



Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG)

-

Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt (AWO) zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 800 teil- und vollstationären Einrichtungen, in denen täglich mehr als 70.000 pflegebedürftige Menschen betreut werden sowie ca. 600 ambulanten Diensten und Sozialstationen hat sich bereits weit vor der tatsächlichen Einführung der Pflegeversicherung für eine sozialversicherungspflichtige und solidarisch finanzierte Absicherung des Pflegerisikos eingesetzt. Insofern begrüßen wir den Willen des Gesetzgebers die unabweisbar notwendige Reform bzw. Weiterentwicklung dieser im Grundsatz richtigen Versicherungslösung voranzutreiben.

Grundsätzlich hält die AWO dabei eine Beitragssatzerhöhung angesichts der beschriebenen Leistungsverbesserungen von 0,25% für angemessen. Zur Begrenzung der Lohnnebenkosten ist eine Absenkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung ein gangbarer Weg, zumal dadurch die Rentengänge (die ja keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung mehr zahlen) eine relativ höhere Belastung haben. Dies erscheint vor dem Hintergrund gerechtfertigt, dass diese Jahrgänge zur Absicherung des Pflegerisikos erheblich weniger Beitragsjahre aufzuweisen haben als die aktiven Jahrgänge. Weiterhin hält die AWO die Einbeziehung anderer Einkommensarten und damit die Fortsetzung der Pflegeversicherung im Hinblick auf eine Bürgerversicherung für notwendig.

Allerdings wird eine solcherart gestaltete Erhöhung der Einnahmeseite nur ausreichen, die notwendigen Leistungsverbesserungen zu finanzieren und den Beitragssatz in den kommenden Jahren stabil zu halten. Das Problem der erforderlichen Demographiereserve ist damit noch nicht gelöst. Nach Auffassung der AWO verbleibt diesbezüglich als echte Option eine Strukturreform der umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Es ist davon auszugehen, dass keine einzelne Maßnahme ausreicht, um die Pflegeversicherung gerade bzgl. der demographischen Entwicklung zukunftsfest zu machen. Weiterhin lassen sich mittelfristig durch eine Stärkung von Prävention und Rehabilitation sowie durch eine Stärkung der ambulanten Versorgung, Kosten reduzieren.

Der Hauptbaustein einer Pflegeversicherungsreform sollte allerdings in einer Ausgestaltung der Pflegeversicherung als solidarische Bürgerversicherung bestehen. Das bedeutet konkret die Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung. Beamte, Selbstständige und jetzt freiwillig Privatversicherte müssten sich zu einem bestimmten Zeitpunkt gesetzlich versichern. In diesem Zusammenhang fordert die AWO den Gesetzgeber auf, eine verfassungskonforme Lösung für die sozialpolitisch gebotene Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in die gesetzliche Pflegeversicherung, z. B. in Form von Ausgleichszahlungen, zu präsentieren. Es ist ein Gebot sozialer Gerechtigkeit, ein System, das mit Gesundheitsprüfungen arbeitet, im Schnitt die einkommensstärkeren Versicherten aufweist und ein erheblich günstigeres Verhältnis zwischen pflegebedürftigen und nicht-pflegebedürftigen Mitgliedern hat und dadurch enorme Gewinne erwirtschaftet und hohe Rücklagen bilden kann, an den höheren strukturellen Kosten des gesetzlichen Versicherungssystems zu beteiligen. Weitere Aspekte einer Bürgerversicherung sind die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Einbeziehung von weiteren Einkommensarten

bei der Beitragserhebung.

Im Gesetzentwurf vermissen wir allerdings Maßnahmen zur Bekämpfung der Schwarzarbeit in der Pflege, wie in den Eckpunkten zur Pflegereform zunächst noch vorgesehen. Die AWO tritt dafür ein, dass in „Pflegehaushalten“ keine Ausbeutung von Arbeitskräften geduldet werden darf, weder von ausländischen, noch von inländischen. Auch mit Pflege, hauswirtschaftlichen und haushaltsnahen Tätigkeiten müssen Einkommen erzielt werden können, von denen Menschen auskömmlich leben können.

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben zu zahlreichen Vorschlägen und Punkten des Gesetzentwurfes eine gemeinsame Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege abgegeben. Darüber hinaus sieht die AWO aber noch weitere Punkte des Gesetzentwurfes, zu denen wir im Folgenden Stellung beziehen wollen:

1. Leistungsänderungen

- Befristung der Pflegestufen
- "Poolen" von Leistungen
- Beratungseinsätze
- Einzelpflegekräfte
- Heimärzte

2. Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

- Verantwortliche Pflegefachkraft
- Expertenstandards
- Veröffentlichung von Qualitätsberichten

3. Fragen der Wirtschaftlichkeit

- Ortsübliche Vergütung
- Gesamtversorgungsverträge
- Externer Vergleich
- Kündigung von Versorgungsverträgen
- Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Zahlung des Heimentgelts

4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation

5. Stärkung des Ehrenamtes

1. Leistungsänderungen

Befristung der Pflegestufen (§ 33 SGB XI)

Gesetzentwurf

Neben der Beschreibung der Leistungsvoraussetzungen wird den Paragraphen in Abs. 1 die Möglichkeit einer Befristung von Pflegestufen neu hinzugefügt.

Bewertung

Die AWO kritisiert die zukünftige Möglichkeit der Befristung von Pflegestufen. Befristete Pflegestufen führen zu einer Ausweitung der Begutachtungstätigkeit und zu einem Ausbau der Bürokratie. Zu dem entsteht bzgl. der Unterstützungsressourcen aus dem SGB XI bei allen Betroffenen große Unsicherheit, durch die Möglichkeit kurzfristiger Abstufung bzw. Aberkennung einer Pflegestufe.

Lösungsvorschlag

§ 33 Abs. 1 wird nicht geändert.

"Poolen" von Leistungen (§ 36 SGB XI)

Gesetzentwurf

Der Paragraph wird dahingehend erweitert, dass künftig mehrere Pflegebedürftige Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen können.

Bewertung

Diese Neuregelung wird von der AWO begrüßt. Leistungsansprüche mehrerer Versicherter zusammenzufassen und gemeinsam abrufen zu können, um damit auch einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zu erzielen, sofern die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind, kommt den Pflegebedürftigen zugute. Allerdings sind bezüglich der Grundpflege nahezu keine Einsparpotenziale vorstellbar. Nur im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung kann v. a. durch Sammeleinkauf und Essenszubereitung für mehrere Personen gleichzeitig eine gewisse Zeit „gespart“ werden, allerdings z. T. auf Kosten der individuellen Wünsche.

Wir gehen davon aus, dass diese Regelung durchaus Synergieeffekte haben kann, wenn „eingesparte“ Zeit als Betreuungszeit genutzt wird. Außerdem könnte diese Maßnahme insgesamt das Interesse an Wohngemeinschaften oder anderen ambulant betreuten Wohnformen erhöhen.

Lösungsvorschlag

Keiner

Beratungseinsätze (§ 37 SGB XI)

Gesetzentwurf

Die Beratungseinsätze sollen künftig nicht nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen und im Ausnahmefall durch von den Kassen bestimmte Pflegefachkräfte, sondern auch durch zugelassene Beratungsstellen.

Bewertung

Als positiv bewerten wir, dass zukünftig auch Versicherte mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz und der Pflegestufe 0 diese Beratungseinsätze in Anspruch nehmen können. Da Pflegestützpunkte und Pflegeberater laut Gesetzentwurf aber durch die Kassen gesteuert werden sollen, durchbricht die Ausweitung der Beratungstätigkeit auf anerkannte Beratungsstellen das bisherige Prinzip einer vom Kostenträger unabhängigen Beratung. Diese Änderung führt zu einer Verschärfung des Kontrollegedankens zu Lasten der Beratungsfunktion. Aus diesem Grund hielten wir es für sinnvoller, dem Charakter externer Beratungseinsätze als Instrument der Qualitätssicherung dadurch zu stärken, indem man sie jeglicher Zwangsaspekte entkleidet und zu einem allgemeinen Anspruch Pflegebedürftiger aller Versorgungsformen (also nicht nur der Empfänger von Pflegegeld) im häuslichen Bereich umdefiniert.

