) - § 12 Abs. 2 Satz 2 Aufgaben der Pflegekassen

Artikel 6 - SGB V

Nr. 10 - § 119 b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Artikel 13

§ 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden (§ 12 Abs. 2 SGB XI-E) darauf hinzuwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder Ärzte anstellen (§ 119 b SGB V-E), um die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Heimen sicherzustellen. Die an die bisherigen Erfahrungen mit „Netzwerken“ und Modellprojekten anknüpfenden Ermächtigungen werden grundsätzlich begrüßt. Ob diese Ermächtigung angesichts des generellen Ärztemangels in einigen Regionen sowie der hohen Anforderungen an die Qualifikation der ggf. von Pflegeeinrichtungen anzustellenden Ärzte überhaupt in der Praxis umgesetzt werden kann, ist fraglich.

Wir erachten es jedoch als fatal, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung allein den Heimen zugeschoben wird und die defizitäre ärztliche Versorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger unbeachtet bleibt. Die Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung ist primär den Leistungsträgern nach SGB V zuzuordnen. Eine ausreichende ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in häuslicher und stationärer Pflege wird letztlich nur über angemessene Vergütungen (EBM-Ä) der erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten sicherzustellen sein.

Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht

Artikel 6

Nr. 15 c - § 294 a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Die Gesundheitsreform hat mit § 52 SGB V eine Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden in das Krankenversicherungsrecht aufgenommen. Danach kann die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung fordern und Krankengeld versagen, wenn Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben.

Mit § 294 a SGB V-E sollen nun Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet werden, die Krankenkassen zu informieren, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen. Damit soll eine normenklare datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der Daten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen geschaffen werden.

Der PARITÄTISCHE wendet sich dagegen, dass die ärztliche Schweigepflicht und das verfassungsrechtlich geschützte Patientengeheimnis ausgehebelt werden und das Vertrauensverhältnis der Patienten zu den Behandelnden in hohem Maße belastet und gestört wird.

Für den Bereich der medizinischen Behandlung und Rehabilitation etwa von Suchtkranken und hier vor allem Drogenabhängigen ist zu bedenken, dass Tätowierungen und Piercings Teil des drogenindizierten Szeneverhaltens und damit der Krankheit Sucht sind. Dies gilt in ähnlicher Weise für straffällig gewordene Menschen, etwa Personen in Justizvollzugsanstalten oder Haftentlassene. Eine entsprechende Meldung der behandelnden Ärzte würde einen nachhaltigen Vertrauensverlust bedeuten

und damit Motivation und Behandlungserfolg gefährden und die Wiedereingliederung behindern.

Der PARITÄTISCHE lehnt die vorgesehene neue Regelung aus diesen Gründen strikt ab und fordert, Artikel 6 Nr. 15 c zu streichen.

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege

Artikel 1

Nr. 30 - § 45 d Förderung ehrenamtlicher Strukturen

Nr. 42 a bb) - § 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen

Nr. 49 - § 82 b Ehrenamtliche Unterstützung

Der PARITÄTISCHE begrüßt, dass gem. § 45 d SGB XI-E bürgerschaftliches Engagement sowie die Selbsthilfe in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbezogen werden sollen. § 45 d Abs. 1 Nr. 2 SGB XI-E sieht die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unter bestimmten Voraussetzungen vor. Dagegen sind die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in § 45 d Abs. 1 Nr. 1 SGB XI-E nicht richtig abgebildet, indem lediglich Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen benannt werden. Organisationen, die bürgerschaftliches Engagement unterstützen, um Pflegebedürftige zu betreuen und deren Angehörige zu entlasten, sind jedoch ebenso wie Selbsthilfeorganisationen bei den Fördermöglichkeiten gem. § 45 d zu berücksichtigen. § 45 d Abs. 1 Nr. 1 SGB XI-E ist deshalb um den Begriff „Engagement fördernde Organisationen“ zu ergänzen.

Der PARITÄTISCHE erachtet es jedoch nicht als zielführend, „die Möglichkeiten, unter denen sich ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können“, in Bundesempfehlungen und Landesrahmenverträgen zwischen Pflegekassen und Verbänden der Einrichtungsträger festzuschreiben. Ehrenamtliches Engagement benötigt Gestaltungsspielräume, die zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Engagierten unter Beteiligung der Interessenvertretungen der betroffenen Pflegebedürftigen (z.B. Heimbeirat) auszuhandeln sind. Eine Akzeptanz von Festlegungen zwischen Pflegekassen und Verbänden der Einrichtungsträger durch zum Engagement bereite Personen kann nicht erwartet werden. § 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI-E ist dementsprechend zu streichen.

Ehrenamtliches Engagement ist dann besonders effektiv, wenn es einen Nutzen für die betreuten und die engagierten Personen gleichermaßen bewirkt und so zu einer Win-Win-Situation führt. Dies gelingt jedoch nur, wenn es nicht mit Anforderungen überfrachtet und nicht als kostengünstiger Ersatz für professionelle Dienstleistungen herangezogen wird. Die Begründung zu § 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI-E lässt jedoch keinen Zweifel daran, dass nicht nur eine Ergänzung, sondern auch eine Unterstützung der professionellen Versorgung erwartet wird. Längerfristig soll durch die Erschließung der Ressourcen ehrenamtlichen Engagements sogar ein Mangel an Pflegekräften kompensiert werden. Der PARITÄTISCHE wendet sich ganz entschieden gegen eine Vereinnahmung von Freiwilligen, um die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gem. SGB XI sicherzustellen. Die Leistungen der Pflegever-

sicherung reichen nicht aus, um alle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen zu befriedigen; hier kommt freiwilligem Engagement eine ganz wesentliche Rolle zu. Es kann entscheidend zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen beitragen.

Gem. § 82 b SGB XI-E können Aufwendungen, die erforderlich sind, um einen qualifizierten Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen zu ermöglichen, in den Pflegesätzen berücksichtigt und in Vergütungsvereinbarungen gesondert ausgewiesen werden. Diese Regelung ist unnötig, sie schafft neue bürokratische Hürden und ist dementsprechend zu streichen. Bereits jetzt ist selbstverständlich, dass alle Aufwendungen, die für die soziale Betreuung von HeimbewohnerInnen anfallen, in Pflegesätzen berücksichtigungsfähig sind. Ebenso selbstverständlich können generell nur solche Aufwendungen Berücksichtigung finden, die nicht anderweitig gedeckt sind. Die Regelung wird insofern allenfalls bewirken, dass Pflegekassen die gesonderte Ausweisung dieser Kosten verlangen. Dies würde alle Bemühungen um Entbürokratisierung konterkarieren.

In der ambulanten Pflege fehlt bis jetzt eine Möglichkeit, Betreuungsleistungen mit entsprechenden Vergütungen zu vereinbaren. Insofern kann die Vorschrift von § 82 b SGB XI-E, dass Aufwendungen für ehrenamtlich Engagierte in den Vergütungen berücksichtigungsfähig sein sollen, überhaupt nicht greifen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht in § 89 SGB XI lediglich eine Öffnung für im Rahmen des „Poolens“ gem. § 36 Abs. 1 SGB XI-E erbrachte Betreuungsleistungen vor. Der PARITÄTISCHE fordert alternativ eine generelle Öffnung der §§ 36, 89 SGB XI für Betreuungsleistungen zur Vergrößerung des Wahlrechts von Betroffenen und passgenauere Hilfeangebote. Die Regelung von § 82 b SGB XI-E löst die bestehenden Probleme nicht, sie ist zu streichen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Artikel 1 – SGB XI

Nr. 20 a) - § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der PARITÄTISCHE misst den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine wesentliche Bedeutung für die Sicherstellung der häuslichen Pflege bei. Er begrüßt deshalb die Veränderung der Überschrift von § 40 SGB XI, mit der dieser Aspekt besser hervorgehoben wird.

Von besonderer Bedeutung für die Selbständigkeit und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen sind die auf Barrierefreiheit zielenden Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Gemäß § 40 Abs. 4 SGB XI können Versicherte einen Zuschuss von max. 2.557 € zu einer Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes beantragen. Eine Anhebung dieses Zuschusses ist im Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nicht vorgesehen. Wenn die Pflegereform eine Stützung der häuslichen Pflege bewirken soll, ist eine Dynamisierung des Zuschussbetrags jedoch dringend geboten.

Ein Verbleib in der Häuslichkeit hängt häufig davon ab, dass eine Wohnungsanpassung erfolgt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige zunächst eine Beratung benötigen, welche Maßnahmen sinnvoll und durchführbar sind und dass

darüber hinaus eine qualifizierte Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahme erforderlich sein kann.

Der PARITÄTISCHE fordert deshalb, einen Leistungsanspruch auf Wohnberatung im SGB XI zu regeln. Dies kann über die Einfügung eines Absatzes 4 a in § 40 SGB XI erfolgen: „Pflegebedürftige, die eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach Absatz 4 beantragen, haben Anspruch auf Wohnberatung. Die Wohnberatung prüft, welche Maßnahme geeignet ist, die häusliche Pflege zu ermöglichen oder erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen. Sie prüft darüber hinaus, ob diese Maßnahme unter Beachtung der baulichen und finanziellen Rahmenbedingungen sinnvoll und umsetzbar ist und begleitet die Umsetzung der Maßnahme.“

Eine solche Regelung liegt gleichermaßen im Interesse von Pflegebedürftigen wie Pflegekassen, da sie eine verbesserte Versorgung von Pflegebedürftigen ermöglicht und Fehlinvestitionen vermeidet.

Zulassung von Pflegeeinrichtungen

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 39 b) - § 71 Abs. 3 Anerkennung als Pflegefachkraft

Die erfolgreiche Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden soll als Voraussetzung für eine Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft gesetzlich vorgegeben werden.

Wenngleich diese Anforderung inhaltlich unstreitig ist, kann sie in der Praxis nicht in dieser Absolutheit umgesetzt werden. Bei den Verhandlungen zur Überarbeitung der Qualitätsvereinbarungen gem. § 80 SGB XI wurde deutlich, dass es einer Übergangslösung bedarf für den Fall, dass der Träger einer Pflegeeinrichtung die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft neu besetzen muss und keinen geeigneten Bewerber findet, der bereits über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügt. Dem könnte mit der Ergänzung um folgende Regelung entsprochen werden: "Wenn der Träger nach dem Ausscheiden einer verantwortlichen Pflegefachkraft die Stelle nicht mit einer Person besetzen kann, die die Voraussetzung nach § 71 Abs. 3 Satz 6 erfüllt, kann er für längstens zwei Jahre die Funktion auch einer Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach § 71 Abs. 3 Satz 1-5 übertragen. Voraussetzung ist dabei eine verbindliche Vereinbarung zwischen Träger und verantwortlicher Pflegefachkraft über den Erwerb der Weiterbildung innerhalb dieses Zeitraums."

Alternativ ist denkbar, im Gesetz (§ 113 SGB XI-E) den Vertragspartnern aufzugeben, eine über die Regelung von § 71 Abs. 3 SGB XI hinausgehende Festlegung zur Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft zu treffen.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 40 b) - § 72 Gesamtversorgungsvertrag

Für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen soll gem. § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI-E ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) abgeschlossen werden können. Aus der Begründung wird deutlich, dass damit ledig-

lich gemeint ist, dass alle Teile der Verbundeinrichtung unter der ständigen Verantwortung nur einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen können. An der grundlegenden Voraussetzung, dass jeder Einrichtungsteil weiterhin selbständig arbeitet, soll nichts geändert werden.

Zwar ist die Vorschrift als kleiner Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen, eine weitergehende Flexibilisierung wäre jedoch erforderlich, um konsequent wirtschaftliche Synergieeffekte zu erschließen und neue Konzepte zu entwickeln.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass den neu zu bildenden Pflegestützpunkten in bisher nicht gekanntem Maße Flexibilität zugestanden wird, während die zugelassenen Pflegeeinrichtungen weiterhin mit Reglementierungen überfrachtet werden, die im Interesse einer wirtschaftlichen und qualitätsvollen Leistungserbringung verzichtbar sind.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 40 c) aa) - § 72 Abs. 3 Satz 1 ortsübliche Arbeitsvergütung

Zukünftig soll „die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsüblichen Arbeitsvergütung“ als Voraussetzung für die Zulassung durch Versorgungsvertrag gelten. Damit wird den Pflegekassen ermöglicht, die Entlohnung von MitarbeiterInnen in Pflegeeinrichtungen auf ein Mindestniveau zu steuern. Gleichzeitig wird die Orientierung an Tariflöhnen entwertet. Diese sollen nur dann Berücksichtigung finden, wenn im jeweiligen Raum „üblicherweise“ Tariflohn gezahlt wird. In örtlichen Bereichen, in denen die Orientierung an Tariflöhnen nicht überwiegt, führt dies zu eklatanten wettbewerblichen Nachteilen für die Pflegeeinrichtungen, die sich an Tariflöhnen orientieren. Dies ist nicht hinnehmbar. Während der drohende Pflegekräftemangel beschworen und geeignete Gegenmaßnahmen diskutiert werden, verringert der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes die Attraktivität der Pflegeberufe, indem er Möglichkeiten eröffnet, die Entlohnungen von Pflegekräften abzusenken.

Der Paritätische fordert deshalb die Streichung des Zusatzes "sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zu zahlen" in § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI-E.

Um Lohndumping zu verhindern, bedarf es der zwingenden Berücksichtigung von Tariflöhnen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (§ 84 SGB XI).

Vermeintliche Einsparungen bei der Pflegedokumentation

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 70 - § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Den Vertragspartnern der Qualitätsvereinbarung gem. § 113 SGBXI-E wird aufgegeben, Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation zu regeln, „die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen“.

In der Beschreibung der Zielsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wird unter F. „Bürokratiekosten“ ausgeführt, dass die angestrebten Vereinfachungen bei der Pflegedokumentation zu Entlastungen bei den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften im Umfang von wenigstens 80 Millionen € führen. In der Begründung wird unter F. „Bürokratiekosten“ aus einer vermeintlichen Zeitersparnis von 5% derzeit täglich für 1,15 Millionen Pflegebedürftige aufgewandter Dokumentationszeit angenommen und bei einem Lohnansatz von 31,20 € pro Arbeitsstunde eine Einsparung von ca. 86 Millionen € errechnet.

Diese Annahme ist nicht gerechtfertigt und steht im Widerspruch zu aktuellen Erkenntnissen aus dem Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung 2004 - 2006“ in Nordrhein-Westfalen. Komplizierte, nicht nachvollziehbare Anforderungen an die Führung einer Pflegedokumentation stellen zweifellos für Pflegekräfte eine hohe Belastung dar. Dies beruht darauf, dass die Erfüllung nicht einsichtiger betrieblicher Anforderungen demotivierend ist und die Zeit, die für solche Arbeiten aufgewandt wird, besonders lang erscheint. Vereinfachte, gut nachvollziehbare Anforderungen an die Pflegedokumentation, deren Sinn und Nutzen erkennbar sind, werden nicht als belastend erlebt, wenngleich sie den für die Pflegedokumentation erforderlichen Zeitaufwand nicht reduzieren. Im Rahmen des nordrhein-westfälischen Projekts „Referenzmodelle“ wurde festgestellt, dass die gefühlte Belastung bei der Anwendung vereinfachter Formen der Pflegedokumentation reduziert werden kann, Erwartungen an objektive Zeiteinsparungen jedoch nicht erfüllt werden können.

