



**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen  
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfwG, Dr. 16/7439)  
Stand 17. Oktober 2007**

**I. Zusammenfassung**

**Generelle Bewertung**

Mit dem Gesetzesentwurf zum PfwG hat die Bundesregierung ein in vielen Punkten positiv zu bewertendes Konzept zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur vorgelegt: Leistungen wurden verbessert und ausgeweitet, wenngleich auch nicht in hinreichendem Maße. Die häusliche und ambulante Pflege wird durch die Schaffung von wohnortnahen Pflegestützpunkten und Pflegeberatern, die Förderung niedrigschwelliger Angebote, die Verbesserung der Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement sowie durch die Einführung einer sechsmonatigen Pflegezeit und einer zehntätigen Freistellungsmöglichkeit von der Arbeit gestärkt. Bedauerlich ist allerdings, dass es auch mit dieser Reform nicht gelungen ist, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine nachhaltige Basis zu stellen.

**1. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung**

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten und die Einführung eines Fallmanagements ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ein guter Ansatz zur Stärkung einer besser auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen ausgerichteten Infrastruktur. Die Beratung durch die Pflegestützpunkte sollte jedoch allen hilfebedürftigen Menschen offen stehen und nicht nur Menschen, die bereits

---

Herausgegeben von  
Deutscher Caritasverband e.V.  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik  
Prof. Dr. Georg Cremer  
Generalsekretär

**Kontakt Deutscher Caritasverband e. V.**  
Dr. Franz Fink  
Leiter Referat Alten-, Behindertenhilfe und Gesundheitsförderung  
Telefon: 0761 200-366, E-Mail: [franz.fink@caritas.de](mailto:franz.fink@caritas.de)  
Lorenz-Werthmann-Haus  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.

Dr. Elisabeth Fix  
Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik  
Telefon: 030 284447-46, E-Mail: [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)  
Berliner Büro  
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin

**Kontakt Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)**  
Andreas Leimpek-Mohler, Geschäftsführer  
Telefon: 0761 200-460, E-Mail: [andreas.leimpek-mohler@caritas.de](mailto:andreas.leimpek-mohler@caritas.de)  
Lorenz-Werthmann-Haus  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Viele Länder nehmen bereits ihre Verantwortung für die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von Beratungsstrukturen wahr. Diese bestehenden Strukturen gilt es auszubauen und qualitativ weiterzuentwickeln, um nicht unnötig Doppelstrukturen zu schaffen. Die Ausgestaltung der Pflegestützpunkte sollte in Empfehlungen auf Bundesebene unter Beteiligung der Länder und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geregelt werden; der konkrete Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten sollte landesrechtlichen Regelungen überlassen bleiben. Die Finanzierung der Pflegestützpunkte sollte anteilig aus Mitteln der Pflegeversicherung und der Länder erfolgen. Als problematisch bewertet der Deutsche Caritasverband die fehlende Neutralität und Unabhängigkeit der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Pflegeberatung im Rahmen der Pflegestützpunkte, denn der Pflegeberater besitzt die gleichzeitige Kompetenz für die Feststellung des Hilfebedarfs, die Erstellung und Koordinierung eines Versorgungsplans einerseits sowie für die Entscheidung über die Gewährung oder Ablehnung einer Leistung andererseits. Aufgrund dieser Kompetenzfülle besteht die Gefahr von Interessenskonflikten. Daher fordert der Deutsche Caritasverband, dass die Pflegeberater nicht bei den Pflege- und Krankenkassen angestellt werden dürfen, sondern bei Pflegestützpunkten als Einrichtungen in eigenständiger Rechträgerschaft.

## **2. Einführung einer Pflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Der Deutsche Caritasverband sieht in der Einführung einer sechsmonatigen Pflegezeit und in der zehntätigen kurzzeitigen Arbeitsfreistellung einen wichtigen Schritt zur Stärkung der häuslichen Pflege und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Das noch im Referentenentwurf vorgesehene und im Gesetzesentwurf gestrichene Pflegeunterstützungsgeld halten wir für gesellschaftspolitisch geboten. Die Inanspruchnahme der Leistungen soll unabhängig von der Betriebsgröße für alle pflegenden Angehörigen gelten, sofern keine dringenden dienstlichen oder betrieblichen Belange entgegen stehen. Um zu vermeiden, dass die Pflegezeit nur von denjenigen genutzt wird, die sich dies finanziell leisten können, wird vorgeschlagen, über eine bedarfsgeprüfte Unterstützungsleistung nachzudenken.