Die Erhöhung der Leistungen für den Beratungsbesuch um je 5 Euro halten wir für nicht ausreichend. Qualifizierte Beratungseinsätze durch professionelles Pflegepersonal bedürfen allerdings einer erheblich besseren finanziellen Vergütung als in dem Gesetz gegeben. Die Vergütung erlaubt schon allein hinsichtlich des hierfür zugrunde zu legenden zeitlichen Umfangs keine hinreichende Beratung. Im Übrigen ist eine Vergütungs differenzierung nach Pflegestufen sachlich nicht zu begründen.

Lösungsvorschlag

§ 37 Abs. 3, Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe 0, 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 pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen.“~~

Einzelpflegekräfte (§ 77 SGB XI)

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf zu §77 SGB XI erweitert die Möglichkeiten der Pflegekassen, zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung, mit einzelnen geeigneten Pflegekräften Verträge abzuschließen.

Bewertung

Diese Regelung wird von der AWO abgelehnt. Hinsichtlich der neuen Regelungen im § 77 stellt sich grundsätzlich die Frage der Notwendigkeit solcher vertraglichen Regelungen mit Einzelpflegekräften. Die Behauptung, dass damit die ambulante Pflege individueller, bedarfsgerechter und persönlicher erbracht werden kann, impliziert, dass dieses bisher nicht möglich ist. Diese Auffassung wird von der AWO kritisiert. Jeder Pflegedienst erbringt schon heute seine Leistungen nach genau diesen Grundsätzen. Wir befürchten vielmehr, dass in Verbindung mit Pflegestützpunkten und Pflegeberatern den Kassen hier die Möglichkeit gegeben wird, selbst in die Leistungserbringung einzusteigen. Pflegestützpunkte und Pflegeberater könnten dann, im Auftrag der Kassen, den Pflegebedürftigen den eigenen Einzelpflegekräften zuweisen. Die Tätigkeit von Einzelpflegekräften ist aber hinsichtlich der Qualität und Einhaltung von Verträgen nicht kontrollierbar. Stattdessen werden Einzelpflegekräfte unter Bedingungen tätig sein, die ihnen und den Kassen eine "billigere" Leistungserbringung ermöglicht. Da außerdem aus dem Gesetzentwurf nicht deutlich wird, in welchem Verhältnis Einzelpflegekräfte zu dem vorhandenen Leistungsangebot stehen sollen, lehnt die AWO diese Regelung strikt ab.

Die einzig sinnvolle Möglichkeit des Einsatzes von Einzelpflegekräften sehen wir im Zusammenhang mit dem "poolen" von Leistungen im Bereich von Wohngemeinschaften. Sollte dies der eigentlichen Zielrichtung des Gesetzentwurfs entsprechen, muss das nach Auffassung der AWO im Gesetz auch entsprechend eindeutig beschrieben sein.

Sollte es bei der jetzigen Regelung bleiben, halten wir es zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung für zwingend erforderlich, dass sich die Qualitätsanforderungen für Einzelpflegekräfte an den Qualitätsanforderungen für zugelassene Pflegedienste orientieren. Pflegerische Tätigkeiten dürfen nur von hierzu qualifizierten Kräften durchgeführt werden. Der MDK sollte entsprechend auch bei den Einzelpflegekräften Überprüfungen durchführen. Außerdem halten wir es für geboten, dass zwischen Einzelpflegekräften und Pflegebedürftigen ebenfalls Verträge mit den Anforderungen nach § 120 SGB XI geschlossen werden. Im Übrigen muss unbedingt Ziel sein, durch Verträge der Pflegekassen mit Einzelpflegekräften sozialversicherungspflichtige und Existenz sichernde Beschäftigung zu schaffen. Angemessene tarifliche Vergütung muss gewährleistet sein.

Lösungsvorschlag

Die Änderungen in § 77 werden zurückgenommen.

Heimärzte (§ 119b SGB V, § 12 SGB XI)

Gesetzentwurf

Künftig sollen die Pflegekassen zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Heimärzte beschäftigen können oder alternativ Verträge zur integrierten Versorgung abschließen.

Bewertung

Wir begrüßen ausdrücklich diese Öffnungsklausel. Wir erhoffen uns von dieser Regelung eine bessere medizinische Betreuung in den stationären Pflegeeinrichtungen und einen Abbau von Schnittstellenproblemen.

Lösungsvorschlag

Keiner

2. Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Anforderungen an verantwortliche Pflegefachkräfte (§71 SGB XI)

Gesetzentwurf

In § 71 werden die Voraussetzungen der Anerkennungen von verantwortlichen Pflegefachkräften geregelt. Neben einem staatlich anerkannten Abschluss in einem Pflegeberuf und einer Weiterbildung von mindestens 460 Stunden, wird eine zweijährige Berufserfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre gefordert.

Bewertung

Im Zuge der (Teil-) Akademisierung der Pflege, wurden seit Beginn der 90er Jahre bundesweit pflegebezogene Studiengänge an über 50 Hochschulen eingerichtet. Ein erklärtes Ziel dieser Entwicklung ist die bessere Qualifizierung des pflegerischen Managements. Allein über 30 Studiengänge qualifizieren inzwischen Studierende für leitende Tätigkeiten in der Pflege. Pflegeeinrichtungen rekrutieren zunehmend ihre leitenden Mitarbeiter aus den Absolventen dieser Studiengänge. Da ein Studium nicht als praktische Berufserfahrung anerkannt wird, können die Absolventen von Pflegemanagementstudiengängen diese Anforderung i. d. R. nicht erfüllen. Der Gesetzentwurf sollte hier auf die geänderten Aus- und Weiterbildungsstrukturen in der Pflege reagieren und den Passus zur Berufserfahrung streichen.

Lösungsvorschlag

§ 71 Abs. 3 a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist ~~neben dem~~ der Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

~~eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.~~

Expertenstandards (§ 113a SGB XI)

Gesetzentwurf

Mit der Regelung im § 113a wird die Entwicklung und Aktualisierung sowie das In-Kraft-Setzen von Expertenstandards auf eine rechtliche Grundlage gestellt. Die Aufgabe, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu beschließen, soll zukünftig den Vertragsparteien nach § 113 übertragen werden.

Bewertung

Die Beteiligung der Vertragsparteien bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards begrüßen wir. Bei der Umsetzung der Expertenstandards ist darauf zu achten, dass die Pflegeeinrichtungen Zeit- und Gestaltungsräume für die Umsetzung brauchen, um die Expertenstandards zu implementieren und in ihre konzeptionelle Ausrichtung zielgruppenbezogen einzubetten. Zukünftige Expertenstandards müssen als interdisziplinäre Standards angelegt sein, in die alle für die Leistungserbringung wichtigen Kompetenzen und Professionen mit einbezogen werden.

Zu kritisieren ist jedoch die ausschließliche Finanzierung der Expertenstandards aus Mitteln der Pflegeversicherung. Die Förderung der Qualitätsentwicklung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Pflege findet nicht nur in Einrichtungen nach SGB XI statt. Der Gesetzgeber sollte daher überdenken, die Finanzierung der Entwicklung von Expertenstandards auch über weitere Finanzquellen sicherzustellen werden (z. B. Steuer- und Forschungsmittel, SGB V / Krankenkassen).

Lösungsvorschlag

§ 113a (1) Satz 1 wird folgendermaßen ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach §113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege, die Übergangsfristen zur Einführung sowie die Erarbeitung von Implementierungshilfen für die Praxis sicher“.

§ 113a (1) Satz 4 SGB XI muss um den Halbsatz ergänzt werden:
„welche gemeinsam und einheitlich zustande kommen“.

In § 113a (2) wird nach Satz 2 ergänzt:

„In der Ausgestaltung der Expertenstandards wird ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde gelegt“.

§113 a (3) Satz 2 wird folgendermaßen geändert:

„Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach den in §113 a (1) Satz 1 geregelten Übergangsfristen verbindlich“.

Qualitätsberichte (§ 115 SGB XI)

Gesetzentwurf

Neu ist hier der § 115 Abs. 1a, der eine öffentliche Qualitätsberichtserstattung regeln soll. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen sicher stellen, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Grundlage dafür sollen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK sowie gleichwertiger Prüfergebnisse nach §114 Abs. 3 sein. Die Kriterien der Veröffentlichung sind durch die Vertragsparteien nach §113 unter Beteiligung des MDS sowie Betroffenen- und Berufsverbänden zu erstellen.