Vor diesem Hintergrund sind Einsparungen in den Pflegeeinrichtungen aufgrund veränderter Pflichten zur Führung der Pflegedokumentation nicht zu erwarten. Angesichts des bereits heute in Pflegeeinrichtungen herrschenden Kostendrucks erscheint fatal, dass hier der Eindruck erweckt wird, eine verbesserte Pflegedokumentation könnte finanzielle Ressourcen in Höhe von mindestens 80 Millionen € erschließen.

Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 70 - 74 - § 113 - 115 Qualitätssicherung

Die Vorschriften von § 113 SGB XI-E zielen darauf, dass Leistungsträger und Leistungserbringer unter Beteiligung von MDS, Verbänden der Pflegeberufe und der Selbsthilfe gemeinsam Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (bisher § 80 SGB XI) definieren. Die Vereinbarungen sind für Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Inwieweit diese Verbindlichkeit auch eine Berücksichtigung bei Vergütungsverhandlungen impliziert, war in der Vergangenheit wiederholt streitig. Bei der Definition von Qualitätsanforderungen muss jedoch immer auch die Kostenrelevanz reflektiert werden. Deshalb sollte § 113 Abs. 1 SGB XI-E um folgenden Satz 3 ergänzt werden: „Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich und bei allen Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB XI zu berücksichtigen.“

Mit der Verschiebung von § 80 nach § 113 SGB XI-E soll die Regelung zur Qualitätsvereinbarung der Leistungsträger und Leistungserbringer in einen engen Zusam-

menhang mit den weiteren Vorschriften der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gestellt werden. Dazu passt nicht, dass keine inhaltliche Verbindung zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien der Pflegekassen und den MDK-Prüfkatalogen hergestellt wird.

In der Begründung zu § 114 a Abs. 7 SGB XI-E wird nicht auf die Vereinbarung gem. § 113 SGB XI-E verwiesen, sondern vielmehr für die Qualitätsprüfungs-Richtlinien eine Orientierung an Erkenntnissen insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung sowie die Berücksichtigung auf wissenschaftlicher Basis erarbeiteter Indikatoren und Instrumente zur Beurteilung von Pflegequalität vorgegeben. Die Erarbeitung der (den Prüfrichtlinien zugeordneten) Prüfkataloge, in denen die Qualitätsanforderungen beschrieben werden, deren Erfüllung von den MDK bei Qualitätsprüfungen bewertet wird, bleibt weiterhin völlig ins Belieben von Pflegekassen und MDS gestellt. Die Prüfkataloge finden nur in der Begründung zu § 113 Abs. 1 SGB XI-E überhaupt einmal Erwähnung.

Die Qualitätsvereinbarung gem. § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI-E ist jedoch wertlos, wenn die Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDS weitergehende und andere Anforderungen für Qualitätsprüfungen durch die MDK definieren. Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass das Verfahren der Qualitätsprüfungen auf den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gem. § 113 SGB XI-E beruht.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 70 - § 113 Anforderungen an die Pflegedokumentation

Den Vertragspartnern der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität wird aufgegeben, künftig auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln, „die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.“

Die Pflegedokumentation ist ein Arbeitsmittel für Pflegeeinrichtungen. In Qualitätsprüfungen wie auch in der Qualitätsberichterstattung des MDS entstehen Probleme daraus, dass seitens der MDK Pflegedokumentation mit Pflege verwechselt wird. Dieses Problem lässt sich nicht durch Festlegungen der Vertragspartner gem. § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI-E lösen. Verbindliche Vorgaben zur Pflegedokumentation auf der Bundesebene stehen im Gegensatz zu den Bemühungen um Entbürokratisierung und konterkarieren positive Ansätze der Länder, z.B. im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ in NRW. Zudem stehen mit dem vom BMFSFJ herausgegebenen Handbuch zur Pflegedokumentation sowie weiteren auf Länderebene entwickelten Arbeitshilfen ausreichende Orientierungen für Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.

Die derzeitigen Auseinandersetzungen um die Pflegedokumentation beruhen vorrangig darauf, dass die MDK eigene Maßstäbe zur Pflegedokumentation setzen. Mangels fehlender Praxistauglichkeit dieser MDK-Maßstäbe werden teils sogar Doppel-Dokumentationen geführt: für die Praxis und für den MDK. Dieses Problem lässt sich nicht durch die Definition von Anforderungen im Rahmen der Vereinbarung gem. § 113 SGB XI-E lösen. Vielmehr ist eine qualifizierte Beteiligung der Leistungserbringer an den MDK-Prüfkatalogen zu fordern. In diesen Prüfkatalogen sollte anstatt auf die für die Praxis untaugliche MDS-Stellungnahme zu Pflegeprozess und -dokumentation

auf die bereits jetzt vorhandenen guten Arbeitshilfen zur Pflegedokumentation Bezug genommen werden.

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur verändern sich auch die Anforderungen an das Arbeitsmittel Pflegedokumentation, auf die die Praxis zeitnah und innovativ reagieren können muss, z.B. durch eine gemeinsame Dokumentation eines im Heim tätigen Arztes und der Pflegekräfte. Dies würde durch Festlegungen auf der Bundesebene eher behindert als gefördert.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 70 - § 113 a Expertenstandards

Den Vertragspartnern der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität soll auch die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zugewiesen werden. Dies ist nicht akzeptabel. Expertenstandards zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der Pflege müssen für alle Gesundheitseinrichtungen gelten und können nicht nur für SGB XI-Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Die Entwicklung von Expertenstandards ist eine staatliche Aufgabe, und es ist nicht vertretbar, dass hierfür Gelder aus der Pflegeversicherung abgezogen werden sollen.

Vielmehr sollte den Vertragsparteien der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität aufgegeben werden, die Implementierung von Expertenstandards in Pflegeeinrichtungen zu regeln.

Pflegesätze, Vertragsgestaltung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 42 b) und c) - § 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen

Der PARITÄTISCHE wendet sich dagegen, in § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI vorzugeben, dass die „sächliche Ausstattung“ der Pflegeeinrichtungen in Bundesempfehlungen und Landesrahmenverträgen mit den Pflegekassen festzuschreiben ist. Die sächliche Ausstattung fällt in den Bereich der Investitionsaufwendungen und entsprechende Förderregelungen der Länder und nicht in die Verantwortung der Pflegekassen. Die Regelung ist auch nicht geeignet, die Probleme in der Abgrenzung der Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtungen für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie der individuellen Ansprüche der Pflegebedürftigen zu lösen.

§ 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI-E ist gleichfalls zu streichen – vgl. die Ausführungen unter der Überschrift „Ehrenamtliches Engagement in der Pflege“. Ehrenamtliches Engagement benötigt Gestaltungsspielräume, die zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Engagierten auszuhandeln sind. Eine Definition von Möglichkeiten des Engagements durch Pflegekassen und Verbände der Einrichtungsträger in Bundesempfehlungen und Landesrahmenverträgen ist kontraproduktiv und eine Akzeptanz dieser Vorgaben durch Engagierte nicht zu erwarten.

Mit der Einführung eines neuen Abs. 7 in § 75 SGB XI ist eine Vereinbarung von einheitlichen Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung und danach die Aufhebung der gem. § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI erlassenen Rechtsverordnung

vorgesehen. In der Vereinbarung sind die Vorschriften des HGB und weiterer einschlägiger Gesetze zu berücksichtigen. Eine Vereinbarung von Pflegebuchführungsgrundsätzen führt zu weiterer Bürokratie und wird abgelehnt. Ein Verweis auf die Vorschriften des HGB wäre vollkommen ausreichend.

Artikel 1 - SGB XI
Nr. 43 b) - § 76 Schiedsstelle

§ 76 Abs. 6 SGB XI-E soll lt. Begründung eine Möglichkeit schaffen, in unbürokratischer Art und Weise zu einer schnellen Vergütungsregelung zu kommen, indem die Parteien der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg nicht gegeben. Unklar ist, ob nach der Festlegung durch die Schiedsperson noch ein Schiedsstellenverfahren durchgeführt werden kann, wenn eine der Parteien mit der Festsetzung nicht einverstanden ist. Auch wenn die Beauftragung einer neutralen Schiedsperson nur im Einvernehmen passieren kann, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Vertragsparteien deshalb mit der Festlegung einverstanden sind. Die Bestellung einer Schiedsperson wird abgelehnt. Es wird kein Regelungsbedarf für eine Festsetzung der Pflegesätze neben dem Schiedsstellenverfahren gesehen.

Artikel 1 - SGB XI
Nr. 45 - § 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Änderung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur noch zuzulassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI nicht erfüllt, wird begrüßt. Damit sind missbräuchliche Prüfungen nicht mehr möglich.

Artikel 1 - SGB XI
Nr. 50 a) aa) - § 84 Abs. 2 Zuschlag für Härtefälle

Anstelle der seit Einführung der Pflegeversicherung geforderten 4. Pflegeklasse für Pflegebedürftige mit einem außergewöhnlichen hohen und intensiven Pflegeaufwand (in Härtefällen) wird in § 84 SGB XI lediglich die Möglichkeit vorgesehen, einen Zuschlag auf den Pflegesatz der Pflegeklasse 3 zu vereinbaren, der dem Unterschiedsbetrag zwischen der Leistung für Härtefälle und der Leistung für Pflegestufe 3 entspricht. Diese Festlegung ist nicht sachgerecht. Eine derartige Begrenzung stellt den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze in Frage. Alternativ ist die Vereinbarung von Pflegesätzen für 4 Pflegeklassen zu ermöglichen.

Artikel 1 - SGB XI
Nr. 50 a) bb) - § 84 Abs. 2 Externer Vergleich

In der Praxis werden sehr zweifelhafte Methoden der Entgeltfindung durch einen externen Vergleich insbesondere in Schiedsstellenverfahren angewandt. Nach § 84 Abs. 2 SGB XI-E soll der Vergleich in der Vergütungsverhandlung an die Zustimmung der Vertragsparteien geknüpft werden. Dies begrüßen wir ausdrücklich, da es zwingend erforderlich ist, dass in den Vergütungsverhandlungen die spezifischen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtungen Berücksichtigung finden.

Wir begrüßen insbesondere auch, dass für einen externen Vergleich zunächst eine Prüfung erforderlich wird, ob Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Art, Größe sowie Leistungs- und Qualitätsmerkmalen gegeben ist.

Bisher beschränken sich die von den Pflegekassen zum Vergleich vorgelegten Daten auf reine Entgeltvergleiche. Zudem legen die Pflegekassen nicht offen, ob und inwieweit die zum Vergleich herangezogenen Entgelte von Einrichtungen tatsächlich hinsichtlich der einzelnen Leistungs- und Qualitätsmerkmale vergleichbar sind. Damit wird der Pflegeeinrichtung systematisch die Grundlage für eine ausreichende Refinanzierung ihrer vertraglichen Verpflichtungen aus dem Versorgungsvertrag entzogen. Deshalb bedarf es dringend eines Korrektivs.

Die von den Pflegekassen in der Regel vorgelegten Entgeltvergleichszahlen sind für Einrichtungen nicht nachvollziehbar. So kommt es z.B. zur Anwendung von regionalen Durchschnittswerten; Besonderheiten von Tarifbindungen und unterschiedlichen Altersversorgungswerken bleiben unberücksichtigt. Besonders lange in Betrieb befindliche Heime haben eine Vielzahl langjähriger MitarbeiterInnen, die im Laufe ihrer Betriebszugehörigkeit Lohnsteigerungen erhalten haben; regionale Durchschnittswerte berücksichtigen diese hausbezogene Mitarbeiterstruktur nicht. Hinzu kommt, dass Durchschnittswerte von den Pflegekassen als Höchstwerte in die Verhandlungen eingebracht werden.

Um eine angemessene Berücksichtigung der Personalkosten in einem externen Vergleich sicherzustellen, ist gesetzlich vorzugeben, dass Tarifbindungen und -orientierungen grundsätzlich anzuerkennen sind.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 50 b) - § 84 Abs. 5 u. 6 personelle Ausstattung

Gem. § 84 Abs. 6 SGB XI ist mit der Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung der Einrichtungsträger verpflichtet, die vereinbarte personelle Ausstattung sicherzustellen. Dies geht aber nur, wenn die zur Sicherstellung der Versorgung festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale auch refinanziert werden. Notwendig ist eine Verpflichtung der Kostenträger, die festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Pflegesatzverfahren zwingend umzusetzen.

Die in § 84 Abs. 6 SGB XI vorgesehene vertragliche Regelung über die Durchführung des Personalabgleichs wird begrüßt.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 51 c) - § 85 Pflegesatzverfahren

Der in § 85 Abs. 6 Satz 1 SGB XI hinzugefügte Zusatz „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ wird abgelehnt. Die Auslegung ist unklar, und es ist zu befürchten, dass die Schiedsstelle unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes zukünftig Pflegesätze nicht mehr auf den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Schiedsstelle festsetzt. Die zeitliche Verzögerung des Inkrafttretens von Pflegesätzen hat Auswirkungen auf die Liquidität von Einrichtungen. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass lange Schiedsstellenverfahren zu Lasten der Einrichtungsträger gehen, die auf ihre Leistungsfähigkeit bedacht sein müssen. Die Er-

haltung der Leistungsfähigkeit eines Pflegeheims liegt auch im Interesse der Heimbewohner.

Artikel 1 - SGB XI

Nr. 52 - § 87 Unterkunft und Verpflegung

Die getrennte Ausweisung jeweils für die Unterkunft und für die Verpflegung setzt eine vertragliche Abgrenzung zwischen Leistungen für Unterkunft und für Verpflegung voraus. Die Abgrenzung ist in den Rahmenverträgen nach § 75 zu regeln und ein entsprechender Hinweis in § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI aufzunehmen.

Einführung einer Pflegezeit

Artikel 3 - Gesetz über die Pflegezeit

§ 2 PflegeZG-E - Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Regelung zur Freistellung für insgesamt längstens 10 Tage bei akut auftretenden Pflegesituationen (§ 2 des Pflegezeitgesetzes). Wir erachten es jedoch als unverzichtbar und gesellschaftspolitisch geboten, hierfür eine unterstützende finanzielle Leistung vorzusehen. Akut auftretende Pflegesituationen bei Angehörigen sind den Situationen vergleichbar, in denen ArbeitnehmerInnen wegen der Erkrankung eines Kindes Freistellung, verbunden mit einem Anspruch auf das sog. „Kinderkrankengeld“, zusteht.

Artikel 3 - Gesetz über die Pflegezeit

§§ 2, 3 PflegeZG-E - Pflegezeit und Dauer der Pflegezeit

Der PARITÄTISCHE begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Pflegezeit, nach der Beschäftigte auf ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Damit wird aus pflegepolitischer Sicht ein Raum geschaffen, in dem es Beschäftigten ermöglicht wird, eine Pflegesituation für ihre Angehörigen zu organisieren, die sowohl den Bedürfnissen der/des Pflegebedürftigen als auch der/des betreuenden Angehörigen gerecht wird. Damit werden die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessert. Durch die Möglichkeit der teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung und das Rückkehrrecht in eine vorher bestehende Vollzeitbeschäftigung können berufliche Entwicklungschancen weitgehend erhalten bleiben.

Allerdings befürchten wir, dass sich die vorgesehene Dauer der Pflegezeit von sechs Monaten im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes kontraproduktiv auswirkt, solange nicht der Lebensunterhalt der Beschäftigten in dieser Zeit annähernd sichergestellt ist. Eine unbezahlte Pflegezeit von sechs Monaten können sich nur Besserverdienende leisten.