## **3. Leistungsverbesserungen für Demenzkranke im häuslichen Bereich**

Die Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand auf Pflegestufe 0 wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich begrüßt. Positiv zu bewerten ist auch die deutliche Anhebung der Leistungen von gegenwärtig bis 460 Euro auf künftig bis zu 2400 Euro jährlich. Im Hinblick auf eine unbürokratische Leistungsgewährung und eine zeitnahe Inanspruchnahme der Leistungen durch den berechtigten Personenkreis halten wir jedoch eine pauschale Leistungsgewährung von 200 Euro monatlich für alle Leistungsberechtigten und damit die Streichung der „bis zu-Regelung“ für Ziel führend. Des Weiteren hält der Deutsche Caritasverband es für geboten, auch die stationär betreuten Demenzkranken in den Kreis der Anspruchsberechtigten nach § 45a einzubeziehen.

## **4. Rehabilitation und Prävention**

Die Verpflichtung zur Eruiierung des Rehabilitations- und Präventionspotenzials, zur Empfehlung eines individuellen Pflegeplans und zur Information des Versicherten, des behandelnden Arztes und Rehabilitationsträgers wird positiv bewertet. Auch die Zahlung eines Ausgleichbetrags der Pflegekassen an die Pflegeheime im Falle einer Niedrigstufung infolge von Rehabilitation ist als erster Schritt in die richtige Richtung zu würdigen. Nicht nachvollziehbar ist die Beschränkung dieses Ausgleichsanspruchs auf den Bereich der vollstationären Pflege. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Befristung der Einstufung muss auf Fälle beschränkt bleiben, in denen Präventions-,

Rehabilitations- oder Krankenbehandlungsleistungen erbracht werden. Eine von Sachgründen unabhängige generelle Höchstdauer der Befristung einer Einstufung auf drei Jahre lehnen wir ab.

## **5. Leistungssätze**

Einen Schritt nach vorne stellt die, wenngleich auch nur moderate Anhebung der Leistungssätze für das Pflegegeld, die häusliche Pflege, die ambulante Pflege, die Tagespflege, die Verhinderungspflege, der Kurzzeitpflege und die stationären Pflege in Stufe III dar. Gleichzeitig kritisiert der Deutsche Caritasverband, dass fast alle Leistungen angehoben werden sollen, der Höchstbetrag, mit dem sich die Pflegekassen an der Pflege von Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI beteiligen, jedoch unverändert bleibt. Es wird gefordert, diesen Betrag auf das Niveau der ambulanten Sachleistungen nach § 36 Abs. 3 SGB XI anzuheben. Der Deutsche Caritasverband weist auch darauf hin, dass die Leistungssätze im stationären Bereich solange höher als im häuslichen Bereich bemessen bleiben müssen, wie die Ungleichbehandlung in Bezug auf die Behandlungspflege und die Ansprüche auf Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel besteht. In diesem Zusammenhang setzen wir uns wiederholt für eine systemkonforme Rückführung der Behandlungspflege ins SGB V ein. Da die Dynamisierung erst im Jahr 2014 geprüft werden soll und frühestens 2015 einsetzen kann, ist jedoch ein weiterer Realwertverlust der Leistungssätze zu erwarten. Die Dynamisierung soll nicht mit Verweis auf gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen ausgesetzt werden können. Da die Kosten der Pflege überwiegend durch Lohnkosten determiniert sind, ist die Dynamisierung an die Bruttolohnentwicklung anzuknüpfen.

## **6. Einzelpflegekräfte**

Die Erweiterung der Möglichkeiten zum Einsatz von Einzelpflegekräften wird als sinnvoll angesehen, wenn sie dem Wunsch pflegebedürftiger Menschen entspricht oder in einer Region eine Unterversorgung besteht. Gleichzeitig fordert der DCV, dass sich die Regelungen zur Qualitätssicherung an den Qualitätsanforderungen orientieren, die auch für alle anderen Leistungserbringer im SGB XI gelten. Auch das Gebot einer ortsüblichen bzw. tariflichen Bezahlung ist systematisch auf Verträge mit Einzelpflegekräften zu übertragen.