Bewertung

Die Intention des Gesetzgebers, mehr Transparenz für die Verbraucher herzustellen, wird begrüßt. Ebenso positiv bewertet wird die Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK und von in anderen Prüfverfahren gewonnenen Informationen. Qualitätsberichte müssen als transparente Darstellung der Pflege- und Lebensqualität:

- übersichtlich und für die Nutzerinnen und Nutzer verständlich sein,
- auf Qualitätskriterien basieren, die Pflegefachlichkeit und in stationären Einrichtungen auch Lebensqualität abbilden,
- den Nutzerinnen und Nutzern aussagekräftige und nachprüfbar Informationen zur Qualität der Einrichtung bieten,
- einen direkten Vergleich zwischen Einrichtungen auf Basis standardisierter Indikatoren zulassen.

Keine dieser Kriterien werden bisher von den MDK-Prüfberichten erfüllt. Insbesondere liefern die Qualitätsberichte kaum eindeutige Aussagen zur Ergebnisqualität. Von 16 Prüfdimensionen des MDK beziehen sich 13 ausschließlich auf die Struktur- und/oder Prozessqualität. Die Zufriedenheitserhebung bei den Pflegebedürftigen ist die einzige Prüfdimension, die ausschließlich Ergebnisqualität beschreibt. Zwei weitere Dimensionen vermischen in Ihren Aussagen auf nicht nachvollziehbare Weise Prozess- und Ergebnisqualität. Lebensqualität geben die MDK-Prüfberichte überhaupt nicht wieder. Nach § 114 Abs. 2 SGB XI ist der MDK auch nur für die Überprüfung der Ergebnisqualität der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen zuständig. Für die Überprüfung der Lebensqualität in stationären Einrichtungen ist der MDK nicht zuständig und besitzt dafür bisher auch nicht die erforderliche Kompetenz.

Daher muss für eine vergleichende Qualitätsberichterstattung eine Rahmenkonzeption entwickelt werden, die ein gestuftes Vorgehen zur Entwicklung und zum Ausbau einer Qualitätsberichterstattung vorsieht:

- Zunächst sollten trägerbezogene Qualitätsberichte erarbeitet und veröffentlicht werden, die über einen hohen Standardisierungsgrad im Bereich Struktur- und Prozessqualität verfügen und auch zwingend ausgewählte Ergebnisse von Prüfinstitutionen vorstellen und kommentieren.

- In einem zweiten Schritt sollte auf der Basis valider und konsentierter Ergebnisindikatoren eine Weiterentwicklung vergleichender und ergebnisorientierter Qualitätsberichterstattung erfolgen. Ergebnisindikatoren müssen dabei auf Routinedaten der Einrichtungen beruhen und im Sinne eines jährlichen Qualitätsmonitorings einrichtungsintern erhoben werden.

Eine externe Erhebung in vergleichbaren Intervallen ist allein aus Kostengründen gegenüber der Versichertengemeinschaft und den Pflegebedürftigen überhaupt nicht vertretbar. Für den Nutzer relevante Ergebnisse externer Prüfungen, beispielsweise des MDK, der Heimaufsicht und externer Zertifizierer, sollen natürlich ergänzend dargestellt und kommentiert werden.

Zu dem jetzigen Formulierungsvorschlag geben wir ferner zu bedenken: MDK-Berichte sind bislang nur Vorarbeiten ohne besondere Rechtsqualität zu dem endgültigen, als Verwaltungsakt von der Pflegekasse erlassenen Prüfbescheid gewesen. Vor Erlass des Prüfbescheides konnte dem sich aus dem Rechtsstaatsgebot ergebenden Recht auf Anhörung (§ 24 SGB I) Genüge getan werden. Zudem konnte sich die Einrichtung mit Widerspruch und Klage gegen falsche Feststellungen wehren. Durch die unmittelbare Veröffentlichung ohne Stellungnahmemöglichkeit wird der Pflegeeinrichtung dieses Grundrecht nun verwehrt. Es besteht die Gefahr, dass sie vorverurteilt wird, ohne dass ihr die Gelegenheit gegeben wird, sich dagegen zu äußern. Es wäre deshalb eine Konkretisierung des Gesetzgebers sinnvoll, wie Einrichtungen verfahrensrechtlich gegen fehlerhafte MDK-Prüfberichte vorgehen können.

Lösungsvorschlag

§ 115 Abs. 1a ist folgendermaßen zu ändern:

„...Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 zugrunde zu **berücksichtigen** legen; ... **Dazu werden in einem ersten Schritt** Die Kriterien der Veröffentlichung sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren... **In einem zweiten Schritt sind die Grundlagen der Qualitätsberichte auf der Basis fachlicher, standardisierter und konsentierter Qualitätsindikatoren bis 30. September 2009 weiterzuentwickeln.**

3. Fragen der Wirtschaftlichkeit

Ortsübliche Vergütung (§ 72 SGB XI):

Gesetzesentwurf

Zukünftig soll „die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsüblichen Arbeitsvergütung“ als Voraussetzung für die Zulassung durch Versorgungsvertrag gelten.

Bewertung

Damit wird theoretisch den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern 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 erheblichen Nachteilen für die Pflegeeinrichtungen, die sich an Tariflöhnen orientieren. Dies ist nicht hinnehmbar. Wir fordern statt dessen eine Aufwertung der Orientierung an den Tariflohn. Um eine weitere Lohnabsenkung im Pflegebereich zu verhindern, bedarf es nach unserer Auffassung eines klaren Bekenntnisses zur Tarifgebundenheit. Nur in Regionen, in denen keine tarifliche Orientierung gegeben ist, macht eine ortsübliche Arbeitsvergütung Sinn.

Lösungsvorschlag

Die AWO fordert vor diesem Hintergrund folgende Änderung des § 72 Abs. 3 Satz 1, Nr.2 SGB XI: "die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen **tarifgebundene oder** ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen"

Gesamtversorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

Gesetzentwurf

Ein einheitlicher Versorgungsvertrag für verbundene Pflege-Einrichtungen ("Gesamtversorgungsvertrag") ist möglich.

Bewertung

Die Möglichkeit, künftig unter einem Versorgungsvertrag verschiedene Leistungsangebote zu subsumieren und anzubieten ist eine erhebliche bürokratische Erleichterung und erspart in der Tat aufwändige Verfahren zum Vertragsabschluß. Allerdings warnen wir vor möglichen Qualitätsverlusten durch Reduzierung der Stellen der verantwortlichen Pflegefachkräfte unabhängig von der Größe und Struktur des Gesamtverbands.

Externer Vergleich (§ 84 SGB XI)

Gesetzentwurf

Der neu eingeführte Satz 7 des § 84 Abs. 2 SGB XI sieht vor, dass bei der Bemessung der Pflegesätze für eine Pflegeeinrichtung die Pflegesätze anderer, vergleichbarer Einrichtungen berücksichtigt werden können.

Bewertung

Darüber hinaus ist es nach unserer Auffassung unbedingt notwendig, auch die Formulierungen im § 84 Abs. 2 SGB XI anzupassen. Nach Auffassung der AWO wird die im Gesetzentwurf geplante Vorschrift in § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB XI in der Praxis nicht zu der gewünschten Berücksichtigung wesentlicher Gleichartigkeit bei einem Vergleich führen. Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass Tarifbindungen und -orientierungen grundsätzlich anzuerkennen sind. Die AWO plädiert diesbezüglich für eine Regelung, die den Vertragspartnern nach § 85 SGB XI vorschreibt, sich auf Vergleichskriterien von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen zu vereinbaren. Alternativ ist denkbar, die Tarifgebundenheit neben der Art und der Größe der Einrichtung als konkrete Bemessungsgrundlage im Gesetz zu benennen.

Lösungsvorschlag

Die AWO fordert diesbezüglich folgende Änderung im § 84 Abs.2 Satz 6: "Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe **und Tarifgebundenheit** sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden."

Kündigung von Versorgungsverträgen (74 SGB XI)

Gesetzentwurf

Der neu eingeführte Satz 3 des § 74 Abs. 1 sieht vor, dass die Landesverbände der Pflegekassen zukünftig mit dem Träger der Pflegeeinrichtung vereinbaren können, dass vor der Kündigung des Versorgungsvertrages "die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist".