Wir schlagen daher vor, eine dreimonatige Pflegezeit einzuführen, die mit einer finanziellen Unterstützung (bei Teilzeitbeschäftigung anteilig) verknüpft wird, finanziert aus Mitteln der Pflegekassen, ggf. kombiniert mit einer Finanzierung aus Steuermitteln. Für die Fälle, in denen drei Monate nicht ausreichen oder sich die betroffenen Beschäftigten entscheiden, die häusliche Pflege für einen längeren Zeitraum zu übernehmen, sollte es eine Option geben, die Pflegezeit um weitere drei Monate zu verlängern, allerdings dann ohne Unterstützungsleistungen.

Drei Monate dürften in einer Vielzahl der Fälle für die Betroffenen ausreichen, eine stabile Versorgungssituation zu organisieren. Außerdem ist eine Pflegezeit von drei Monaten für viele Arbeitgeber, insbesondere wenn es sich um kleine und mittlere Betriebe handelt, im Hinblick auf die betriebliche Organisation eher zu verkraften als eine sechsmonatige Pflegezeit.

Artikel 1 - SGB XI

§ 44 a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

Artikel 4 - SGB III

Es wird begrüßt, dass während der Inanspruchnahme von Pflegezeit Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung vorgesehen sind.

22. November 2007/ 10. Januar 2008

Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.
Oranienburger Str. 13-14, 10178 Berlin, <http://www.der-paritaetische.de>

Anlage:
Synoptische Darstellung

SGB XI	PfWG	Vorschlag des PARITÄTISCHEN	Begründung
§ 2 Selbstbestimmung			
(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.			
(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.	Dem § 2 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: „Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“	Diese Regelung ist unbefriedigend.	Der Begründung ist zu entnehmen, dass diese Regelung keinen Anspruch begründet, aber Pflegeeinrichtungen verpflichtet soll, „wo immer möglich“ dem Wunsch von Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen. Hier wird bei Pflegebedürftigen eine Erwartung geweckt, deren Nichterfüllung den Pflegeeinrichtungen angelastet werden wird, obwohl es in der Begründung heißt: „Ein Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege kann im Hinblick auf die Zusammensetzung des Pflegepersonals, das weit überwiegend aus Frauen besteht, nicht festgeschrieben werden.“
(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.			
(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.			
	§ 7a Pflegeberatung		
	Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt: „§ 7a Pflegeberatung (1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar	Eine leistungserschließende Beratung ist nicht möglich, wenn Beratung und Leis-	Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bzw. Bezugspersonen benötigen Beratung

	<p>2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren, 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen, 3. die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen, 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Die Pflegeberatung ist im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln. Ihnen obliegende Teilaufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen auf 	<p>tungsentscheidung zusammen fallen. Dies ist jedoch beabsichtigt, wie der Begründung beabsichtigt.</p>	<p>und Information über Leistungsansprüche und Möglichkeiten der Leistungsauswahl, um kompetente Entscheidungen für eine passgenaue Versorgung treffen zu können. Die Aufgabe der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI-E ist jedoch wesentlich umfassender beschrieben. Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater soll nicht nur den Hilfebedarf analysieren und einen Versorgungsplan empfehlen, sondern auch über die Gewährung bzw. Ablehnung von Leistungen durch die Pflegekassen und Krankenkassen entscheiden. Dem Pflegebedürftigen dauerhaft persönlich zugeordnet, soll sie/er Leistungen vermitteln, die Leistungserbringung evaluieren und durch ihre/seine Beratungstätigkeit gilt der Beratungseinsatz gem. § 37 Abs. 8 SGB XI-E bereits als erbracht. Weitreichende Befugnisse zur Datenerhebung im Rahmen der Pflegeberatung hebeln den Sozialdatenschutz aus.</p>
--	--	--	---

	Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.		
	(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin ist dem Hilfesuchenden möglichst dauerhaft persönlich zuzuordnen.		
	(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien, in denen eine Frist für die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen bis längstens zum 30. Juni 2011 vorgesehen werden kann. Werden die Richtlinien nicht bis zum 31. August 2008 erlassen, werden ihre Inhalte durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.	Die Partner der Vereinbarung gemäß § 113 sollten an der Erarbeitung der Richtlinie beteiligt werden.	Die Kompetenz anderer Kostenträger sowie der Verbände der Pflegebedürftigen und der Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen sollte zumindest über eine Beteiligung in diese Richtlinien eingebracht werden können.
	(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu	Die Ansiedlung bei den Pflegekassen wird abgelehnt. Unabhängigkeit der Berater ist unerlässlich.	Die Unabhängigkeit von Kostenträgern und Leistungserbringern ist eine zentrale Voraussetzung für eine effektive Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger. Dies ist aber nicht gewährleistet, wenn die Verantwortung den Kranken- und Pflegekassen

	<p>treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen müssen und die gesetzlichen Krankenkassen sollen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabewahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.</p>		<p>zugewiesen wird. Angesichts des Teilkasako-Charakters der Pflegeversicherung, ist es nicht sachgerecht, den Pflegekassen die Steuerungsverantwortung für die gesamte Versorgung einschließlich Teilhabe zuzuweisen.</p> <p>Die neue Regelung zielt offensichtlich nicht darauf, Hilfesuchenden Kompetenz zu vermitteln und sie in der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung zu stärken, damit sie selbst über passgenaue Leistungsauswahl entscheiden können. Die Pflegeberatung erscheint vielmehr als Instrument, Hilfesuchende mittels des „individuellen Versorgungsplans“ kostensparend durchs System zu führen. Die Zuweisung der Gesamtverantwortung für den Versorgungsplan mit den umfassenden Leistungen an die Pflege- und Krankenkassen stellt einen erheblichen Mangel im Konzept der Pflegestützpunkte dar. In der Vergangenheit haben Pflegebedürftige z.B. ihren Rechtsanspruch auf Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege vielfach erst mittels einer Klage vor den Sozialgerichten realisieren können. Es ist keineswegs sicher gestellt, dass Angestellte von Pflege- und Krankenkassen sachgerecht über alle Leistungsansprüche informieren.</p>
	<p>(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, können Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen für die Pflegestütz-</p>		

	punkte treffen.		
	<p>(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen, 2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, 3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77, 4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie 5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte nach § 92c nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist. 		
	<p>(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.“</p>		
§ 10 Aufgaben des Bundes	§ 10 Pflegebericht der Bundesregierung		
<p>(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der</p>	<p>§ 10 wird wie folgt gefasst: „§ 10 Pflegebericht der Bundesregierung Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2011 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.“</p>	<p>Diese Regelung ist unbefriedigend.</p>	<p>Im Jahre 2004 hat die Bundesregierung letztmalig einen Pflegebericht vorgelegt: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BT-Drs. 15/4125 und BR-Drs. 893/04). Gem. § 10 Abs. 4 SGB XI ist der Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung im Abstand von drei Jahren vorzulegen. Es wäre wünschenswert, die derzeitige Diskussion zur Pflege-reform an einem aktuellen Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung orien-</p>

<p>Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege angehören. Das Bundesministerium für Gesundheit beruft darüber hinaus Bundesverbände der behinderten Menschen, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß.</p>			<p>tieren zu können. Eine Vorlage des Vierten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung noch im Jahr 2007 scheint jedoch nicht geplant zu sein; vielmehr stand die abschließende Beratung des Dritten Berichts (BT-Drs. 15/4125) erst am 10.10.2007 auf der Tagesordnung des Bundestagsausschusses für Gesundheit. Gem. § 10 SGB XI-E soll erst ab 2011 wieder eine Berichtspflicht bestehen und der Zeitraum zur Vorlage der Pflegeberichte von drei Jahren auf vier Jahre verlängert werden.</p>
<p>(2) Dem Ausschuß obliegt die Beratung der Bundesregierung in allen Angelegenheiten, die einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen dienen, insbesondere mit dem Ziel, die Durchführung dieses Buches zwischen Bund und Ländern abzustimmen und die soziale und private Pflegeversicherung zu verbessern und weiterzuentwickeln.</p>			
<p>(3) Den Vorsitz und die Geschäfte führt das Bundesministerium für Gesundheit.</p>			
<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1997, über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung.</p>			
<p>§ 12 Aufgaben der Pflegekassen</p>			
<p>(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken darauf hin, daß Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.</p>	<p>§ 12 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen.“</p>	<p>Siehe Anmerkungen zu § 92 c</p>	

<p>(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, daß im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.</p>	<p>Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.“</p>		
	<p>bb) Folgender Satz wird angefügt: „Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92 b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.“</p>	<p>Diese Regelung ist in der praktischen Umsetzung sehr fraglich und die Verantwortungszuweisung an die Heime wird abgelehnt.</p>	<p>Die an die bisherigen Erfahrungen mit „Netzwerken“ und Modellprojekten anknüpfenden Ermächtigungen werden grundsätzlich begrüßt. Ob diese Ermächtigung angesichts des generellen Ärztemangels in einigen Regionen sowie der hohen Anforderungen an die Qualifikation der ggf. von Pflegeeinrichtungen anzustellenden Ärzte überhaupt in der Praxis umgesetzt werden kann, ist fraglich.</p> <p>Wir erachten es jedoch als fatal, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung allein den Heimen zugeschoben wird und die defizitäre ärztliche Versorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger unbeachtet bleibt. Die Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung ist primär den Leistungsträgern nach SGB V zuzuordnen. Eine ausreichende ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in häuslicher und stationärer Pflege wird letztlich nur über angemessene Vergütungen (EBM-Ä) der erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten sicherzustellen sein.</p>
<p>§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit</p>			
<p>(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne</p>	<p>§ 18 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der</p>		

<p>des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.</p>	<p>Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln.“ bb) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden das Wort „ambulanten“ und die Wörter „mit Ausnahme von Kuren“ gestrichen.</p>		
<p>(2) Der Medizinische Dienst hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.</p>			
<p>(3) Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.</p>	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist die Begutachtung dort</p>	<p>Diese Vorschrift wird grundsätzlich begrüßt, bedarf jedoch folgender Ergänzung: „Die Pflegekasse stellt dem Antragsteller das MDK-Gutachten zur Verfügung und informiert ihn - bezogen auf die empfohlenen Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie den individuellen Pflegeplan - über seine Rechtsansprüche.“</p>	<p>Damit Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen selbst kompetente Entscheidungen für eine passgenaue Versorgung treffen können, benötigen sie Informationen. Dazu gehört, dass die MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit nicht nur den Pflegekassen sondern in laienverständlicher Form auch den Pflegebedürftigen selbst zur Verfügung gestellt werden. Eine Transparenzoffensive darf sich nicht darauf beschränken, Pflegebedürftige über Leistungen und Qualität von Einrichtungen informieren zu wollen. Zuallererst haben Pflegebedürftige einen Anspruch darauf, zu erfahren, wie ihre Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wird und welche Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz sie beanspruchen können. Alle Informationen aus dem Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes sind als Orientierungshilfe für die Pflegebedürftigen</p>

	<p>unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. In den Fällen der Sätze 3 und 4 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.“</p>		<p>selbst von enomer Bedeutung und eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sie ihr Recht auf Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) wahrnehmen können. Hinzu kommt, dass Pflegebedürftige den ihnen im Gesetz auferlegten Verpflichtungen zu Eigenverantwortung und Mitwirkung (§ 6 SGB XI) nur dann entsprechen können, wenn sie ausreichend informiert werden.</p>
<p>(4) Der Medizinische Dienst soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.</p>			
<p>(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.</p>			
<p>(6) Der Medizinische Dienst hat der Pfl-</p>	<p>c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:</p>		

<p>gekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.</p>	<p>„(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.“</p>		
<p>(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.</p>	<p>d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.“</p>	<p>Die Formulierung „in der Regel“ ist zu streichen, damit die Vorschrift verbindlich einzuhalten ist.</p> <p>Wir schlagen weiter vor, bei der Begutachtung von Kindern mit Behinderungen die Erfahrungen von HeilerziehungspflegerInnen einzubeziehen und eine Verpflichtung zur interdisziplinären Begutachtung festzulegen.</p>	<p>Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern im Rahmen der MDK-Begutachtung ist bei den betroffenen Eltern, der Fachöffentlichkeit und auch bei den MDK-Gutachtern selbst wiederholt auf Kritik gestoßen. Vor diesem Hintergrund sollte sichergestellt werden, dass die Begutachtung von Kindern nur von Fachkräften mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen durchgeführt wird. § 18 Abs. 7 SGB XI-E sieht jedoch lediglich vor, dass die Begutachtung von Kindern „in der Regel“ durch besonders geschulte Gutachter mit einer speziellen Qualifikation erfolgt.</p>
<p>§ 30 Dynamisierung</p>			
<p>Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmenentwicklung anzupassen.</p>	<p>§ 30 wird wie folgt gefasst: „§ 30 Dynamisierung Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetz-</p>	<p>Die Dynamisierung der Leistungsbeträge sollte verbindlich vorgeschrieben werden.</p>	<p>Die Orientierung der Leistungsdynamisierung an der „Kassenlage“ wird abgelehnt. Die Prüfung sollte daran orientiert sein, welche Anhebungen in den Leistungsbeträgen erforderlich sind, um auch zukünftig die Versorgung von Pflegebedürftigen auf mindestens gleichbleibendem Level sicherzustellen.</p>

	gebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“		
(4) Absatz 2 gilt nicht für Personen, für die auf Grund der Regelung des Artikels 28 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1997 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit nach § 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.	c) Absatz 4 wird aufgehoben.		
§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche			
(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht: 1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet, 2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfür-			

sorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.			
(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen.	In § 34 Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Wörter „, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ eingefügt.	Die Klarstellung begrüßen wir, es ist jedoch nach „§ 71 Abs. 4“ einzufügen „soweit nicht besondere pflegebedingte Assistenzleistungen auch während des Aufenthalts erforderlich sind“.	Unberücksichtigt bleibt in der Regelung die Situation von pflegebedürftigen Menschen, die während ihres Aufenthalts in Einrichtungen gem. § 71 Abs. 4 SGB XI zur Sicherstellung ihrer Pflege neben den Leistungen der Einrichtungen persönliche Assistenz benötigen. Auch für diese Situation bedarf es einer Ausnahme von der Ruhensvorschrift.
(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.			
§ 35 a Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget			
Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches hat sicherzu-		Bedauerlicherweise sind keine Änderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorgesehen.	Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest im Rahmen der Assistenz im Arbeitgebermodell als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert werden können.

<p>stellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.</p>			
<p>§ 36 Pflegesachleistung</p>			
<p>(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.</p> <p>(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.</p>	<p>§ 36 wird wie folgt geändert: a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“</p>	<p>Mit dieser Regelung zum sog. „Poolen“ von Leistungsansprüchen werden Erwartungen geweckt, die kaum einzulösen sind und Konflikte sind vorprogrammiert.</p> <p>Der PARITÄTISCHE fordert alternativ eine generelle Öffnung der §§ 36, 89 SGB XI für Betreuungsleistungen zur Vergrößerung des Wahlrechts von Betroffenen und passgenauere Hilfeangebote, indem § 36 Abs. 1, Satz 1 SGB XI um „Betreuungsleistungen“ ergänzt würde: „Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).“</p>	<p>Die Pflegeversicherung wird zu Recht als Teilkaskoversicherung beschrieben. Es ist bekannt, dass die Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege nicht ausreichen, um den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken. Nun wird unterstellt, dass durch die Inanspruchnahme „gepoolter“ Leistungen Wirtschaftlichkeitsreserven (Zeit- bzw. Kosteneinsparungen) erschlossen werden könnten, die sogar zusätzliche Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistungen ermöglichen. Besonders problematisch erscheint, dass das Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht nur unterstellt wird, wenn Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft „gepoolte“ Leistungen abrufen.</p> <p>Nach der Begründung sind Effizienzgewinne nicht nur in einer Wohngemeinschaft sondern auch dann zu erwarten, wenn mehrere Pflegebedürftige in „einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße“ „gepoolte“ Leistungen in Anspruch nehmen. Dies ist abwegig. Wegezeiten lassen sich bei nahe beieinander gelegenen Haushalten nicht vermeiden, sondern allenfalls verkürzen; dieser Aspekt wurde jedoch bereits in der Vergangenheit bei Vergütungsverhandlungen berücksichtigt, so dass hier keine Spielräume für Kostensenkungen bestehen. Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen, die in getrennten Wohnungen leben, kann es auch keine Effizienzgewinne in der Leistungserbringung geben: Es gibt kein gemeinsames Kochen, kein gemeinsames Essen, etc.</p> <p>Ein immer wieder beklagter Systemfehler</p>

			<p>der Pflegeversicherung besteht darin, dass die Pflegestufen den Hilfebedarf nicht angemessen abbilden. Infolgedessen entsprechen die Leistungen nicht dem individuellen Versorgungsbedarf. Aus Pflegeheimen ist bekannt, wie viel Unzufriedenheit daraus resultieren kann, wenn z.B. für die Betreuung einer demenzkranken weglaufgefährdeten HeimbewohnerIn mit einer niedrigen Pflegestufe mehr Zeit aufgewandt wird als für die Versorgung eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III. Dieses Konfliktpotenzial wird mit dem „Poolen“ von Leistungen auch in die ambulante Versorgung transportiert. Die Verantwortung für den Systemfehler der Pflegeversicherung wird dabei den ambulanten Diensten zugewiesen, die nach der Begründung sicherstellen sollen, dass Benachteiligungen bei der notwendigen Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall ausgeschlossen sind: „Hier sind die jeweiligen Leistungserbringer gefordert und verpflichtet, im Rahmen ihrer vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten gegenüber der Pflegekasse sowie aufgrund ihrer Leistungserbringerpflichten und ihrer Fürsorgeverantwortung gegenüber dem Pflegebedürftigen aufgrund des Pflegevertrages sicherzustellen, dass es nicht zu Benachteiligungen kommt.“</p> <p>Der Gesetzgeber ist sich des in der Regelung des „Poolens“ enthaltenen Konfliktpotenzials offensichtlich bewusst, denn in der Begründung wird vorgeschlagen, dass in Streitfällen die den Pflegekassen unterstellte Pflegeberatung hinzugezogen wird. Es ist nicht akzeptabel, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen werden soll, aus der zwangsläufig Streitfälle entstehen, für die dann den Pflegediensten die Verantwortung zugewiesen wird und für die es einer Schlichtung bedarf.</p> <p>Aus angeblichen Effizienzgewinnen einer von vorneherein unzureichenden Teilkasko-Leistung können keine zusätzlichen</p>
--	--	--	--

			<p>Betreuungsleistungen finanziert werden.</p> <p>Die meisten Menschen möchten in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, das gilt aber nur, solange sie ihren Wohnort selbst wählen können. Das Selbstbestimmungsrecht von Pflegebedürftigen darf nicht eingeschränkt werden, indem sie auf gemeinschaftliche Wohnformen oder auf Versorgungsformen verwiesen werden, in denen sie angeblich oder tatsächlich kostengünstiger gepflegt werden können. Nach der Begründung kann die Initiative zur Bildung eines „Pools“ jedoch von Dritten, insbesondere von den Pflegestützpunkten ausgehen. Es ist zu befürchten, dass das Recht auf die freie Wahl der Wohnung und der individuelle Leistungsanspruch ausgehebelt werden, indem Pflegestützpunkte Personen mit besonders aufwändiger Versorgung in gemeinschaftliche Wohnformen und zu einer „Pool“-Bildung drängen.</p> <p>Eine Öffnung der ambulanten Sachleistungen für Betreuungsleistungen sollte - ohne die Voraussetzung einer „Pool“-Bildung - ermöglicht werden; dies entspricht dem Wunsch von Pflegebedürftigen und insbesondere von Angehörigen demenzkranker Personen. Wenn auch die dringend gebotene Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen dieser Pflegereform nicht erfolgen soll, könnte die ausschließliche Orientierung der ambulanten Pflegesachleistung an dem unzureichenden Hilfebedarf bereits jetzt aufgehoben werden, indem § 36 Abs. 1, Satz 1 SGB XI um „Betreuungsleistungen“ ergänzt würde: „Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).“ Dies würde die Vereinbarung von Betreuungsleistungen im Rahmen der Leistungskomplexe für die ambulante Pflege ermöglichen und Pflegebedürftigen eine bessere Wahl passgenauer Leistungen ermöglichen. Insbesondere könnten Angehörige</p>
--	--	--	--

			<p>Demenzkranker, die selbst die erforderlichen Grundpflegeleistungen sowie die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen, zu ihrer eigenen Entlastung eine Betreuung des Pflegebedürftigen im Rahmen der Sachleistung abrufen. Bislang ist dies lediglich mittels des Pflegegeldes oder für einen begrenzten Personenkreis mittels des zusätzlichen Leistungsbetrags gem. § 45 b Abs. 2 SGB XI möglich.</p> <p>Soweit die Regelung des „Poolens“ (§ 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI-E) beibehalten werden soll, darf mit dieser Regelung nicht eine weitere Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in das Gesetz eingefügt werden. Die Betreuungsleistungen gem. § 45 Abs. 1 Satz 5 SGB XI-E entsprechen nach der Begründung der sozialen Betreuung in Pflegeheimen sowie besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung gem. § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI. Ihre potenzielle Gleichsetzung mit Eingliederungshilfeleistungen ist falsch und ein Ausschluss dieser Leistungen im Kontext der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen dementsprechend unangemessen. § 36 Abs. 1 Satz 7 SGB XI-E „Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“ ist zu streichen.</p> <p>In der ambulanten Pflege fehlt bis jetzt eine Möglichkeit, Betreuungsleistungen mit entsprechenden Vergütungen zu vereinbaren. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht in § 89 SGB XI lediglich eine Öffnung für im Rahmen des „Poolens“ gem. § 36 Abs. 1 SGB XI-E erbrachte Betreuungsleistungen vor.</p>
--	--	--	---

<p>(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfaßt je Kalendermonat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro. 	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von <ol style="list-style-type: none"> a) 420 Euro ab 1. Juli 2008, b) 440 Euro ab 1. Januar 2010, c) 450 Euro ab 1. Januar 2012, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von <ol style="list-style-type: none"> a) 980 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von <ol style="list-style-type: none"> a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.“ 	<p>Diese Regelung wird als kleiner Schritt in die richtige Richtung begrüßt.</p>	<p>Mit der zunächst stufenweisen Erhöhung der Leistungsbeträge soll zumindest ein teilweiser Ausgleich des Kaufkraftverlustes seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgen.</p> <p>Der PARITÄTISCHE setzt sich bereits seit 1999 für eine Angleichung der Leistungsbeträge bei stationärer und ambulanter Pflege ein. Er erachtet eine Orientierung des Leistungsanspruchs an der Versorgungsform bzw. Wohnform für nicht zeitgemäß, da dies die Entwicklung innovativer Pflege- und Betreuungskonzepte verhindert oder zumindest erschwert. Der PARITÄTISCHE bedauert deshalb, dass auch im Jahre 2012 noch erhebliche Differenzen zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufen I und II für die ambulante Pflege (450, 1.100, 1.550, 1.918 €) und für die vollstationäre Pflege (1.023, 1.279, 1.550, 1.918 €) bestehen sollen.</p>
<p>(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.</p>	<p>c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als drei vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“</p> <p>bb) Folgender Satz wird angefügt: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“</p>		
<p>§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen</p>			
<p>(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicher-</p>	<p>18. § 37 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I <ol style="list-style-type: none"> a) 215 Euro ab 1. Juli 2008, b) 225 Euro ab 1. Januar 2010, c) 235 Euro ab 1. Januar 2012, 	<p>Diese Regelung wird begrüßt.</p>	

<p>stellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II <ol style="list-style-type: none"> a) 420 Euro ab 1. Juli 2008, b) 430 Euro ab 1. Januar 2010, c) 440 Euro ab 1. Januar 2012, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III <ol style="list-style-type: none"> a) 675 Euro ab 1. Juli 2008, b) 685 Euro ab 1. Januar 2010, c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.“ 		
<p>(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.</p>	<p>b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „§ 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.“</p>		
<p>(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, 2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. 	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal, 2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen.“ <p>bb) In Satz 4 wird die Angabe „16 Euro“ durch die Angabe „21 Euro“ und die Angabe „26 Euro“ durch die Angabe „31 Euro“ ersetzt.</p> <p>cc) Folgender Satz wird angefügt: „Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die</p> 		

	Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4.“		
(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Pflegedienste“ die Wörter „und die anerkannten Beratungsstellen“ eingefügt. bb) In Satz 3 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „und die anerkannte Beratungsstelle haben“ ersetzt.		
(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.	e) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt: „Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.“		
(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungs-			

fall zu entziehen.	f) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt: „(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.“		
	(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.“	Diese Regelung wird abgelehnt.	Die Regelung steht im Widerspruch zu der Regelung von § 37 Abs. 3 SGB XI, nach der eine Beratung nur dann, wenn dies anderweitig nicht zu gewährleisten ist, „durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch nicht von ihr beschäftigte Pflegefachkraft“ abgerufen werden kann.
§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson			
Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 1.432 Euro im Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, daß die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige	In § 39 werden die Sätze 3 bis 5 wie folgt gefasst: „Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine	Diese Anhebung der Leistungsbeträge wird als kleiner Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Die Vorpflegezeit sollte im Sinne der Stärkung der häuslichen Pflege entfallen. Sollte dies nicht möglich sein, so ist die Betreuung von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, ohne Pflegestufe, als Vorpflegezeit anzuerkennen. Für Personen mit Demenzerkrankungen, mit geistigen Behinderungen sowie mit psychischen Behinderungen bedarf es einer Regelung, die die Inanspruchnahme der Kombination von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht.	Zur Stärkung der häuslichen Pflegesituation und zur Entlastung pflegebedürftiger Angehöriger bedarf es einer Erleichterung der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Die Vorschrift zur Vorpflegezeit von 12 Monaten wird von den Pflegekassen unterschiedlich ausgelegt. Teils wird eine Vorpflegezeit nur anerkannt, wenn Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI nachgewiesen ist, teils berücksichtigen Pflegekassen eine Vorpflegezeit auch dann, wenn noch keine erhebliche Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat. Das Leistungsroundschreiben der Pflegekassen behandelt diese Frage nicht. Wünschenswert wäre, dass die Bedingung einer Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) gänzlich entfällt, damit diese Leistung ebenso wie die Kurzzeitpflege gerade zu Beginn einer Pflegesituation zur Unterstützung und Stärkung der häuslichen Pflege beitragen kann.

<p>Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.</p>	<p>Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.“</p>		<p>Soweit auf die Voraussetzung einer Vorpfleгеzeit nicht verzichtet werden soll, ist im Zusammenhang mit der Einführung von Leistungsansprüchen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, klarzustellen dass zumindest die Betreuung dieser Personengruppe als Vorpfleгеzeit anzuerkennen ist.</p> <p>Die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist nicht auf eine Leistungserbringung im Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Dies liegt im Interesse von Pflegebedürftigen und ermöglicht ihnen, die Verhinderungspflege in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen und mit der Kurzzeitpflege-Leistung zu verknüpfen.</p> <p>Benachteiligt sind jedoch Personengruppen, die einen „Milieuwechsel“ schlecht verkraften und bei denen deshalb die Ersatzpflege in der eigenen Häuslichkeit bereit gestellt werden muss. Dies betrifft insbesondere Personen mit Demenzerkrankungen, mit geistigen Behinderungen sowie mit psychischen Behinderungen. Für diese Personengruppen bedarf es einer Regelung, die die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in der eigenen Häuslichkeit und die Kombination von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht.</p>
<p>§ 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</p>	<p>§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</p>		
<p>(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des</p>	<p>§ 40 wird wie folgt geändert: a) In der Überschrift werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.</p>	<p>Diese Änderung wird begrüßt.</p>	<p>Der PARITÄTISCHE misst den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine wesentliche Bedeutung für die Sicherstellung der häuslichen Pflege bei.</p>

<p>Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.</p>			
<p>(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.</p>	<p>b) In Absatz 2 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt; folgender Satz wird angefügt: „Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.“</p>		
<p>(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.</p>	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt. bb) In Satz 3 wird das Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „Pflegehilfsmitteln“ ersetzt. cc) In Satz 4 wird jeweils das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt. dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.“ ee) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: „Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.“ ff) Im neuen Satz 7 wird jeweils das Wort „Hilfsmittels“ durch das Wort „Pflegehilfsmittels“ ersetzt.</p>		
<p>(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige</p>		<p>Wenn die Pflegereform eine Stützung der häuslichen Pflege bewirken soll, ist eine Dynamisierung des Zuschussbetrags dringend geboten.</p> <p>Es sollte ein Absatzes 4 a eingefügt werden: „Pflegebedürftige, die eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach Absatz</p>	<p>Von besonderer Bedeutung für die Selbständigkeit und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen sind die auf Barrierefreiheit zielenden Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Eine Anhebung dieses Zuschusses von max. 2.557 € zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes ist im Entwurf des Pflege-</p>

<p>Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.</p>		<p>4 beantragen, haben Anspruch auf Wohnberatung. Die Wohnberatung prüft, welche Maßnahme geeignet ist, die häusliche Pflege zu ermöglichen oder erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen. Sie prüft darüber hinaus, ob diese Maßnahme unter Beachtung der baulichen und finanziellen Rahmenbedingungen sinnvoll und umsetzbar ist und begleitet die Umsetzung der Maßnahme. “</p>	<p>Weiterentwicklungsgesetzes nicht vorgehen. Ein Verbleib in der Häuslichkeit hängt häufig davon ab, dass eine Wohnungsanpassung erfolgt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige zunächst eine Beratung benötigen, welche Maßnahmen sinnvoll und durchführbar sind und dass darüber hinaus eine qualifizierte Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahme erforderlich sein kann.</p> <p>Wir fordern deshalb, einen Leistungsanspruch auf Wohnberatung im SGB XI zu regeln. Eine solche Regelung liegt gleichermaßen im Interesse von Pflegebedürftigen wie Pflegekassen, da sie eine verbesserte Versorgung von Pflegebedürftigen ermöglicht und Fehlinvestitionen vermeidet.</p>
<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.</p>			
<p>§ 41 Tagespflege und Nachtpflege</p>			
<p>(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.</p>			
<p>(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege:</p>	<p>§ 41 wird wie folgt geändert: a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst: „(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilsta-</p>	<p>Diese Regelung wird begrüßt.</p>	<p>Mit der zunächst stufenweisen Erhöhung der Leistungsbeträge soll ein zumindest teilweiser Ausgleich des Kaufkraftverlustes seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgen.</p>

<p>1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 384 Euro, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 921 Euro, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1.432 Euro je Kalendermonat.</p>	<p>tionären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat: 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu a) 420 Euro ab 1. Juli 2008, b) 440 Euro ab 1. Januar 2010, c) 450 Euro ab 1. Januar 2012, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu a) 980 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.</p>		
<p>(3) Wird die Leistung nach Absatz 2 neben der Sachleistung nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird die Leistung nach Absatz 2 neben dem Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, gilt § 38 Satz 2 entsprechend.</p>	<p>(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.“</p>		
	<p>b) Folgende Absätze 4 bis 6 werden angefügt:</p>		
	<p>„(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.</p>	<p>Die Erleichterung der Inanspruchnahme von Tagespflege verdient volle Unterstützung.</p>	<p>Indem z.B. neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege noch ein hälftiger Anspruch auf Pflegesachleistungen und neben dem vollen Anspruch auf Pflegegeld noch ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht, erfolgt eine wichtige Weichenstellung zur Stärkung der häuslichen Pflege. Es ist zu erwarten, dass Entlastungen durch Tagespflege nun vermehrt nachgefragt werden und häusliche Pflegesituationen dadurch stabilisiert werden können.</p>
	<p>(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minde-</p>		