Bewertung

Nach Auffassung der AWO ist diese Regelung vielleicht gut gemeint, allerdings wenig zielführend. Einem Träger ganz oder teilweise die Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen zu untersagen, führt zwangsläufig in dessen finanziellen Konkurs. Diese Regelung greift damit so grundlegend in die eigenständige betriebswirtschaftliche Planung des Trägers ein, dass dieser letztlich seine wirtschaftliche Eigenständigkeit verliert. Darüber hinaus findet mit dieser Regelung im SGB XI eine Vermischung mit dem Ordnungsrecht statt. Dies wird grundsätzlich von der AWO kritisiert.

Lösungsvorschlag

§ 74 Abs 1 Satz 3 wird ersatzlos gestrichen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§79 SGB XI)

Gesetzentwurf

Zukünftig sollen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur zulässig sein, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht erfüllt.

Bewertung

Wir begrüßen die vorgesehene Änderung, nach der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur noch anlassbezogen zulässig sind. Allerdings fehlt hier die Konkretisierung, was entsprechende Anhaltspunkte sind, die eine Prüfung auslösen und veranlassen. Darüber hinaus begrüßen wir auch, dass bei anlassbezogenen Prüfungen zukünftig rechtzeitig vorher eine Mitteilung der Anhaltspunkte erfolgen muss. Wir halten dies im Übrigen für ein rechtstaatliches Gebot.

Lösungsvorschlag

Keiner

Zahlung des Heimentgelts (§ 87 SGB XI)

Gesetzentwurf

Nach § 87 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz wird zukünftig der Heimvertrag mit dem Tag des Auszugs oder des Todes der Bewohnerin bzw. des Bewohners sofort beendet.

Bewertung

Diese Regelung ist nach unserer Auffassung nicht praxisgerecht. Sie würde in aller Konsequenz dazu führen, dass Angehörige noch am Tag des Todes der Bewohnerin bzw. des Bewohners das Zimmer räumen müssten. Dies halten wir für ethisch schwer bedenklich. Gerade die sich entwickelnde Hospiz- und Abschiedskultur in den stationären Einrichtungen wird mit dieser Regelung nachhaltig gestört. Angehörige, Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen für den Abschied von Verstorbenen Zeit. Oftmals findet dieser Abschied im Zimmer der bzw. des Verstorbenen statt. Eine Verlagerung dieser Abschiedsrituale in spezielle "Abschiedszimmer" ist nach unserer Auffassung nicht durchgängig sinnvoll. Vor diesem Hintergrund halten wir es für sinnvoller, diesen Bereich in den jeweiligen Landesheimrechten zu regeln.

Lösungsvorschlag

Streichung des § 87 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz

4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege (§ 31 SGB XI)

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Bewertung

Die AWO begrüßt die vorgesehene Konkretisierung hinsichtlich der Pflicht der Pflegekassen, die zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren, sofern Versicherte Rehabilitationsmaßnahmen benötigen. Die AWO begrüßt ebenfalls, dass zukünftig der MDK in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, unabhängig von dessen Ergebnis, eine Aussage treffen muss, ob und welche geeigneten Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Einzelfall geboten sind. Wir erhoffen uns von diesen Neuregelungen, dass zukünftig auch pflegebedürftigen Menschen der Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen nicht versperrt ist.

Darüber hinaus begrüßen wir die Regelung, dass stationäre Pflegeeinrichtungen einmalig 1.536 Euro pro Pflegebedürftigen erhalten sollen, wenn aktivierende und rehabilitative Pflege eine niedrigere Pflegestufe für einen Versicherten erreicht wird. Die AWO würde es darüber hinaus

befürworten, wenn das Ministerium auch eine entsprechende Lösung für den ambulanten Bereich erarbeiten würde.

Wir weisen allerdings zu diesem Thema ausdrücklich darauf hin, dass die Leistungen der aktivierenden Pflege deutlich von denen der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen sind. Im Gesetzentwurf werden zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 6 PFWG) ausdrücklich „...die Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation...“ genannt. Nicht geklärt ist, ob mit der Formulierung „aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen“ neue Leistungen beschrieben und eingeführt werden sollen, die sich von der medizinischen Rehabilitation qualitativ unterscheiden. Es ist zu klären, welche Maßnahmen ein Rehabilitationsträger zur medizinischen Rehabilitation genehmigt und wie diese mit den Leistungen der aktivierenden Pflege verknüpft sind (§ 31 Abs. Abs. 3 Reha vor Pflege), um den finanziellen Anreiz in einer Pflegeeinrichtung realisieren zu können. Das Leistungsspektrum der mobilen Rehabilitation ist ebenso einzubeziehen.

Lösungsvorschlag
Keiner

5. Stärkung des Ehrenamtes (§ 82b SGB XI)

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Schulungen, Einsatzplanung u. a. von ehrenamtlichen Tätigen bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen berücksichtigungsfähig werden können, sofern die Kosten dafür nicht anderweitig gedeckt sind.

Bewertung

Die AWO begrüßt die Möglichkeit, dass die Aufwendungen für ehrenamtliche Unterstützung zukünftig im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen Berücksichtigung finden kann. Allerdings ist die Regelung der Refinanzierung über die ambulanten Entgelte und Pflegesätze abzulehnen, da mit dieser Form der Refinanzierung - bei den gedeckelten Leistungsbeträgen der Pflegekassen - nicht die Pflegekassen sondern die Pflegebedürftigen belastet werden. Diese Form der Refinanzierung würde dazu führen, dass den Pflegebedürftigen weniger finanzielle Mittel zur Sicherstellung ihrer eigenen Pflege zur Verfügung stehen würde. Diesbezüglich muss eine andere Lösung gefunden werden.

Grundsätzlich betonen wir, dass mit einer Steigerung ehrenamtlicher Arbeit keine Struktur- und Finanzprobleme der Pflege zu lösen sind. Ehrenamtliche Arbeit kann die Arbeit der professionellen Kräfte ergänzen, darf sie aber nicht ersetzen. Der Einsatz von Ehrenamtlichen darf zu keiner Kürzung der Personalschlüssel führen.

Lösungsvorschlag
Keiner

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zum Gesetzesentwurf

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben bereits in verschiedenen einzelverbandlichen Stellungnahmen zu dem Gesetzesentwurf Position bezogen. In dieser gemeinsamen Stellungnahme möchten die in der BAG FW zusammengeschlossenen Verbände gemeinsam ein besonderes Augenmerk auf folgende Vorschläge und Probleme des Gesetzesentwurfes legen:

- 1. Finanzierung der Pflegeversicherung**
- 2. Leistungsverbesserungen**
- 3. Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI)**
- 4. Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI)**
- 5. Qualitätssicherung (§§ 113 - 115 SGB XI)**
- 6. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI)**
- 7. Pflegezeitgesetz**
- 8. Kompetenzerweiterung für Gesundheitsberufe (§ 63 Abs.2+3 SGB V und Artikel 15 KrPflG und Artikel 16 AltPflG)**

1. Finanzierung der Pflegeversicherung

Gesetzesentwurf

Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen soll der Beitragssatz ab 1. 07.2008 um 0,25 % auf 1,95 % bzw. auf 2,2 % für kinderlose Versicherte angehoben werden.

Bewertung

Nach Auffassung des Gesetzgebers reicht aus heutiger Sicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis Ende 2014/Anfang 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss. Aus der Sicht der Verbände der BAG FW ist es nicht akzeptabel, dass damit die zentrale Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung nicht gelöst werden wird. Die Vereinbarungen des Koalitionsausschusses zur künftigen Finanzierung der Leistungen die Beiträge der sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen, sind nur kurzfristig wirksam. Damit werden die demographiebedingten Probleme der Pflegeversicherung nicht gelöst. Für das Jahr 2008 ist die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geplant. Auch für mögliche Kosten der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde keine Reserve mitbedacht. Eine Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist dringlich, sie wird hierdurch jedoch nicht erreicht. Dieses Versäumnis geht zu Lasten der zukünftig pflegebedürftigen Menschen und der an der Versorgung Beteiligten und ist geeignet, die finanzielle und gesellschaftliche Konfliktlage in den kommenden Jahren noch zu verschärfen.

Lösungsvorschlag

Es sollte die Chance der großen Koalition genutzt werden, einen Vorschlag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung zu entwickeln und umzusetzen.