	<p> rung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.</p>		
	<p>(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.“</p>		
§ 42 Kurzzeitpflege			
<p>(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt: 1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.</p>		<p>Damit die Leistungen der Kurzzeitpflege die häusliche Pflege besser stützen können, bedarf es einer Flexibilisierung.</p>	<p>Die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist nicht auf eine Leistungserbringung im Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Dies liegt im Interesse von Pflegebedürftigen und ermöglicht ihnen, die Verhinderungspflege in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen und mit der Kurzzeitpflege-Leistung zu verknüpfen.</p> <p>Benachteiligt sind jedoch Personengruppen, die einen „Milieuwechsel“ schlecht verkraften und bei denen deshalb die Ersatzpflege in der eigenen Häuslichkeit bereit gestellt werden muss. Dies betrifft insbesondere Personen mit Demenzerkrankungen, mit geistigen Behinderungen sowie mit psychischen Behinderungen. Hier bedarf es einer Regelung, die die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und die Kombination von Kurzzeitpflege und</p>

			<p>Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht.</p> <p>Eine Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ist auch zur Entlastung von Familien mit behinderten Kindern geboten. Bisher steht ihnen dieses Leistungsangebot nicht zur Verfügung, da geeignete Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe von der Leistungserbringung der Kurzzeitpflege gem. SGB XI ausgeschlossen sind.</p>
<p>(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr.</p>	<p>In § 42 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „1 432 Euro“ durch die Angabe „1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012“ ersetzt.</p>	<p>Diese Regelung wird als kleiner Schritt in die richtige Richtung begrüßt.</p>	<p>Wir begrüßen, dass mit der zunächst stufenweisen Erhöhung der Leistungsbeträge ein zumindest teilweiser Ausgleich des Kaufkraftverlustes seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgen soll.</p>
§ 43 Inhalt der Leistung			
<p>(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.</p>			
<p>(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro je Kalendermonat, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro je Kalendermonat, 4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro je Kalendermonat. <p>Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebe-</p>	<p>§ 43 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:</p> <p>„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 Euro, 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 Euro, 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III <p>a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012, 4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3</p>	<p>Diese Regelung wird als kleiner Schritt in die richtige Richtung begrüßt.</p>	<p>Wir begrüßen, dass mit der zunächst stufenweisen Erhöhung der Leistungsbeträge ein zumindest teilweiser Ausgleich des Kaufkraftverlustes seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgen soll.</p>

<p>dürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15.339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15.339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.</p>	<p>als Härtefall anerkannt sind, a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008, b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010, c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012. Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.</p>		
<p>(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.688 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.</p>	<p>(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als fünf vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“</p>		
<p>(4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuß in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.</p>			
	<p>b) Folgender Absatz 5 wird angefügt: „(5) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre</p>		

	Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.“		
(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält: 1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt, 2. ihren Familien- und Vornamen, 3. ihr Geburtsdatum, 4. ihre Staatsangehörigkeit, 5. ihre Anschrift, 6. Beginn und Ende der Pfl egetätigkeit, 7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und 8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pfl egetätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.	§ 44 wird wie folgt geändert: a) Absatz 3 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Renten- und Unfallversicherung“ die Wörter „und nach dem Recht der Arbeitsförderung“ und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern“ die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt. bb) In Satz 2 werden in Nummer 7 das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, in Nummer 8 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 angefügt: „9. den Beginn und das Ende einer Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes.“ cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Deutsche Rentenversicherung Bund“ die Wörter „, der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.		
(4) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.	b) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6, 8 und 9“ ersetzt.		
	c) Folgender Absatz 6 wird angefügt: „(6) Werden Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nr. 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen, gilt Absatz 5 mit der Maßgabe, dass die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 9 genannten Angaben mitzuteilen sind.“		
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen § 43 a Inhalt der Leistungen			
Für Pflegebedürftige in einer vollstationären		Eine Anhebung des unzureichenden Leis-	Die Ausführungen im Allgemeinen Teil der

<p>ren Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.</p>		<p>tungsbetrages von lediglich 256 € ist dringend geboten. Wir fordern eine Anhebung und Staffelung der Leistung in Anlehnung an die ambulanten Pflegesachleistungen gem. § 36 Abs. 3 SGB XI.</p>	<p>Begründung (A II. 2. Vollstationäre Versorgung) zur Beibehaltung des seit Einführung der Pflegeversicherung unveränderten Betrags sind nicht nachvollziehbar. Die Schaffung einer Sonderregelung in § 43 a SGB XI für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zielte darauf, ihre Betreuung in diesem Einrichtungstyp auch bei Pflegebedürftigkeit dauerhaft zu sichern. Durch den inzwischen eingetretenen Kaufkraftverlust ist der von vorneherein geringe Leistungsbetrag jedoch weitgehend entwertet. Damit Menschen mit Behinderungen auch im Alter in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und der Tendenz, Eingliederungshilfe-Einrichtungen in SGB XI-Einrichtungen umzuwandeln, entgegen gewirkt werden kann, bedarf es dringend einer Anhebung des Leistungsbetrages.</p>
	<p>§ 44 a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit</p>		
	<p>Nach § 44 wird folgender § 44a eingefügt: „§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende</p>	<p>Es wird begrüßt, dass während der Inanspruchnahme von Pflegezeit Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung vorgesehen sind.</p>	

	<p>Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.</p>		
	<p>(2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.“</p>		
	<p>Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Fünfter Abschnitt Leistungen für Ver-</p>		

	sicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwick- lung der Versorgungsstrukturen“.		
§ 45a Berechtigter Personenkreis			
(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.	§ 45a wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Dies sind 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.“		
(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend: 1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz); 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen; 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen; 4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation; 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten; 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen; 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung; 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses,	b) In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene“ die Wörter „, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ eingefügt.		

<p>herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben; 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus; 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren; 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen; 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten; 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression. Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.</p>			
<p>§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen</p>			
<p>(1) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können neben den in diesem Kapitel vorgesehenen Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang</p>	<p>§ 45b wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von bis zu 200 Euro monatlich in Anspruch nehmen.“ bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: „Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt. Der Spitzenver-</p>	<p>Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Personen mit Demenzerkrankungen sowie Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen, denen keine Pflegestufe zugewiesen wurde, einen Anspruch auf diese Leistungen erhalten.</p> <p>Der PARITÄTISCHE plädiert dafür, auf die Stufung nach Schädigung und Fähigkeitsstörungen zu verzichten und auch zukünftig den zusätzlichen Betreuungsbetrag dem Bedarf, d.h. entsprechend der Inanspruch-</p>	<p>Im Koalitionsbeschluss zur Pflegereform wurde eine Anhebung der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 a SGB XI) von bisher 460 € jährlich auf bis zu 200 € monatlich angekündigt. Diese Ankündigung fand in der Öffentlichkeit ein hohes Maß an positiver Resonanz.</p> <p>Unabdingbare Voraussetzung für einen Leistungsanspruch bleibt jedoch auch weiterhin eine erhebliche Einschränkung</p>

<p>mit der Inanspruchnahme von Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Tages- oder Nachtpflege, 2. der Kurzzeitpflege, 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind. 	<p>band Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“</p> <p>cc) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Tages- und Nachtpflege, 2. der Kurzzeitpflege, 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder 5. der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.“ 	<p>nahme von Leistungen zu gewähren. § 45 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI-E ist dementsprechend zu streichen. Soweit darauf nicht verzichtet werden soll, bedarf es einer genaueren gesetzlichen Definition. Das vorgesehene Verfahren der Feststellung ist nicht akzeptabel.</p> <p>Die bisherige Aufzählung in § 45 b Abs. 1 Satz 5 Nr. 1-4 SGB XI ist zu ergänzen um Leistungen der Verhinderungspflege und Leistungen der Betreuungsangebote für Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.</p> <p>Eine intransparente, ins Belieben der Pflegekassen gestellte Öffnung des Leistungskatalogs lehnt der PARITÄTISCHE ab. Die Kriterien für qualitätsgesicherte niedrigschwellige Betreuungsangebote müssen klar definiert und transparent sein und für alle Leistungserbringer in gleicher Weise gelten.</p>	<p>der Alltagskompetenz gem. § 45 a SGB XI, die in der Regel auch mit einem Hilfebedarf in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung mindestens entsprechend Pflegestufe I korreliert ist. Insofern wird lediglich ein kleiner Personenkreis von dieser Verbesserung profitieren können.</p> <p>Ein weiterer Nachteil ergibt sich daraus, dass der zusätzliche Betreuungsbedarf nicht mehr von allen Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf in voller Höhe abgerufen werden kann, wenn sie in entsprechendem Umfang Betreuungsleistungen nachweisen. Nach dem Gesetzentwurf bleibt völlig offen, ob Personen, die bereits jetzt einen Anspruch auf 460 € jährlich haben und Leistungsverbesserungen erwarten, nicht tatsächlich zukünftig einen geringeren Leistungsanspruch haben werden. Anders als bisher soll nicht mehr der gesamte Betreuungsbetrag gewährt werden, wenn eine Inanspruchnahme von Leistungen in diesem Umfang nachgewiesen wird, sondern die Höhe des Anspruchs soll nach Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bemessen werden.</p> <p>Soweit auf die Stufung des zusätzlichen Betreuungsbetrags von bis zu 200 € monatlich nicht verzichtet werden soll, bedarf es zumindest einer eindeutigen Vorgabe zur Differenzierung des Leistungsbetrags sowie der Anspruchsvoraussetzungen. Der Gesetzentwurf sieht in § 45 b SGB XI-E jedoch lediglich vor, dass die Höhe des Anspruchs von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt wird. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird aufgegeben, „Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages“ zu erlassen. Gem. Artikel 13 sollen diese Richtlinien dem Bundesministerium für Gesundheit bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes, bis</p>
--	--	--	--

			<p>zum 31.05.2008, zur Genehmigung vorliegen. Die Begründung stellt klar, dass der zusätzliche Leistungsbetrag - anders als bisher - nicht an dem Bedarf an Betreuung (an den in Anspruch genommenen Hilfen) zu bemessen ist. Die Höhe des Anspruchs soll vielmehr aufgrund einer Begutachtung an den in § 45 a Abs. 2 Satz 1 aufgeführten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgelegt werden. Dieses Verfahren ist nicht akzeptabel. Der Gesetzgeber ist gefordert zumindest einen Rahmen für die MDK-Empfehlung vorzugeben. Die Differenzierung der Leistungsbeträge nach Stufen muss im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz selbst angelegt werden, ebenso müssen Kriterien zur Abgrenzung dieser Stufen nach Fähigkeitsstörungen im Gesetz beschrieben werden.</p> <p>Von wesentlicher Bedeutung für die mögliche Nutzung des zusätzlichen Betreuungsbetrags ist der Leistungskatalog in § 45 b Abs. 1 SGB XI. Hier bedarf es insbesondere im Interesse von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen dringend einer Erweiterung.</p> <p>In § 45 b Nr. 5 SGB XI-E wird eine neue Kategorie von Leistungsangeboten geschaffen. Dabei wird nach der Begründung davon ausgegangen, dass die in Trägererschaft der Pflegekassen befindlichen Pflegestützpunkte auch Angebote als geeignet und „qualitätsgesichert“ vermitteln, die nicht den landesrechtlichen Anforderungen und den Anforderungen an zugelassene Pflegedienste unterliegen. Diese Weichenstellungen zu Sonderregelungen im Belieben der Pflegekassen konterkarieren alle bisherigen Bemühungen zur Entwicklung einer qualitätsgesicherten Pflege-Infrastruktur. Es darf nicht den Pflegekassen und Pflegestützpunkten anheimgestellt werden, Betreuungsangebote nach Belieben als qualitätsgesichert anzuerkennen und ihnen diese Anerkennung nach Belieben auch wieder zu nehmen und dement-</p>
--	--	--	--

			sprechend dann von weiteren Vermittlungen abzus ehen.
(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Wird der Betrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 45a erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.	b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst: „Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderquartal übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.“	Diese Regelung lehnen wir ab. Die bisherige Regelung, nach der nicht verbrauchte Beträge in das Folgejahr übertragen werden können, ist beizubehalten.	Nicht verbrauchte Beträge sollen nur noch in das folgende Kalenderquartal statt wie bisher in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Nach der Begründung soll damit ein zeitnaher Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel erreicht werden. Tatsächlich konterkariert diese Änderung die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die häusliche Pflege zu stärken. Damit aus dem vergleichsweise niedrigen Leistungsbetrag für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf positive Wirkungen in der Entlastung pflegender Angehöriger resultieren, sollte der zusätzliche Betreuungsbetrag möglichst flexibel eingesetzt werden können.
(3) Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Absatz 1 finanziert werden können. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.	c) Absatz 3 Satz 1 wird aufgehoben.		
	45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe		
	Nach § 45c wird folgender § 45d eingefügt: „§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe 1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau 1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engage-	Wir begrüßen, dass bürgerschaftliches Engagement sowie die Selbsthilfe in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbezogen werden sollen. § 45 d Abs. 1 Nr. 1 SGB XI-E ist um den Begriff „Engagement fördernde Organisati-	§ 45 d Abs. 1 Nr. 2 SGB XI-E sieht die Förderung von Selbsthilfegruppen, -

	<p>ment bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und</p> <p>2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.</p>	<p>onen“ zu ergänzen</p>	<p>organisationen und -kontaktstellen unter bestimmten Voraussetzungen vor. Dagegen sind die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in § 45 d Abs. 1 Nr. 1 SGB XI-E nicht richtig abgebildet, indem lediglich Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen benannt werden. Organisationen, die bürgerschaftliches Engagement unterstützen, um Pflegebedürftige zu betreuen und deren Angehörige zu entlasten, sind jedoch ebenso wie Selbsthilfeorganisationen bei den Fördermöglichkeiten zu berücksichtigen.</p>
	<p>(2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.</p>		
	<p>(3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.“</p>		
§ 71 Pflegeeinrichtungen			
<p>(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.</p>			

<p>(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden, 2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. 			
<p>(3) Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war, 2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder 3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Stu- 	<p>§ 71 Abs. 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder 3. Altenpflegerin oder Altenpfleger <p>eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.</p> <p>b) Folgender Satz wird angefügt: „Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.“</p>	<p>Die Regelung sollte ergänzt werden: "Wenn der Träger nach dem Ausscheiden einer verantwortlichen Pflegefachkraft die Stelle nicht mit einer Person besetzen kann, die die Voraussetzung nach § 71 Abs. 3 Satz 6 erfüllt, kann er für längstens zwei Jahre die Funktion auch einer Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach § 71 Abs. 3 Satz 1-5 übertragen. Voraussetzung ist dabei eine verbindliche Vereinbarung zwischen Träger und verantwortlicher Pflegefachkraft über den Erwerb der Weiterbildung innerhalb dieses Zeitraums."</p> <p>Alternativ ist denkbar, im Gesetz (§ 113 SGB XI-E) den Vertragspartnern aufzugeben, eine über die Regelung von § 71 Abs. 3 SGB XI hinausgehende Festlegung zur Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft zu treffen.</p>	<p>Wenngleich die Anforderung der 460 Stunden inhaltlich unstrittig ist, kann sie in der Praxis nicht in dieser Absolutheit umgesetzt werden. Bei den Verhandlungen zur Überarbeitung der Qualitätsvereinbarungen gem. § 80 SGB XI wurde deutlich, dass es einer Übergangslösung bedarf für den Fall, dass der Träger einer Pflegeeinrichtung die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft neu besetzen muss und keinen geeigneten Bewerber findet, der bereits über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügt.</p>

dien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist. Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.			
(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.			
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag			
(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).	§ 72 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 4 Abs. 2)“ durch die Angabe „(§ 84 Abs. 4)“ ersetzt.		
(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.	b) In Absatz 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.“	Zwar ist die Vorschrift als kleiner Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen, eine weitergehende Flexibilisierung der Zulassungsvoraussetzung in § 71 Abs. 1 und 2 („...selbständig wirtschaftende Einrichtungen...“) wäre jedoch erforderlich, um konsequent wirtschaftliche Synergieeffekte zu erschließen und neue Konzepte zu entwickeln.	Aus der Begründung wird deutlich, dass mit der Regelung lediglich gemeint ist, dass alle Teile der Verbundeinrichtung unter der ständigen Verantwortung nur einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen können. An der grundlegenden Voraussetzung, dass jeder Einrichtungsteil weiterhin selbständig arbeitet, soll nichts geändert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass den neu zu bildenden Pflegestützpunkten in bisher nicht gekanntem Maße Flexibilität zugestanden wird, während die zugelassenen Pflegeeinrichtungen weiterhin mit Reglementierungen überfrachtet werden, die im

			<p>(Art 12 Abs 1 GG) verstößt, welche nur durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes eingeschränkt werden darf.</p> <p>Mit der Festlegung eines verbindlichen Einzugsbereichs soll nun der Informationswert von Leistungs- und Preisvergleichslisten verbessert werden. Dafür soll das Wahlrecht der Pflegebedürftigen gemäß § 2 Abs 2 SGB XI und das Recht der Pflegeeinrichtungen auf freie Berufsausübung (Art 12 Abs 1 GG) eingeschränkt werden. Pflegebedürftige, die z.B. Rücksichtnahme auf ihre religiösen Bedürfnisse einfordern, haben nach dieser Regelung nicht mehr die Möglichkeit, einen bestimmten Pflegedienst auszuwählen, wenn dessen Einzugsgebiet auf die Nachbargemeinde begrenzt ist.</p> <p>Die vorgesehene Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E ist auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht sachgerecht. So sind z.B. an Randbereichen der Großstädte im Ruhrgebiet Wege über die Stadtgrenze hinweg teils kürzer als Wege von Anbietern innerhalb eines Stadtgebietes. Dies zeigt, dass aus wirtschaftlichen Gründen wünschenswerte Einsätze mit kurzen Wegen nicht mit starren Grenzziehungen erreichbar sind.</p> <p>Eine Stärkung der häuslichen Pflege im Interesse von Pflegebedürftigen benötigt Flexibilisierung und nicht verstärkte Reglementierung.</p>
<p>(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.</p>			
<p>(5) (aufgehoben)</p>			

<p>§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen</p>			
<p>(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.</p>	<p>§ 74 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:</p> <p>„dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten, und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.“</p> <p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>„Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren, 2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.“ 	<p>Diese Regelung ist zu streichen. Eine Kündigung darf nur aufgrund eindeutig definierter und überprüfbarer Kriterien erfolgen.</p>	<p>Nach der Begründung trägt diese Regelung „dem hohen Stellenwert Rechnung, der der Verwirklichung der Selbstbestimmungsrechte nach § 2 SGB XI zukommt. Nach der Auslegung von § 2 SGB XI in der Begründung zu § 74 SGB XI-E sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich aktiv der Sorgen, der Nöte sowie der individuellen, zum Beispiel religiösen, Bedürfnisse und der daraus resultierenden Wünsche Pflegebedürftiger anzunehmen. „Pflegeeinrichtungen, die gegen diese Pflicht nicht nur in einem Einzelfall, sondern kontinuierlich gröblich verstoßen, erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Zulassung durch Versorgungsvertrag.“ Die Regelungen von § 2 Abs. 2 und 3 SGB XI zielen vielmehr insbesondere darauf, dass die Wünsche und religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen bereits bei der Auswahl der Leistungen berücksichtigt werden.</p> <p>Viele Regelungen in dem Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes schränken das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlfreiheit Pflegebedürftiger ein, z.B. durch die Zuweisung einer Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI-E und durch die Begrenzung der Einzugsbereiche ambulanter Pflegedienste gem. § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E. Die neue Vorschrift zur Kündigung von Versorgungsverträgen erweckt jedoch den Eindruck, es sei Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, dass sie „Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben bieten.“ Pflegeeinrichtungen unterstützen die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen durch Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuungsleistungen. Wie jedoch ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben aussieht, ist nur individuell zu bewerten. Diese Kategorie taugt deshalb nicht als</p>

			Kriterium für eine Kündigung von Versorgungsverträgen. Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nimmt den Betroffenen ihre berufliche Existenz. Pflegeeinrichtungen haben ein Recht darauf, dass die Kriterien, die zu einer Kündigung von Versorgungsverträgen führen, eindeutig definiert sind.
(2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.	b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.		
(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.			
§ 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung	§ 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung		
	§ 75 wird wie folgt geändert: a) In der Überschrift werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ ersetzt.		
(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflege-			

<p>einrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.</p>			
<p>(2) Die Verträge regeln insbesondere: 1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen, 2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte, 3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, 4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, 5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim, 6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen, 7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, 8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen</p>	<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst: „3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“. bb) In Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende Nummer 9 wird angefügt:</p>	<p>Die Ergänzung „...sächliche Ausstattung...“ lehnen wir ab.</p> <p>Diese Regelung ist zu streichen.</p>	<p>Die sächliche Ausstattung fällt in den Bereich der Investitionsaufwendungen und entsprechende Förderregelungen der Länder und nicht in die Verantwortung der Pflegekassen. Die Regelung ist auch nicht geeignet, die Probleme in der Abgrenzung der Vorhaltpflicht der Pflegeeinrichtungen für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie der individuellen Ansprüche der Pflegebedürftigen zu lösen.</p> <p>Der PARITÄTISCHE erachtet es nicht als zielführend, bürgerschaftlichen Engagement in Bundesempfehlungen und Landes-</p>

<p>ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.</p>	<p>„9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können.“</p> <p>cc) Folgender Satz wird angefügt: „Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.“</p>		<p>rahmenverträgen zwischen Pflegekassen und Verbänden der Einrichtungsträger festzuschreiben. Ehrenamtliches Engagement benötigt Gestaltungsspielräume, die zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Engagierten unter Beteiligung der Interessenvertretungen der betroffenen Pflegebedürftigen (z.B. Heimbeirat) auszuhandeln sind. Eine Akzeptanz von Festlegungen zwischen Pflegekassen und Verbänden der Einrichtungsträger durch zum Engagement bereite Personen kann nicht erwartet werden.</p> <p>Ehrenamtliches Engagement ist dann besonders effektiv, wenn es einen Nutzen für die betreuten und die engagierten Personen gleichermaßen bewirkt und so zu einer Win-Win-Situation führt. Dies gelingt jedoch nur, wenn es nicht mit Anforderungen überfrachtet und nicht als kostengünstiger Ersatz für professionelle Dienstleistungen herangezogen wird. Die Begründung zu § 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI-E lässt jedoch keinen Zweifel daran, dass nicht nur eine Ergänzung, sondern auch eine Unterstützung der professionellen Versorgung erwartet wird. Längerfristig soll durch die Erschließung der Ressourcen ehrenamtlichen Engagements sogar ein Mangel an Pflegekräften kompensiert werden. Der PARITÄTISCHE wendet sich ganz entschieden gegen eine Vereinnahmung von Freiwilligen, um die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gem. SGB XI sicherzustellen. Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen nicht aus, um alle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen zu befriedigen; hier kommt freiwilligem Engagement eine ganz wesentliche Rolle zu. Es kann entscheidend zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen beitragen.</p>
<p>(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder 1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder 2. landesweite Personalrichtwerte zu ver-</p>			

<p>einbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanhaltszahlen), sowie 2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal. <p>Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.</p>			
<p>(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.</p>			
<p>(5) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.</p>			
<p>(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der</p>			

<p>Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.</p>			
	<p>c) Folgender Absatz 7 wird angefügt: „(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung unmittelbar verbindlich.“</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt. Ein Verweis auf die Vorschriften des HGB wäre vollkommen ausreichend.</p>	<p>In der in Abs. 7 vorgesehenen Vereinbarung sind die Vorschriften des HGB und weiterer einschlägiger Gesetze zu berücksichtigen. Eine Vereinbarung von Pflegebuchführungsgrundsätzen führt zu weiterer Bürokratie und wird abgelehnt.</p>
§ 76 Schiedsstelle			
<p>(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.</p>			
<p>(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet</p>	<p>§ 76 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“ bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „ü-</p>		

<p>werden. Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheim e im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.</p>	<p>berörtlichen“ die Wörter „oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher“ eingefügt.</p>		
<p>(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.</p>			
<p>(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.</p>			
<p>(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.</p>			
	<p>b) Folgender Absatz 6 wird angefügt: „(6) Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt.</p>	<p>§ 76 Abs. 6 SGB XI-E soll lt. Begründung eine Möglichkeit schaffen, in unbürokratischer Art und Weise zu einer schnellen Vergütungsregelung zu kommen, indem die Parteien der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Gegen die Festsetzung ist</p>

	und den Zeitpunkt des Inkrafttretens fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg nicht gegeben. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. § 85 Abs. 6 gilt entsprechend.“		der Rechtsweg nicht gegeben. Unklar ist, ob nach der Festlegung durch die Schiedsperson noch ein Schiedsstellenverfahren durchgeführt werden kann, wenn eine der Parteien mit der Festsetzung nicht einverstanden ist. Auch wenn die Beauftragung einer neutralen Schiedsperson nur im Einvernehmen passieren kann, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Vertragsparteien deshalb mit der Festlegung einverstanden sind. Es wird kein Regelungsbedarf für eine Festsetzung der Pflegesätze neben dem Schiedsstellenverfahren gesehen.
§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen			
(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn 1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und 2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.	§ 77 Abs. 1 wird wie folgt geändert: a) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst: „Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit 1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann, 2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29), 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);“ b) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu	Diese Regelung, dass Pflegekassen aus wirtschaftlichen Gründen Verträge mit Einzelpersonen schließen können, ist zu streichen. Sofern die Beschäftigung der Einzelpflegekräfte ausdrücklicher Wunsch der Pflegebedürftigen ist, findet die Regelung unsere volle Unterstützung.	Damit die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die in Pflegestützpunkten tätigen PflegeberaterInnen tatsächlich unabhängig erfolgen kann, darf die Leistungserbringung selbst nicht bei den Pflegestützpunkten angesiedelt sein. Mit besonderer Sorge sehen wir die Erweiterung von § 77 SGB XI, mit der den Pflegekassen die Möglichkeit eröffnet werden soll, Einzelpflegekräfte einzusetzen, wenn deren Einsatz besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Während die Anforderungen an die Qualitätssicherung in Pflegediensten mit dem Gesetzentwurf noch einmal verschärft werden sollen, werden in § 77 SGB XI-E Weichen gestellt zur verstärkten Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen durch Einzelpflegekräfte, die diesen Anforderungen nicht unterliegen. Alternativ sollten den zugelassenen Pflegediensten mehr Spielräume eröffnet werden, flexibel auf Wünsche und Bedürfnisse ihrer KundInnen zu reagieren. Eine Beschäftigung von Einzelpflegekräften ist dann sinnvoll und unterstützenswert, wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch der Pflegebedürftigen entspricht und diese selbst geeignete Kräfte auswählen können, wie dies z.B. in Assistenzverhältnissen von Menschen mit Behinderungen der Fall ist. Eine Ausweitung dieser Möglichkeiten

	vereinbaren.“ c) Folgender Satz wird angefügt: „Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.“		findet unsere volle Unterstützung.
(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.			
§ 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen			
(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. Bestehen Anhaltspunkte dafür, daß eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.	§ 79 Abs. 1 wird wie folgt geändert: a) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt.“ b) Folgende Sätze werden angefügt: „Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“	Die Änderung begrüßen wir.	Damit sind missbräuchliche Prüfungen nicht mehr möglich.
(2) Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.			
(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74, in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.			
§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	§ 80 wird aufgehoben. aber: vgl. § 113		
(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen,			

<p>die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.</p>			
<p>(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.</p>			
<p>(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.</p>			
	<p>§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung</p>		
	<p>Nach § 82a wird folgender § 82b eingefügt: Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere 1. für die vorbereitende und begleitende</p>	<p>Diese Regelung ist unnötig, sie schafft neue bürokratische Hürden und ist dementsprechend zu streichen.</p>	<p>Bereits jetzt ist selbstverständlich, dass alle Aufwendungen, die für die soziale Betreuung von HeimbewohnerInnen anfallen, in Pflegesätzen berücksichtigungsfähig sind. Ebenso selbstverständlich können generell</p>

	<p>Schulung, 2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder 3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.“</p>		<p>nur solche Aufwendungen Berücksichtigung finden, die nicht anderweitig gedeckt sind. Die Regelung wird insofern allenfalls bewirken, dass Pflegekassen die gesonderte Ausweisung dieser Kosten verlangen. Dies würde alle Bemühungen um Entbürokratisierung konterkarieren.</p> <p>In der ambulanten Pflege fehlt bis jetzt eine Möglichkeit, Betreuungsleistungen mit entsprechenden Vergütungen zu vereinbaren. Insofern kann die Vorschrift von § 82 b SGB XI-E, dass Aufwendungen für ehrenamtlich Engagierte in den Vergütungen berücksichtigungsfähig sein sollen, überhaupt nicht greifen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht in § 89 SGB XI lediglich eine Öffnung für im Rahmen des „Poolens“ gem. § 36 Abs. 1 SGB XI-E erbrachte Betreuungsleistungen vor. Der PARITÄTISCHE fordert alternativ eine generelle Öffnung der §§ 36, 89 SGB XI für Betreuungsleistungen zur Vergrößerung des Wahlrechts von Betroffenen und passgenauere Hilfeangebote. Die Regelung von § 82 b SGB XI-E löst die bestehenden Probleme nicht, sie ist zu streichen.</p>
<p>§ 84 Bemessungsgrundsätze</p>			
<p>(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.</p>			
<p>(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen,</p>	<p>§ 84 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pfl-</p>	<p>Diese Festlegung ist nicht sachgerecht. Eine derartige Begrenzung stellt den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze in Frage. Alternativ ist die Vereinbarung von Pflegesätzen für 4 Pfl-</p>	<p>Anstelle der seit Einführung der Pflegeversicherung geforderten 4. Pflegeklasse für Pflegebedürftige mit einem außergewöhnlichen hohen und intensiven Pflegeaufwand (in Härtefällen) wird in § 84 SGB XI lediglich die Möglichkeit vorgesehen, einen Zuschlag auf den Pflegesatz der Pflege-</p>