2. Leistungsverbesserungen

Das Pflegeversicherungsweiterentwicklungsgesetz sieht vor, die Leistungsbeträge für Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI), für Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), für Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und in der Pflegestufe III sowie bei den sogenannten Härtefallregelung in der vollstationären Pflege stufenweise anzuheben. Außerdem ist ein Ausbau der Leistungen der teilstationären Pflege angedacht. Mit der Neuregelung können u.a. bis zu 150% des Sachleistungshöchstbetrages beansprucht werden.

Bewertung

Seit Beginn der Pflegeversicherung im Jahre 1995 sind die Leistungssätze unverändert. Erstmals werden nun teilweise die Leistungsbeträge angehoben. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Anhebung der ambulanten, teilstationären und stationären Sachleistungen grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung. Die Anhebungen sind jedoch zu gering um die seit 1995 stattgefundenen Preissteigerungsrate aufzufangen. Auch die geplanten zweijährlichen pauschalen Steigerungen gleichen zu keinem Zeitpunkt den Realwertverlust aus.

Durch die geplante Anhebung des Pflegegeldes kommt es zu einer symbolischen Anerkennung der Leistungen der pflegenden Angehörigen. Dieses positive Signal wird nachdrücklich begrüßt, ebenso wie die Anhebung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bei der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. Auch sie tragen zu einer Unterstützung und Entlastung der häuslichen Pflegearrangements bei.

Ebenfalls zu begrüßen ist der Ausbau des Anspruchs auf teilstationäre Pflege und die damit verbundenen Neuregelung, mit der bis zu 150 % des Sachleistungshöchstbetrages beansprucht werden, bei verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombinationsleistung denkbar sind.

Es ist zu erwarten, dass Entlastungen durch Tagespflege nun vermehrt nachgefragt werden, häusliche Pflegesituationen dadurch stabilisiert werden können und auch ein längere Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit möglich wird.

Im Hinblick auf die Leistungsbeträge für die stationäre Pflege ist anzumerken, dass die Entscheidung des GKV-WSG, die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege in den stationären Pflegeeinrichtungen dauerhaft ins SGB XI zu verlagern, auch erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Kostenstruktur in den stationären Einrichtungen hat. Auch aus diesem Grund halten wir eine Anhebung der Leistungen in den Pflegestufen I und II der stationären Pflege für dringend erforderlich.

Der Kabinettsentwurf sieht bei der Verhinderungspflege keine Änderungen hinsichtlich der Vorpflegezeit von 12 Monaten vor. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten diese Hürde für zu hoch, zumal auch nach gegenwärtigem Stand das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI ohne Pflegestufe nicht auf die Vorpflegezeit angerechnet wird.

Eine Anhebung des unzureichenden Leistungsbetrages von lediglich 256 € für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) ist dringend geboten.

Lösungsvorschlag

Um die Realwertverlust der SGB XI - Sach- und Geldleistungen im ambulanten und stationären Bereich auszugleichen, bedarf es bereits jetzt einer Leistungsdynamisierung (vgl. Kapitel 3.)

Die Leistungsbeträge bei den Pflegestufen I und II in der stationären Pflege nach § 43 SGB XI sind ebenfalls sofort zu erhöhen. Besser jedoch wäre die Lösung, die Leistungen der Behandlungspflege in der stationären Pflege systemkonform aus dem SGB V zu finanzieren.

Es bedarf es dringend einer Anhebung des Leistungsbetrages gem. § 43 a SGB XI. Die Verbände der BAG FW fordern deshalb eine Anhebung und Staffelung der Leistung in Anlehnung an die ambulanten Pflegesachleistungen gem. § 36 Abs. 3 SGB XI.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege sollte voraussetzungslos bereits am ersten Tag der Pflegebedürftigkeit gegeben sein. § 39 Satz 2 SGB XI ist ersatzlos zu streichen. Sollte auf die Voraussetzung einer Vorpflegezeit nicht verzichtet werden, dann ist auch die Betreuung und Begleitung vom Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, als Vorpflegezeit gemäß § 39 SGB XI anzuerkennen.

3. Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI)

Gesetzesentwurf

Die Notwendigkeit und Höhe der Dynamisierung/Anpassung der Leistungen soll erstmals 2014 geprüft werden. Sie könnte dann ggf. 2015 wirksam werden. Es ist vorgesehen, den Anstieg der Leistungsbeträge an die kumulierte Inflationsentwicklung in den letzten drei Kalenderjahren zu koppeln. Dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg nicht höher ausfällt als die Brutto Lohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Die Bundesregierung wird ermächtigt, bei der Festsetzung der Höhe der Dynamisierung die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ zu berücksichtigen.

Bewertung

Da die Leistungen der Pflegeversicherung seit 1995 unverändert geblieben sind, sehen die Verbände der BAG FW einen erheblichen Nachholbedarf. Die fehlende Anpassung an die Preis- und Lohnentwicklung führt(e) zu einer deutlichen Kaufkraftreduktion und zu einem Verlust des Wertes der Pflegeleistungen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind schon jetzt zu dynamisieren, da die geplanten Leistungsverbesserungen selbst den Kaufkraftverlust nicht ausgleichen werden.

Da die Dynamisierung erst 2015 einsetzen soll, wird bis zu diesem Jahr ein erneuter Realwertverlust der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung stattfinden. Kritisch anzumerken ist auch die automatische Begrenzung der Orientierungswerte durch die Brutto Lohnentwicklung, zumal neben diesen Faktoren weitere gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden können. Da kumulierte Preisentwicklung und Brutto Lohnentwicklung nicht immer synchron verlaufen, jeweils aber der niedrigere Anstieg für die Dynamisierung maßgeblich sein soll, kann dies zu Dynamisierungsraten führen, die deutlich unterhalb des Anstiegs der für die Pflege relevanten Kostenfaktoren liegen.

Lösungsvorschlag

Eine Dynamisierung mit Inkrafttreten des Reformgesetzes ist daher sachgerecht und in das Pflegeversicherungsweiterentwicklungsgesetz aufzunehmen. Der Verweis auf die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ sollte entfallen. Der Orientierungswert sollte auf der Basis valider Daten und unabhängig von finanzpolitischen Erwägungen erfolgen. Die Verbände der BAG FW sprechen sich hier für eine unbürokratische und eindeutige Lösung aus, die nicht mit vielen Unwägbarkeiten behaftet ist.

4. Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI)

Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht in § 92c SGB XI vor, dass zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen und Leistungsberechtigter nach § 45a Pflegestützpunkte eingerichtet werden sollen. In § 7a SGB XI wird ein einklagbarer Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement für in die Pflegeversicherung eingestufte Pflegebedürftige eingeführt. Die Pflegekassen sollen einen Pflegeberater zur Verfügung stellen, der als persönlicher Ansprechpartner für 100 Pflegebedürftige zuständig sein soll.

Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt grundsätzlich den Versuch, eine stärker auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen ausgerichtete kommunale Infrastruktur zu schaffen und hierbei die Beratung, Begleitung und Unterstützung (Fallmanagement) von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sicherzustellen. Die bereits heute bestehende Verpflichtung zur umfassenden Beratung nach § 7 SGB XI durch die Pflegekassen wurde in der Vergangenheit durch die Pflegekassen nicht oder nur unzureichend erfüllt.

Allerdings enthält der Gesetzesentwurf für uns nicht akzeptable Elemente. So soll die Pflegeberatung nur denjenigen zugute kommen, die bereits in die Pflegeversicherung eingestuft sind. Gerade Personen, die mit ihrem Hilfe- und Pflegebedarf noch unter dem erforderlichen Maß für die Einstufung in eine Pflegestufe liegen, haben einen hohen Beratungsbedarf. Eine frühzeitige Beratung kann Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen bzw. zumindest verzögern.