<p>soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.</p>	<p>gesetz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt.“</p> <p>bb) Folgender Satz wird angefügt: „Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.“</p>	<p>geklassem zu ermöglichen.</p> <p>Nach der Begründung soll der Vergleich in der Vergütungsverhandlung an die Zustimmung der Vertragsparteien geknüpft werden. Dies begrüßen wir ausdrücklich, da es zwingend erforderlich ist, dass in den Vergütungsverhandlungen die spezifischen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtungen Berücksichtigung finden. Wir begrüßen insbesondere auch, dass für einen externen Vergleich zunächst eine Prüfung erforderlich wird, ob Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Art, Größe sowie Leistungs- und Qualitätsmerkmalen gegeben ist.</p> <p>Um eine angemessene Berücksichtigung der Personalkosten in einem externen Vergleich sicherzustellen, ist gesetzlich vorzugeben, dass Tarifbindungen und -orientierungen grundsätzlich anzuerkennen sind.</p>	<p>klasse 3 zu vereinbaren, der dem Unterschiedsbetrag zwischen der Leistung für Härtefälle und der Leistung für Pflegestufe 3 entspricht.</p> <p>In der Praxis werden sehr zweifelhafte Methoden der Entgeltfindung durch einen externen Vergleich insbesondere in Schiedsstellenverfahren angewandt. Bisher beschränken sich die von den Pflegekassen zum Vergleich vorgelegten Daten auf reine Entgeltvergleiche. Zudem legen die Pflegekassen nicht offen, ob und inwieweit die zum Vergleich herangezogenen Entgelte von Einrichtungen tatsächlich hinsichtlich der einzelnen Leistungs- und Qualitätsmerkmale vergleichbar sind. Damit wird der Pflegeeinrichtung systematisch die Grundlage für eine ausreichende Refinanzierung ihrer vertraglichen Verpflichtungen aus dem Versorgungsvertrag entzogen. Deshalb bedarf es dringend eines Korrektivs.</p> <p>Die von den Pflegekassen in der Regel vorgelegten Entgeltvergleichszahlen sind für Einrichtungen nicht nachvollziehbar. So kommt es z.B. zur Anwendung von regionalen Durchschnittswerten; Besonderheiten von Tarifbindungen und unterschiedlichen Altersversorgungswerken bleiben unberücksichtigt. Besonders lange in Betrieb befindliche Heime haben eine Vielzahl langjähriger MitarbeiterInnen, die im Laufe ihrer Betriebszugehörigkeit Lohnsteigerungen erhalten haben; regionale Durchschnittswerte berücksichtigen diese hausbezogene Mitarbeiterstruktur nicht. Hinzu kommt, dass Durchschnittswerte von den Pflegekassen als Höchstwerte in die Verhandlungen eingebracht werden.</p>
<p>(3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheimes nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.</p>			
<p>(4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit</p>			

<p>erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.</p>			
	<p>b) Folgende Absätze 5 und 6 werden angefügt: „(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere 1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden, 2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie 3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82Abs. 2 Nr. 1).</p>		
	<p>(6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.“</p>	<p>Notwendig ist eine Verpflichtung der Kostenträger, die festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Pflegesatzverfahren zwingend umzusetzen. Die vertragliche Regelung über die Durchführung des Personalabgleichs wird begrüßt.</p>	<p>Mit der Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung ist der Einrichtungsträger verpflichtet, die vereinbarte personelle Ausstattung sicherzustellen. Dies geht aber nur, wenn die zur Sicherstellung der Versorgung festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale auch refinanziert werden.</p>
<p>§ 85 Pflegesatzverfahren</p>			
<p>(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern nach</p>			

<p>Absatz 2 vereinbart.</p> <p>(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie</p> <p>1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie</p> <p>2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.</p>	<p>§ 85 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Nummer 1 werden die Wörter „oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie“ durch ein Komma ersetzt.</p> <p>bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie“.</p> <p>cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:</p> <p>„3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,“.</p>		
<p>(3) Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats oder des Heimführersprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes beizufügen. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß nach der Pflege-Buchführungsverordnung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des</p>	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 2 werden die Wörter „des Heimbeirats oder des Heimführersprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner“ ersetzt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden die Wörter „nach der Pflege-Buchführungsverordnung“ durch die Wörter „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“ ersetzt.</p>		

<p>Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.</p>			
<p>(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.</p>			
<p>(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.</p>			
<p>(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten</p>	<p>c) In Absatz 6 Satz 1 erster Halbsatz werden nach dem Wort „darin“ die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ eingefügt.</p>	<p>Diese neue Bedingung für das Inkrafttreten der Pflegesätze wird abgelehnt.</p>	<p>Die Auslegung ist unklar, und es ist zu befürchten, dass die Schiedsstelle unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes zukünftig Pflegesätze nicht mehr auf den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Schiedsstelle festsetzt. Die zeitliche Verzögerung des Inkrafttretens von Pflegesätzen hat Auswirkungen auf die Liquidität von Einrichtungen. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass lange Schiedsstellenverfahren zu Lasten der Einrichtungsträger gehen, die auf ihre Leistungsfähigkeit bedacht sein</p>

neuer Pflegesätze weiter.			müssen. Die Erhaltung der Leistungsfähigkeit eines Pflegeheims liegt auch im Interesse der Heimbewohner.
(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln; die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend.			
§ 87 Unterkunft und Verpflegung			
Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. § 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.	In § 87 Satz 1 werden die Wörter „für Unterkunft und Verpflegung“ durch die Wörter „für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt“ ersetzt.	Es bedarf einer redaktionellen Anpassung in § 75 Abs. 2.	Die getrennte Ausweisung jeweils für die Unterkunft und für die Verpflegung setzt eine vertragliche Abgrenzung zwischen Leistungen für Unterkunft und für Verpflegung voraus. Die Abgrenzung ist in den Rahmenverträgen nach § 75 zu regeln und ein entsprechender Hinweis in § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI aufzunehmen.
§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung			
(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.			
(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind der Träger des Pflegedienstes sowie 1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie 2. der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft	89 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie 1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, 2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie 3. die Arbeitsgemeinschaften der unter		

<p>im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.</p>	<p>Nummer 1 und 2 genannten Träger, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.“</p>		
<p>(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.</p>	<p>b) In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt: „Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“</p>	<p>Alternativ zur Möglichkeit des „Poolens“ sollte eine generelle Öffnung der §§ 36, 89 SGB XI für Betreuungsleistungen zur Vergrößerung des Wahlrechts von Betroffenen und passgenauere Hilfeangebote erfolgen.</p>	<p>In der ambulanten Pflege fehlt bis jetzt eine Möglichkeit, Betreuungsleistungen mit entsprechenden Vergütungen zu vereinbaren. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht in § 89 SGB XI lediglich eine Öffnung für im Rahmen des „Poolens“ gem. § 36 Abs. 1 SGB XI-E erbrachte Betreuungsleistungen vor.</p>
	<p>Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.</p>		
	<p>§ 92c Pflegestützpunkte</p>		
	<p>Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt: „§ 92c Pflegestützpunkte (1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten haben die Pflege- und Krankenkassen im Land gemeinsam Verträge über die wettbewerbsneutrale 1. Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote, 2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und</p>	<p>Die Gestaltung des Aufbaus von Pflegestützpunkten sollte landesrechtlichen Regelungen überlassen bleiben, dabei kann an geltende landesgesetzliche Regelungen angeknüpft werden. Die Pflegekassen sind als Anknüpfungspunkt ungeeignet und es dürfen keine Parallelstrukturen aufgebaut werden. Damit die individuelle Beratung und Hilfeleistung durch die in Pflegestützpunkten tätigen PflegeberaterInnen tatsächlich unabhängig erfolgen kann, darf die Leistungserbringung selbst nicht bei den Pflegestützpunkten angesiedelt sein (siehe auch § 77)</p>	<p>Leider konterkariert die Ausgestaltung der neuen Regelungen zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten die als wesentlich erkannten Anforderungen an die zukünftigen Strukturen, Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu stärken. Pflegestützpunkte können nur dann in den Bereichen Auskunft und Beratung sowie Vernetzung und Koordinierung positiv wirken, wenn sie vor Ort akzeptiert sind. Dies ist aber nur möglich, wenn tatsächlich auf die regionalen Besonderheiten Rücksicht genommen wird und Pflegestützpunkte auf Basis der jeweiligen bisherigen Erfahrungen mit Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinierungs-</p>

	<p>sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,</p> <p>3. Bereitstellung und Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote durch Pflegestützpunkte zu schließen.</p> <p>Kommen die Verträge bis zum 31. Oktober 2008 nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats den Inhalt der Verträge zu bestimmen, hierbei haben sie auch die Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wahrzunehmen; bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse entsprechend anzuwenden. Die Rechte und Pflichten der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes bleiben hiervon unberührt. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes gegen die Pflege- und Krankenkassen sowie ihre Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, 2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen, 3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Verträgen nach Satz 1 beteiligen. <p>Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden, 2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen En- 		<p>stellen aufgebaut werden können. Bundes einheitliches Handeln, wie es den Kranken- und Pflegekassen gemäß ist, ist nicht geeignet, die regional angemessene Infrastruktur aufzubauen; in diesem Zusammenhang kann auf die negativen Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen gem. SGB IX verwiesen werden.</p> <p>Eine positive Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur und bessere Vernetzung kann nicht dadurch erreicht werden, dass die unternehmerische Freiheit von Pflegeeinrichtungen erheblich beschnitten wird und gleichzeitig die Pflegekassen als Träger von Pflegestützpunkten zum Aufbau von Parallelstrukturen ermächtigt werden. Ohne unternehmerische Freiheit sind innovative Entwicklungen, angepasst an die Wünsche der Pflegebedürftigen und an regionale Gegebenheiten, nicht denkbar. Die Pflegekassen sind dem Grundsatz bundeseinheitlichen Handelns verpflichtet und deshalb als Initiatoren für die Entwicklung einer regional angepassten Versorgungsstruktur ungeeignet.</p>
--	---	--	---

	<p>gagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden, 3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,</p> <p>4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,</p> <p>5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundversicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten. Die Vertragsparteien können die Verträge über die Pflegestützpunkte als Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung ausgestalten; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.</p>	<p>Die Regelung in Nr. 5 betrachten wir sehr kritisch.</p>	<p>Es dürfte sich als schwierig gestalten, unter Arbeitslosen in nennenswertem Umfang geeignete Betreuungshilfen zu finden. Sehr problematisch ist auch, dass Arbeitslose insbesondere aus dem Rechtskreis SGB II dazu gezwungen werden können, jedwede (zumutbare) Tätigkeit aufzunehmen. Somit ist nicht sichergestellt, dass Arbeitslose freiwillig zur Unterstützung der Pflegebedürftigen in Familien kommen. Ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen lässt sich nicht mit Zwang aufbauen. Vertrauen ist jedoch Voraussetzung für die Umsetzung der Pflege. Pflegebedürftige sind zudem darauf angewiesen, dass ihre Pflegepersonen verlässlich zur Verfügung stehen.</p>
	<p>(2) Die Pflege- und Krankenkassen haben dafür zu sorgen, dass in jedem Land ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entsteht. Dabei soll in der Regel für 20 000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden, wenn entsprechend den örtlichen Gegebenheiten keine andere Einwohnerzahl angemessen ist. In enger Kooperation mit den Ländern sind vorhandene Strukturen unter Berücksichtigung der Besonderheiten im jeweiligen Land so weit wie möglich zu erhalten und zu nutzen. Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den an den Verträgen beteiligten Kostenträgergruppen</p>	<p>Diese Regelung wird abgelehnt.</p>	<p>Unabhängigkeit der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte von Kostenträgern und von Leistungserbringern ist eine zentrale Voraussetzung für eine effektive Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger. Diese Unabhängigkeit ist aber nicht gewährleistet, wenn die Verantwortung den Krankenkassen und Pflegekassen zugewiesen wird. Angesichts des Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung, ist es nicht sachgerecht, den Pflegekassen die Steuerungsverantwortung für die gesamte Versorgung einschließlich Teilhabe zuzuweisen (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-E).</p>

	<p>der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der landesrechtlichen Stellen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal entsprechend ihrer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf, als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.</p>		
	<p>(3) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45 000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflege-</p>		

	<p>stützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmittelteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.</p>		
	<p>(4) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 80 Millionen Euro. Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.</p>		
	<p>(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen, 2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, 3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77, 4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie 5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende dürfen 		

	Sozialdaten für Zwecke der Pflegestützpunkte nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.“		
§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise			
(1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).			
(2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Anerkennung setzt voraus, dass der Sachverständige oder die Prüfstelle die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 118 erfüllt; sie gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt das Bundesversicherungsamt; die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt die nach Landesrecht zuständige Behörde.			
(3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen Sachverständigen.			

digen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.			
(4) Qualitätsprüfungen nach § 114 können durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nach dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz bleiben unberührt.			
(5) Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.			
(6) Für Rechtsstreitigkeiten aus dieser Vorschrift gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.			
vgl. § 80	§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität		
	<p>§ 113 wird wie folgt gefasst: „§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthil-</p>	<p>§ 113 Abs. 1 SGB XI-E sollte um folgenden Satz 3 ergänzt werden: „Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich und bei allen Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB XI zu berücksichtigen.“</p> <p>Eine inhaltliche Verbindung der Regelung zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien der Pflegekassen und den MDK Prüfkatalogen fehlt.</p>	<p>Die Vorschriften von § 113 SGB XI-E zielen darauf, dass Leistungsträger und Leistungserbringer unter Beteiligung von MDS, Verbänden der Pflegeberufe und der Selbsthilfe gemeinsam Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (bisher § 80 SGB XI) definieren. Die Vereinbarungen sind für Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Inwieweit diese Verbindlichkeit auch eine Berücksichtigung bei Vergütungsverhandlungen impliziert, war in der Vergangenheit wiederholt streitig. Bei der Definition von Qualitätsanforderungen muss jedoch immer auch die Kostenrelevanz reflektiert werden.</p> <p>Mit der Verschiebung von § 80 nach § 113</p>

	<p>fe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen, 2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie 3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen. 	<p>Nr.1 Diese Regelung, Festlegungen zur Pflegedokumentation in der Qualitätsvereinbarung zu treffen, wird abgelehnt.</p>	<p>SGB XI-E soll die Regelung zur Qualitätsvereinbarung der Leistungsträger und Leistungserbringer in einen engen Zusammenhang mit den weiteren Vorschriften der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gestellt werden. Dazu passt nicht, dass keine inhaltliche Verbindung zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien der Pflegekassen und den MDK-Prüfkatalogen hergestellt wird.</p> <p>Nr. 1. In der Beschreibung der Zielsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wird unter F. „Bürokratiekosten“ ausgeführt, dass die angestrebten Vereinfachungen bei der Pflegedokumentation zu Entlastungen bei den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften im Umfang von wenigstens 80 Millionen € führen. In der Begründung wird unter F. „Bürokratiekosten“ aus einer vermeintlichen Zeitersparnis von 5% derzeit täglich für 1,15 Millionen Pflegebedürftige aufgewandter Dokumentationszeit angenommen und bei einem Lohnansatz von 31,20 € pro Arbeitsstunde eine Einsparung von ca. 86 Millionen € errechnet. Diese Annahme ist nicht gerechtfertigt und steht im Widerspruch zu aktuellen Erkenntnissen aus dem Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung 2004 - 2006“ in Nordrhein-Westfalen. Komplizierte, nicht nachvollziehbare Anforderungen an die Führung einer Pflegedokumentation stellen zweifellos für Pflegekräfte eine hohe Belastung dar. Dies beruht darauf, dass die Erfüllung nicht einsichtiger betrieblicher Anforderungen demotivierend ist und die Zeit, die für solche Arbeiten aufgewandt wird, besonders lang erscheint. Vereinfachte, gut nachvollziehbare Anforderungen an die Pflegedokumentation, deren Sinn und</p>
--	--	---	---