Die Verantwortung zur Schaffung einer kommunalen Infrastruktur zur Beratung und Begleitung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen betrachten wir, anders als im Gesetzesentwurf vorgesehen, nicht als alleinige Aufgabe der Pflegekassen, sondern auch als Aufgabe der Kommunen. Die im Gesetz vorgesehene Einrichtung von Pflegestützpunkten berücksichtigt nicht ausreichend die bereits in einigen Ländern vorhandenen, u. a. auch von den Wohlfahrtsverbänden geschaffenen Beratungsstellen. Zudem werden die vorhandenen Beratungsstrukturen und -kompetenzen nicht ausreichend miteinbezogen: die Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI und die Beratung und Schulung in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI. Diese Strukturen sind in die Konzeption der Pflegestützpunkte mit einzubeziehen. Die Innovation der Pflegestützpunkte liegt in einer Erweiterung der Pflegeberatung zu einem echten Case Management. Dies erfordert Vernetzung der Akteure vor Ort und Koordination der vorhandenen Angebotstrukturen. Dabei gilt es, den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden: Wo Beratungsstellen bereits existieren, sind diese gegebenenfalls qualitativ weiterzuentwickeln. Nur in Regionen, in denen es noch keine entsprechenden Beratungsstellen gibt, sind diese neu aufzubauen. Hierbei ist ein aufsuchender Ansatz von entscheidender Bedeutung, vor allem im ländlichen Raum, wo Pflegebedürftige sonst große Wege zurücklegen müssten.

Die Ausgestaltung der Pflegestützpunkte sollte landesrechtlichen Regelungen überlassen bleiben. Außerdem sollten die Länder in die Förderung und Finanzierung von Pflegestützpunkten miteingebunden werden. Auf regionaler Ebene müssen Kommunen und Träger von Pflegeeinrichtungen zwingend in die Verträge zu Pflegestützpunkten einbezogen werden.

Zudem gebietet die derzeit vorgesehene Trägerschaft der Stützpunkte allein durch die Pflege- und Krankenkassen nicht die für die Beratung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen notwendige Neutralität. Gleiches gilt für den Einsatz der Pflegeberater. So sollen diese nicht nur den Hilfebedarf feststellen und einen Versorgungsplan empfehlen, sondern auch über die Gewährung bzw. Ablehnung von Leistungen durch die Pflegekassen und Krankenkassen entscheiden. Ist der Pflegeberater jedoch Angestellter der Pflegekasse, wie in der vorliegenden Gesetzesformulierung vorgesehen, so besteht die Gefahr, dass bei der Beratung finanzielle Interessen der Kassen im Mittelpunkt stehen könnten und er in einen Interessenskonflikt gerät. Beratung durch Pflegeberater und Pflegestützpunkte muss neutral, unabhängig und primär leis-

tungseröffnend sein. Über die Genehmigungspflichten der Kostenträger ist eine Kontrolle über die Leistungen ausreichend abgesichert.

Des Weiteren ist im Gesetzesentwurf vorgesehen, dass Pflegeberater(innen) auch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen können sollen. § 37 Abs. 3 SGB XI sieht den Beratungseinsatz durch eine von der Pflegekasse beauftragte (nicht bei ihr beschäftigte) Pflegefachkraft jedoch nur für den Fall vor, dass dieser anderweitig nicht zu gewährleisten ist. Deshalb ist Pflegeberatung nach § 37 SGB XI nur durch von der Pflegekasse unabhängige Pflegefachkräfte mit entsprechender Kompetenz durchzuführen.

Nicht verständlich ist die vorliegende Gesetzesformulierung im Hinblick auf die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen für Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung. Sollte dies so gemeint sein, dass die Pflegestützpunkte selbst Leistungen anbieten bzw. bestimmte Leistungsformen präferieren, so ist dem unsererseits nicht zuzustimmen.

Pflegestützpunkte sollen beraten, begleiten und vermitteln und nicht selbst Leistungsanbieter werden.

Des Weiteren ist die Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte nicht ausreichend. Die Förder-summe von 80 Mio. Euro reicht nicht aus, um die vom Gesetz vorgesehenen 4000 Pflegestützpunkte mit einer geschätzten Anschubfinanzierung von 45.000-50.000 Euro zu fördern. Auch ist eine nachhaltige Finanzierung der Pflegestützpunkte aus dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht ersichtlich.

Lösungsvorschlag

Der Anspruch auf Beratung und Begleitung durch Pflegestützpunkte soll allen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mit einem entsprechenden Bedarf offen stehen.

Grundsätzlich kann die in Pflegestützpunkten geleistete Beratung und Begleitung nur empfehlenden Charakter haben. Autonomie und Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen müssen an oberster Stelle stehen.

Die Finanzierung der Pflegestützpunkte erfolgt anteilig aus den Mitteln der Pflegeversicherung und der Kommunen. Damit wird sowohl der Infrastrukturverantwortung der Pflegekassen als auch der Länder Rechnung getragen.

Die bereits vorhandenen Beratungsstellen der Länder und Wohlfahrtsverbände müssen Vorrang vor der Schaffung neuer Strukturen haben. Die bereits vorhandenen Beratungsstrukturen nach § 37 SGB XI (Pflegeberatungsbesuche) und § 45 SGB XI (Beratung, Anleitung und Schulung und in der Häuslichkeit) müssen in das Konzept der Pflegestützpunkte miteinbezogen werden. Die Durchführung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI und die Beratung und Anleitung nach § 45 SGB XI ist durch qualifizierte Pflegekräfte durchzuführen. Des Weiteren ist bei der Erstellung des Versorgungsplans bei allen pflegerischen Fragestellungen pflegerischer Sachverstand einzubeziehen. Auch deshalb sind die Leistungserbringer in die Gestaltung und Angebote der Pflegestützpunkte verbindlich mit einzubeziehen. Die Ausgestaltung entsprechender Strukturen muss auf Landesebene in Gremien geregelt werden, in denen alle relevanten Akteure engagiert sind (bspw. die Pflegekonferenzen in den Kommunen).

Um die Unabhängigkeit von Pflegestützpunkten zu gewährleisten, müssen sie Einrichtungen in eigenständiger Rechtsträgerschaft sein. Die Pflege- und Krankenkassen schließen dazu einen Vertrag mit dem Träger des Pflegestützpunktes. Zur Sicherung der Qualität und der Neutralität der Leistung sind durch den Pflegestützpunkt Statistiken über die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit zu führen und regelmäßig zu veröffentlichen.

Aussagen zur Qualifikation des Personals sollten unserer Auffassung nach in den Richtlinien unter Mitwirkung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene getroffen werden, um so eine qualitätsgesicherte und an der Praxis orientierte Arbeit der Pflegestützpunkte gleich welcher Trägerschaft zu ermöglichen.

Die Richtlinien für die Qualifikation und Anzahl der Pflegeberater sind deshalb durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigungen

der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie unter Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe, der Verbände für Sozialarbeit und der maßgeblichen Organisationen für die Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu vereinbaren.

5. Qualitätssicherung (§§ 113-115 SGB XI)

Gesetzesentwurf

Der Gesetzgeber hatte 2001 mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) ein Gesamtkonzept für die Qualitätssicherung im SGB XI vorgelegt. Es ist jedoch nur in Teilen umgesetzt worden, so dass in der Praxis des SGB XI über sechs Jahre hinsichtlich der Qualitätssicherung nur ein ungenügender konzeptioneller Rahmen bestand. Wir begrüßen ausdrücklich, dass dieses Defizit nun behoben werden soll. Wir begrüßen dabei besonders die partnerschaftliche Ausrichtung bei der Ausgestaltung der Einzelvorschriften auf Ebene der Vertragspartner.

Bewertung

Der Referentenentwurf muss sich aber auch daran messen lassen, welchen Beitrag er zur Entwicklung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung (insbesondere SGB XI, SGB V sowie den künftig 16 Landesheimgesetzen) leistet. Bei allen positiven Ansätzen im Referentenentwurf bezüglich einer Weiterentwicklung der Qualitätssicherung bleibt es unverständlich, warum im gegliederten System der Sozialversicherung - trotz aller politischen Bemühungen um sektorübergreifende Qualitätssicherung - verschiedene Politiken betrieben werden. Mittelfristig sollte eine externe Qualitätssicherung auf Basis von Ergebnisindikatoren aufgebaut werden, die sektorübergreifende Qualitätsanalysen und Qualitätssteuerung ermöglicht.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)

Gesetzesentwurf

Der bisherige § 80 SGB XI wird aufgehoben. Die Vereinbarung der Maßstäbe und Grundsätze wird im Gesetzesentwurf in den § 113 SGB XI übertragen und ergänzt. In den Vereinbarungen sollen demnach künftig insbesondere auch Anforderungen:

- an die Pflegedokumentation,
- an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach §114 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XI sowie
- an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach §114 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XI

geregelt werden.