			<p>Nutzen erkennbar sind, werden nicht als belastend erlebt, wenngleich sie den für die Pflegedokumentation erforderlichen Zeitaufwand nicht reduzieren. Im Rahmen des nordrhein-westfälischen Projekts „Referenzmodelle“ wurde festgestellt, dass die gefühlte Belastung bei der Anwendung vereinfachter Formen der Pflegedokumentation reduziert werden kann, Erwartungen an objektive Zeiteinsparungen jedoch nicht erfüllt werden können.</p> <p>Vor diesem Hintergrund sind Einsparungen in den Pflegeeinrichtungen aufgrund veränderter Pflichten zur Führung der Pflegedokumentation nicht zu erwarten. Angesichts des bereits heute in Pflegeeinrichtungen herrschenden Kostendrucks erscheint fatal, dass hier der Eindruck erweckt wird, eine verbesserte Pflegedokumentation könnte finanzielle Ressourcen in Höhe von mindestens 80 Millionen € erschließen.</p> <p>Die Pflegedokumentation ist ein Arbeitsmittel für Pflegeeinrichtungen. In Qualitätsprüfungen wie auch in der Qualitätsberichterstattung des MDS entstehen Probleme daraus, dass seitens der MDK Pflegedokumentation mit Pflege verwechselt wird. Dieses Problem lässt sich nicht durch Festlegungen der Vertragspartner gem. § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI-E lösen. Verbindliche Vorgaben zur Pflegedokumentation auf der Bundesebene stehen im Gegensatz zu den Bemühungen um Entbürokratisierung und konterkarieren positive Ansätze der Länder, z.B. im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ in NRW. Zudem stehen mit dem vom BMFSFJ herausgegebenen Handbuch zur Pflegedokumentation sowie weiteren auf Länderebene entwickelten Arbeitshilfen ausreichende Orientierungen für Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.</p> <p>Die derzeitigen Auseinandersetzungen um die Pflegedokumentation beruhen vorrangig darauf, dass die MDK eigene Maßstäbe zur Pflegedokumentation setzen. Mangels fehlender Praxistauglichkeit dieser MDK-</p>
--	--	--	---

			<p>Maßstäbe werden teils sogar Doppel-Dokumentationen geführt: für die Praxis und für den MDK. Dieses Problem lässt sich nicht durch die Definition von Anforderungen im Rahmen der Vereinbarung gem. § 113 SGB XI-E lösen. Vielmehr ist eine qualifizierte Beteiligung der Leistungserbringer an den MDK-Prüfkatalogen zu fordern. In diesen Prüfkatalogen sollte anstatt auf die für die Praxis untaugliche MDS-Stellungnahme zu Pflegeprozess und -dokumentation auf die bereits jetzt vorhandenen guten Arbeitshilfen zur Pflegedokumentation Bezug genommen werden.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur verändern sich auch die Anforderungen an das Arbeitsmittel Pflegedokumentation, auf die die Praxis zeitnah und innovativ reagieren können muss, z.B. durch eine gemeinsame Dokumentation eines im Heim tätigen Arztes und der Pflegekräfte. Dies würde durch Festlegungen auf der Bundesebene eher behindert als gefördert.</p>
	(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.		
	(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.“		
	§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege		
	Nach § 113 werden folgende §§ 113a und		

	<p>113b eingefügt: „§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien. Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.</p>	<p>Diese Regelung wird abgelehnt.</p> <p>Den Vertragsparteien der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sollte stattdessen aufgegeben werden, die Implementierung von Expertenstandards in Pflegeeinrichtungen zu regeln.</p>	<p>Den Vertragspartnern der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität soll auch die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zugewiesen werden. Dies ist nicht akzeptabel. Expertenstandards zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der Pflege müssen für alle Gesundheitseinrichtungen gelten und können nicht nur für SGB XI-Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Die Entwicklung von Expertenstandards ist eine staatliche Aufgabe, und es ist nicht vertretbar, dass hierfür Gelder aus der Pflegeversicherung abgezogen werden sollen.</p>
	<p>(2) Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrens-</p>		

	<p>ordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt eine Einigung über eine Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.</p>		
	<p>(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.</p>		
	<p>(4) Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.</p>		
	<p>§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen</p>		
	<p>Nach § 114 wird folgender § 114a eingefügt: „§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen (1) Der Medizinische Dienst der Kranken-</p>		

	<p>versicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfungsauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen sind unangemeldet durchzuführen, Regel- und Vergleichsprüfungen können auch angemeldet durchgeführt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sollen im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten. § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.</p>		
	<p>(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige</p>		

	<p>Heimaufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird. Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Einwilligung nach den Sätzen 3 und 5 nicht selbst erteilen kann, darf diese nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden.</p>		
	<p>(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner können dazu befragt werden. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.</p>		
	<p>(4) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich</p>		

	<p>verzögert wird. Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heimes auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.</p>		
	<p>(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 10 vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführt wurden. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Das Bundesversicherungsamt stellt die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und den sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Anzahl der Prüfungen ergebenden Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit.</p>		
	<p>(6) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach die-</p>		

	<p>sem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.</p>		
	<p>(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt. Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass das Verfahren der Qualitätsprüfungen auf den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gem. § 113 SGB XI-E beruht.</p>	<p>In der Begründung zu § 114 a Abs. 7 SGB XI-E wird nicht auf die Vereinbarung gem. § 113 SGB XI-E verwiesen, sondern vielmehr für die Qualitätsprüfungs-Richtlinien eine Orientierung an Erkenntnissen insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung sowie die Berücksichtigung auf wissenschaftlicher Basis erarbeiteter Indikatoren und Instrumente zur Beurteilung von Pflegequalität vorgegeben. Die Erarbeitung der (den Prüfrichtlinien zugeordneten) Prüfkataloge, in denen die Qualitätsanforderungen beschrieben werden, deren Erfüllung von den MDK bei Qualitätsprüfungen bewertet wird, bleibt weiterhin völlig ins Belieben von Pflegekassen und MDS gestellt. Die Prüfkataloge finden nur in der Begründung zu § 113 Abs. 1 SGB XI-E überhaupt einmal Erwähnung.</p> <p>Die Qualitätsvereinbarung gem. § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI-E ist jedoch wertlos, wenn die Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDS weitergehende und andere Anforderungen für Qualitätsprüfungen</p>

	<p>einzu beziehen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“</p>		<p>durch die MDK definieren.</p>
--	---	--	----------------------------------

<p style="text-align: center;">Artikel 3</p>			
<p>Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)</p> <p>§ 1 Ziel des Gesetzes</p> <p>Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.</p> <p>§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung</p> <p>(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.</p> <p>(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.</p> <p>(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund Vereinbarung ergibt.</p> <p>§ 3 Pflegezeit</p>		<p>Die Einführung einer Pflegezeit, nach der Beschäftigte auf ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, wird begrüßt.</p> <p>Wir begrüßen die Regelung zur Freistellung für insgesamt längstens 10 Tage bei akut auftretenden Pflegesituationen (§ 2 des Pflegezeitgesetzes). Wir erachten es jedoch als unverzichtbar und gesellschaftspolitisch geboten, hierfür eine unterstützende finanzielle Leistung vorzusehen.</p>	<p>Damit wird aus pflegepolitischer Sicht ein Raum geschaffen, in dem es Beschäftigten ermöglicht wird, eine Pflegesituation für ihre Angehörigen zu organisieren, die sowohl den Bedürfnissen der/des Pflegebedürftigen als auch der/des betreuenden Angehörigen gerecht wird. Damit werden die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessert.</p> <p>Akut auftretende Pflegesituationen bei Angehörigen sind den Situationen vergleichbar, in denen ArbeitnehmerInnen wegen der Erkrankung eines Kindes Freistellung, verbunden mit einem Anspruch auf das sog. „Kinderkrankengeld“, zusteht.</p>

<p>(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel fünfzehn oder weniger Beschäftigten.</p> <p>(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.</p> <p>(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.</p> <p>(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Belange entgegenstehen.</p> <p>§ 4 Dauer der Pflegezeit</p> <p>(1) Die Pflegezeit nach § 3 beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine Verlängerung bis zur Höchstdauer kann verlangt werden, wenn ein vorgesehener</p>		<p>Diese Regelung wird begrüßt.</p> <p>Diese Regelung sollte geändert werden. Wir schlagen vor, eine dreimonatige Pflegezeit einzuführen, die mit einer finanziellen Unterstützung (bei Teilzeitbeschäftigung anteilig) verknüpft wird, finanziert aus Mitteln der Pflegekassen, ggf. kombiniert mit einer Finanzierung aus Steuermitteln. Für die Fälle, in denen</p>	<p>Durch die Möglichkeit der teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung und das Rückkehrrecht in eine vorher bestehende Vollzeitbeschäftigung können berufliche Entwicklungschancen weitgehend erhalten bleiben.</p> <p>Wir befürchten, dass sich die vorgesehene Dauer der Pflegezeit von sechs Monaten im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes kontraproduktiv auswirkt, solange nicht der Lebensunterhalt der Beschäftigten in dieser Zeit annähernd sichergestellt ist. Eine unbezahlte Pflegezeit von sechs Monaten kön-</p>
--	--	--	---

Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Pflegezeit wird auf Berufsbildungszeiten nicht angerechnet.

(2) Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist über die veränderten Umstände unverzüglich zu unterrichten. Im Übrigen kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

§ 5 Kündigungsschutz

(1) Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 nicht kündigen.

(2) In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden. Die Bundesregierung kann hierzu mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen.

§ 6 Befristete Verträge

(1) Wenn zur Vertretung einer Beschäftigten oder eines Beschäftigten für die Dauer der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer eingestellt wird, liegt hierin ein sachlicher Grund für die Befristung des Arbeitsverhältnisses. Über die Dauer der Vertretung nach Satz 1 hinaus ist die Befristung für notwendige Zeiten einer Einarbeitung zulässig.

(2) Die Dauer der Befristung des Arbeitsvertrages muss kalendermäßig bestimmt oder bestimmbar sein oder den in Absatz 1 genannten Zwecken zu entnehmen sein.

drei Monate nicht ausreichen oder sich die betroffenen Beschäftigten entscheiden, die häusliche Pflege für einen längeren Zeitraum zu übernehmen, sollte es eine Option geben, die Pflegezeit um weitere drei Monate zu verlängern, allerdings dann ohne Unterstützungsleistungen.

nen sich nur Besserverdienende leisten.

Drei Monate dürften in einer Vielzahl der Fälle für die Betroffenen ausreichen, eine stabile Versorgungssituation zu organisieren. Außerdem ist eine Pflegezeit von drei Monaten für viele Arbeitgeber, insbesondere wenn es sich um kleine und mittlere Betriebe handelt, im Hinblick auf die betriebliche Organisation eher zu verkraften als eine sechsmonatige Pflegezeit.

(3) Der Arbeitgeber kann den befristeten Arbeitsvertrag unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen kündigen, wenn die Pflegezeit nach § 4 Abs. 2 Satz 1 vorzeitig endet. Das Kündigungsschutzgesetz ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Satz 1 gilt nicht, soweit seine Anwendung vertraglich ausgeschlossen ist.

(4) Wird im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgestellt, sind bei der Ermittlung dieser Zahl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach § 2 kurzzeitig an der Arbeitsleistung verhindert oder nach § 3 freigestellt sind, nicht mitzuzählen, solange für sie aufgrund von Absatz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter eingestellt ist. Dies gilt nicht, wenn die Vertreterin oder der Vertreter nicht mitzuzählen ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der Arbeitsplätze abgestellt wird.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(2) Arbeitgeber im Sinne dieses Gesetzes sind natürliche und juristische Personen sowie rechtsfähige Personengesellschaften, die Personen nach Absatz 1 beschäftigen. Für die arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, tritt an die Stelle des Arbeitgebers der Auftraggeber oder Zwischenmeister.

<p>(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, 2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, 3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder. <p>(4) Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.</p> <p>§ 8 Unabdingbarkeit</p> <p>Von den Vorschriften dieses Gesetzes kann nicht zuungunsten der Beschäftigten abgewichen werden.</p>			
--	--	--	--

Artikel 4			
SGB III	PfWG		
§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten			
<p>Die Beiträge werden getragen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung, 2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund, 3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land, 4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der 	<p>§ 347 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Nummer 9 wird der Punkt durch eine Komma ersetzt.</p> <p>b) Folgende Nummer 10 wird angefügt: „10. für Personen, die als Pflegendе während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse, b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen, c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistun- 	<p>Es wird begrüßt, dass während der Inanspruchnahme von Pflegezeit Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung vorgesehen sind.</p>	

<p>Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,</p> <p>5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:</p> <p>a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,</p> <p>b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400 Euro nicht übersteigt,</p> <p>6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,</p> <p>7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,</p> <p>8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,</p> <p>9. für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind, vom Bund.</p>	<p>gen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“</p>		
---	---	--	--

Artikel 6			
SGB V	PfWG		
§ 11 Leistungsarten			
<p>(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversor-</p>	<p>§ 11 Abs. 4 wird wie folgt gefasst: „(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlas-</p>	<p>Es besteht die Gefahr, dass mit dieser Regelung das Selbstbestimmungsrecht des Versicherten konterkariert wird.</p>	<p>Gem. § 11 Abs. 4 SGB VE haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten.</p>

<p>gung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.</p>	<p>sungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer erforderlichen Anschlussversorgung. Ergänzend dazu haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“</p>		<p>Dazu werden die Krankenhäuser zum Zusammenwirken mit den professionell Tätigen und den Angehörigen und einer engen Zusammenarbeit mit den PflegeberaterInnen verpflichtet. Nach dieser Regelung und ihrer Begründung wird der Pflegebedürftige zum Objekt des Versorgungsmanagements, sein Wunsch- und Wahlrecht bleibt unberücksichtigt. Dies steht im Widerspruch zu dem in § 2 SGB XI verankerten Recht auf Selbstbestimmung. Ein Zusammenwirken mit Angehörigen kann die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts von Pflegebedürftigen nicht ersetzen.</p>
	<p>§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen</p>		
	<p>Nach § 119a wird folgender § 119b eingefügt: „§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder</p>	<p>Siehe Anmerkungen zu Artikel 1 § 12 Abs. 2 SGB XI –E.</p>	

	<p>anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“</p>		
<p>§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden</p>			
<p>Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.</p>	<p>§ 294a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.</p> <p>b) Im neuen Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und“ durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie“ ersetzt.</p>	<p>Diese Regelung ist zu streichen.</p> <p>Der PARITÄTISCHE wendet sich dagegen, dass die ärztliche Schweigepflicht und das verfassungsrechtlich geschützte Patientengeheimnis ausgehebelt werden und das Vertrauensverhältnis der Patienten zu den Behandelnden in hohem Maße belastet und gestört wird.</p>	<p>Die Gesundheitsreform hat mit § 52 SGB V eine Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden in das Krankenversicherungsrecht aufgenommen. Danach kann die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung fordern und Krankengeld versagen, wenn Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben.</p> <p>Mit § 294 a SGB V-E sollen nun Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet werden, die Krankenkassen zu informieren, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen. Damit soll eine normenklare datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der Daten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen geschaffen werden.</p> <p>Für den Bereich der medizinischen Behandlung und Rehabilitation etwa von Suchtkranken und hier vor allem Drogenabhängigen ist zu bedenken, dass Tätowierungen und Piercings Teil des drogenindizierten Szeneverhaltens und damit der Krankheit Sucht sind. Dies gilt in ähnlicher Weise für straffällig gewordene Menschen, etwa Personen in Justizvollzugsanstalten oder Haftentlassene. Eine entsprechende Meldung der behandelnden Ärzte würde einen nachhaltigen Vertrauensverlust bedeuten und damit Motivation und Behandlungserfolg gefährden und die Wiedereingliederung behindern.</p>
	<p>Folgender Absatz 2 wird angefügt:</p>		

	<p>„(2) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.“</p>		
--	--	--	--