Pflegedokumentation (§ 113 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI)

Bewertung

Die Hauptprobleme ineffizienter Pflegedokumentation liegen in der Überdokumentation bzw. in der Fehl- und Doppeldokumentation aufgrund der Sorge der Einrichtungen und deren Mitarbeiter/-innen vor haftungsrechtlichen Konsequenzen. Dies trotz bekannter Anforderungen an eine Dokumentation aus fachlicher und rechtlicher Sicht sowie aus Sicht der Kostenträger. Andere, als die bereits bestehenden Anforderungen werden auch im Rahmen einer Vereinbarung der Grundsätze und Maßstäbe nicht gefunden werden und die Vereinbarung bereits bekannter Anforderung löst die Probleme und Unsicherheiten in der Praxis nicht. Hier helfen nur weitere Aufklärung und Qualifikation vor Ort.

Eine bundesweite Standardisierung der Pflegedokumentation ist darüber hinaus nicht möglich. In der Pflegedokumentation müssen Pflegemodell, Pflegeplanung und Pflegehandlungen sowie Evaluation der Pflegeinterventionen einrichtungsintern und klientenspezifisch eng aufeinander bezogen werden. Die Anforderungen an eine Dokumentation müssen daher stets an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden.

Lösungsvorschlag

§113 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1. SGB XI ist zu streichen.

Zertifizierungs- und Prüfverfahren (§ 113 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB XI)

Bewertung

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen in ihrer Qualitätspolitik ausdrücklich fest, dass die Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagements die Transparenz der Leistungsqualität schafft, deren Verbindlichkeit und Überprüfbarkeit erhöht und deren Nachweisbarkeit gegenüber Dritten sichert. Es ist ein zentraler Aspekt der Qualitätsmanagement-Strategie der Freien Wohlfahrtspflege, regelmäßig zu überprüfen, ob die fachlichen und wertebezogenen Qualitätsanforderungen wie auch die Anforderungen an das Qualitätsmanagement umgesetzt und eingehalten werden. Eine solche Prüfung wird durch unabhängige akkreditierte Zertifizierungsstellen sicher gestellt, die die fachliche und formale Kompetenz besitzen, die Qualitätsfähigkeit eines Dienstleistungsunternehmens und die Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen zu begutachten und zu bescheinigen.

Qualitätswettbewerb setzt Selbstverantwortung und Gestaltungsräume für die Dienstleistungserbringer voraus. Ein Qualitätswettbewerb kann daher nicht durch staatliche Kontrollen befördert werden, sondern vor allem durch die Stärkung der Verantwortung der Träger und Verbände. Das Ordnungsrecht kann sich auf die Gefahrenabwehr beschränken, wenn die Träger mit ihren Einrichtungen und Diensten ihre Leistungs- und Qualitätsfähigkeit nachweisen können und dies durch eine unabhängige regelmäßige Überprüfung bestätigt wird. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Regelungen des § 114 Abs. 3 und die Vertragslösung hinsichtlich der Definition der Anforderungen an solche, von den Träger veranlasste Prüfungen nach § 113 Abs. 1 Nr. 2 und 3. Unverständlich bleibt jedoch, warum im Gesetzentwurf die Quote der Stichprobenprüfung von zertifizierten Einrichtungen von 10 % (Referentenentwurf vom 10.09.07) auf 20 % heraufgesetzt wurde. Es gilt zu bedenken, dass jede Ausweitung der MDK-Prüftätigkeiten Mittel der Pflegeversicherung auf Kosten der Leistungen für Pflegebedürftige bindet.

Lösungsvorschlag

keiner

Schiedsstelle

Gesetzentwurf

Die Vertragsparteien nach §113 SGB XI sollen lt. § 113 b erstmalig eine Schiedsstelle einrichten. Diese soll dazu dienen, eventuelle Konflikte zwischen den Vertragsparteien (z. B. bei Vereinbarung der Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität) ziel- und ergebnisorientiert zu beenden.

Bewertung:

Die Einführung einer Schiedsstelle auf Bundesebene als Instrument der Konfliktlösung wird begrüßt.

Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

Die Neuregelung der Qualitätsprüfungen in § 114 SGB XI stellt eine Konkretisierung des bisherigen § 112 Abs. 3 SGB XI dar. In diesem Zusammenhang fördert der Gesetzgeber auch den Ansatz einer Stärkung des internen Qualitätsmanagements, indem von den Einrichtungen und Diensten veranlasste Prüfungen den Turnus für die Regelprüfung verlängern bzw. den Prüfumfang verringern.

Bewertung

Es gilt der Grundsatz: "Qualität lässt sich nicht in Einrichtungen hereinprüfen". Daher wird begrüßt, dass sich der Turnus und der Umfang der Regelprüfung reduziert, sofern im Prüfzeitraum von drei Jahren Heimaufsichtsprüfungen, Prüfungen nach Landesrecht oder von den Einrichtungen selbst veranlasste Prüfungen nach anerkannten Verfahren erfolgten. Dass die Anforderungen an diese Prüfungen auf Bundesebene unter Beteiligung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI geregelt werden ist sinnvoll. Dass die Anerkennung dann aber auf Landesebene erfolgt, erscheint vor dem Hintergrund des bürokratischen Aufwands bei entsprechenden Anerkennungsverfahren in 16 Bundesländern als unangemessen.

Lösungsvorschlag:

§ 114 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ist, wie folgt, zu ändern:

„Voraussetzung hierfür ist, dass die Prüfung nach einem durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1 Satz 6 veröffentlicht werden.“

Qualitätsprüfrichtlinien

Gesetzesentwurf

An der Erstellung der Richtlinien werden die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der 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 beteiligt.

Bewertung

Der Gesetzesentwurf ordnet nun die Inhalte des bisherigen § 80 SGB XI dem Kapitel über die Qualitätssicherung (§ 112 ff. SGB XI) zu. Mit der Neuordnung des bisherigen § 80 SGB XI in § 113 SGB XI soll die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in einem engen Zusammenhang mit den weiteren Vorschriften der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gestellt werden. Nach § 113 SGB XI sollen die Verbände der Leistungsträger und der Leistungserbringer gemeinsam und einheitlich Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität festlegen. Diese Vereinbarungen werden unmittelbar verbindlich und damit für die Pflegeeinrichtungen in Deutschland zwingendes Recht sein. Die BAG FW weist darauf hin, dass es bislang versäumt wurde, die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI inhaltlich mit den Qualitätsprüfungsrichtlinien (§ 114a Abs. 7 SGB) zu verknüpfen. Dies ist sowohl im Gesetzeswortlaut wie in der Gesetzesbegründung nachzuholen.

Die Qualitätsvereinbarung gemäß § 113 SGB XI und ihre Schlüsselfunktion bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verlieren weiterhin deutlich an Relevanz, wenn die Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDS in § 114 SGB XI Abs. 7 weitergehende und andere Anforderungen für Qualitätsprüfungen durch die MDKs 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 beruht. Die jetzt im Gesetzesentwurf vorgesehene gesetzliche Verankerung einer Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege an den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (QPR) stellt zwar eine Weiterentwicklung der gegenwärtigen Regelungen dar. Eine Beteiligung bildet aber gegenüber einer Vereinbarungslösung nach § 113 SGB XI nur die zweitbeste Alternative.

Nach Auffassung der BAG FW sind deshalb die Inhalte und die methodischen Anforderungen an die Richtlinien über die Qualitätsprüfungen des MDK gemeinsam und einheitlich unter den Vertragspartnern zu vereinbaren. Dies entspricht auch der gemeinsamen Qualitätsverantwortung der Vertragsparteien.

Um eine Gleichbehandlung der Wohlfahrtsverbände mit den Verbänden der gewerblichen Träger herzustellen müsste im Rahmen einer Beteiligung zudem geregelt werden, dass nicht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege als eine Institution beteiligt wird, sondern die einzelnen Verbände der BAG FW.

Lösungsvorschlag

§114 a Abs. 7 wird folgendermaßen geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Pflegekassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Die Verbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Verband der privaten Krankenversicherung, sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. (...)“

In § 17 SGB XI sind die die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege betreffenden Angaben analog zu ändern.

6. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI)

Gesetzesentwurf

Auch Personen, die nicht in eine Pflegestufe eingruppiert sind, aber dennoch durch z.B. demenzbedingte Fähigkeitsstörungen erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz haben, sollen zukünftig Leistungen der Betreuung aus der Pflegeversicherung erhalten.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt, dass nun auch Personen, die nicht in eine Pflegestufe eingruppiert sind, aber dennoch durch z.B. demenzbedingte Fähigkeitsstörungen erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz haben, Leistungen erhalten. Gerade dieser Personenkreis kann wegen des verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach §14 SGB XI keine anderen Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Die Ausweitung der Leistungshöhe für zusätzliche Betreuungsleistungen von 460 Euro jährlich auf bis zu 2400 Euro jährlich ist positiv zu bewerten. Problematisch ist es jedoch, dass in diese Lösung der stationäre Bereich nicht einbezogen ist. Der vorgesehenen Regelung, nicht verwendete Mittel nur noch in das folgende Kalenderquartal übertragen zu können, stimmen wir nicht zu, da sie den Anspruch des Versicherten begrenzt.

Als problematisch erachtet die BAGFW, dass die Höhe des Leistungsanspruchs künftig vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf der Grundlage von Richtlinien, die unter Beteiligung des MDK erarbeitet werden sollen, festgelegt wird. Der Gesetzgeber ist gefordert zumindest einen Rahmen für die MDK-Empfehlung vorzugeben. Ausweislich der amtlichen Begründungen soll sich die Höhe des Anspruchs dabei nicht am festgestellten Bedarf an Betreuung ausrichten, sondern an der persönlichen Situation und den festgestellten dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen. Der Begriff „persönliche Situation“ ist ein in seiner Ausgestaltung und Reichweite unbestimmtes Kriterium. Damit kommt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem MDK ein großer Interpretationsspielraum und eine hohe Definitionsmacht zu. Dies wird unserer Einschätzung nach in der Praxis zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führen.

Lösungsvorschlag

Der Leistungsanspruch soll wie bisher auf das folgende Kalenderjahr übertragen werden können.

Mit Blick auf eine unbürokratische Leistungsgewährung und im Hinblick auf eine zielführende zeitnahe Inanspruchnahme der Leistungen durch den berechtigten Personenkreis halten wir eine Leistungsgewährung von 200 € monatlich für alle Leistungsberechtigten für notwendig.

Der erweiterte Leistungsbetrag für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz stellt im Übrigen eine Interimslösung bis zum Abschluss der Reform des

Pflege(bedürftigkeits-)begriffs im Winter 2008 dar. Da es sich um eine Zwischenlösung handelt, ist unserer Ansicht nach ein einfaches und zeitnah umsetzbares Verfahren zur Festlegung des entsprechenden Betreuungsaufwands erforderlich. Deshalb sollte bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ein einheitlicher Leistungsbetrag ohne zusätzliche Festlegung im Einzelfall vergeben werden. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die hier für jeden Einzelfall geplanten Festlegungen der Höhe des Anspruchs von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ab.

Die Notwendigkeit einer Richtlinie des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen entfiel gleichzeitig entstände ein entbürokratisierender Effekt.

7. Pflegezeitgesetz

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung/ Freistellung (§ 2 Pflege-ZG)

Gesetzesentwurf

Beschäftigte haben das Recht, bis zu 10 Arbeitstage der Arbeit fern zu bleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Bewertung

Die Verbände der BAG FW begrüßen diese Regelung, die einen Anspruch auf eine kurzfristige Freistellung begründet, innerhalb derer sich die Beschäftigten um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern können.

Bedauerlicher Weise ist im Kabinettsentwurf § 44a Abs. 3 SGB XI entfallen, der im Referentenentwurf mit dem Pflegeunterstützungsgeld eine finanzielle Absicherung während der kurzfristigen Freistellung nach § 2 PflegeZG vorgesehen hatte. 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 Arbeitnehmer/innen wegen der Erkrankung eines Kindes Freistellung, verbunden mit einem Anspruch auf Krankengeld, zusteht.

Im Gesetzesentwurf bleibt unklar, in welchen Zeiträumen und für welchen Personenkreis der Anspruch auf zehntägige Freistellung besteht.

Lösungsvorschlag

Die Verbände der BAG FW regen deshalb an, die finanzielle Absicherung während der Freistellung nach § 2 PflegeZG und insbesondere das Zusammentreffen mit Ansprüchen auf Fortzahlung der Vergütung nach dem Modell des § 45 SGB V zu regeln. Es sollte in § 2 Abs. 1 PflegeZG geregelt werden, ob der Anspruch entweder in jeder eintretenden Pflegesituation erneut entsteht oder ob sich Beschäftigte pro Kalenderjahr jeweils zehn Tage für die Pflege naher Angehöriger freistellen lassen könnten.

Pflegezeit – Allgemeine Regelungen (§ 3 PflegeZG)

Gesetzesentwurf

Mit der Regelung in § 3 Abs. 1 Satz 1 PflegeZG wird ein besonderer Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung zur Pflege naher Angehöriger gesetzlich verankert.

Bewertung

Die Verbände der BAG FW begrüßen grundsätzlich die Einführung einer Pflegezeit, nach der Beschäftigte auf ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Damit wird aus familien- und 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. Des Weiteren 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.

Lösungsvorschlag
keiner

8. Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie Altenpflegeberufe (Artikel 5 § 63 Abs. 3b und c SGB V)

Gesetzesentwurf

Mit der Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben im Rahmen des § 63 SGB V wird erstmals die eigenständige Erbringung heilkundlicher Tätigkeiten für die Berufe nach dem Alten- und Krankenpflegegesetz möglich.

Bewertung

Zukünftig ist mit der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Alten- und Krankenpflegeberufe eine Diversifizierung der Aufgaben dieser Berufe möglich, die auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und zum Ausbau der Prävention dringend notwendig ist. Den beiden Gesundheitsberufen wird dadurch ermöglicht Tätigkeitsfelder zu erproben, die dem eigenen Qualifikationsniveau entsprechen. Die BAG FW begrüßt deshalb die mit der Erweiterung des § 63 Abs. 3 geschaffene Möglichkeit von Modellvorhaben.

Damit die Modellvorhaben jedoch auch zeitnah nach In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gestartet werden können und auch auf Berufsangehörige mit bereits vorhandener entsprechender Qualifikation ausgedehnt werden können, sollten Übergangsregelungen geschaffen werden, die dafür sorgen, dass die vorgesehenen und für die Modellversuche notwendigen Qualifikationen auch auf anderem Wege als der grundständigen Ausbildung, z.B. über entsprechende Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen bereits ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. Altenpflegekräfte nachgewiesen werden können.

Lösungsvorschlag

Eine formale Anerkennung der erworbenen Qualifikationen von bereits ausgebildeten und entsprechend fort- und weitergebildeten Gesundheits- und Krankenpflegekräften bzw. Altenpflegekräften könnte über die zuständigen Ministerien der Länder erfolgen. Im § 63 Abs. 3 c werden folgende Satzteile bzw. Sätze (fett gedruckt) eingefügt:

„Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes oder aufgrund eines Nachweises entsprechender Studiengänge, Fort- oder Weiterbildungen qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Eine Anerkennung der entsprechenden Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen erfolgt über die zuständigen Ministerien der Länder. Satz 1 und 2 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“

Änderung der Ausbildungsordnung für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie Altenpflegeberufe (Artikel 15 KrPflG und Artikel 16 AltPflG)

Gesetzesentwurf

Im Hinblick auf die in § 63 Abs. 3c SGB V vorgesehenen Modellvorhaben werden Änderungen des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes, bzw. der Ausbildungsordnung vorgenommen.

Bewertung

Die BAG FW begrüßt die Erweiterung der Ziele und Inhalte der Ausbildung. Damit die Modellvorhaben jedoch auch zeitnah nach In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gestartet werden können und bereits ausgebildete und geprüfte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sowie Altenpflegekräfte nicht ausgeschlossen werden, sollten Übergangsregelungen geschaffen werden, die dafür sorgen, dass die für die Modellvorhaben vorgesehenen Qualifikationen auch auf anderem Wege, z.B. über entsprechende Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen

gen von bereits ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegekräften sowie Altenpflegekräften nachgewiesen werden können. Dies gilt um so mehr, als Staatsangehörige aus anderen EU-Staaten mit einem entsprechenden Ausbildungsnachweis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der Modellversuche berechtigt sind.

Lösungsvorschlag

S.o. zu § 63 SGB V Abs. 3 c