## **7. Förderung ehrenamtlicher Strukturen**

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbandes. Der Gesetzgeber soll jedoch dafür Sorge tragen, dass auch diese Angebote der Qualitätssicherung unterworfen werden und dass die neuen Strukturen nach einer Modellförderung in die Regelförderung überführt werden können. Statt einer Verankerung der Refinanzierung in den Vergütungen und Pflegesätzen ist eine gesonderte Förderung analog zu § 39a SGB V zu erwägen, denn der vorgesehene Verfahrensweg führt zu höheren Kosten für die Pflegebedürftigen und benachteiligt zudem alle sich nicht über Pflegesätze und Vergütungen refinanzierenden Anbieter, wie z.B. Selbsthilfegruppen.

## **8. Neuregelungen zur Qualitätssicherung**

Nachdrücklich begrüßt wird die im Gesetzesentwurf zum Ausdruck kommende Stärkung des Ansatzes des internen Qualitätsmanagements, indem Turnus und Umfang der Regelprüfung reduziert werden, sofern im Prüfzeitraum von 3 Jahren selbst veranlasste Zertifizierungsprüfungen oder Heimaufsichtsprüfungen erfolgt sind. Die Stichprobenprüfung soll dabei allerdings auf 10% der zertifizierten Einrichtungen beschränkt bleiben. Des Weiteren soll der Gesetzgeber verbindlich die Verknüpfung zwischen den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der

Pflegequalität nach § 113 mit den Qualitätsprüfrichtlinien nach § 114a Abs. 7 regeln. Unterstützt wird auch das Bestreben des Gesetzgebers nach einer höheren Transparenz für Verbraucher durch Veröffentlichung der Prüfergebnisse in verständlicher Form. Positiv bewertet wird, dass die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der Prüfberichte beteiligt werden müssen. Da für die Messung von Ergebnisqualität bisher aber keine evidenzbasierten und reliablen Indikatoren auf der Basis valider Messverfahren vorliegen, wird ein gestuftes Verfahren vorgeschlagen: In einem ersten Schritt sollen auf der Grundlage der derzeitig vorhandenen Daten von Trägern und Prüfinstitutionen gemeinsam Qualitätsberichte im Bereich der Struktur- und Prozessqualität entwickelt werden. In einem zweiten Schritt soll auf Basis valider und konsentierter Ergebnisqualitätsindikatoren eine Weiterentwicklung vergleichender und ergebnisorientierter Qualitätsberichtserstattung erfolgen. Im gleichen Maß sollten deshalb die Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen jedoch auch an der Erstellung der Prüfrichtlinien beteiligt werden. Der Gesetzgeber muss zudem durch Gewährung eines Anhörungsrechts der Einrichtung und durch Sicherstellung einer Berichtigungspflicht des MDK sicherstellen, dass diese verfahrensrechtlich justiziabel gegen fehlerhafte MDK-Prüfberichte vorgehen kann. Bei festgestellten Mängeln soll den Einrichtungen eine Wiederholungsprüfung ermöglicht werden.

## **9. Leistungserbringungsrechtliche Veränderungen**

- Befürwortet wird die vom DCV seit langem geforderte Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf das Vorliegen hinreichender Anhaltspunkte.
- Positiv zu bewerten ist auch die Möglichkeit, zukünftig Zuschläge zum Pflegesatz für Härtefälle vereinbaren zu können. Darüber hinaus sollen Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45a in die Systematik der Pflegeklassen aufgenommen werden. Für diesen Personenkreis soll ein entsprechender Zuschlag zum Pflegesatz festgelegt werden können.
- Als nicht ausreichend wird die im Entwurf vorgesehene Regelung zum externen Vergleich bewertet, denn Preisvergleiche sind nur aussagefähig, wenn sie in Relation zu Qualitätskriterien gesetzt werden und neben den ortsüblichen auch die tariflichen Vergütungen zugrunde gelegt werden.
- Die Neuregelungen zum Gesamtversorgungsvertrag führen zu einer Entbürokratisierung. Die Forderung, dass Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden dürfen, die eine ortsübliche Vergütung an ihre Mitarbeiter bezahlen, ist jedoch dringend um das Kriterium einer tariflichen Vergütung zu ergänzen, da die ortsübliche Vergütung auch die Vereinbarung auf ein Lohnniveau unterhalb des angemessenen tariflichen Lohns beinhalten kann.
- In Bezug auf das Ende der Zahlungspflicht des Heimbewohners im Todesfall fordert der Deutsche Caritasverband abweichend vom Gesetzesentwurf eine Obergrenze von 5 Tagen, um den Angehörigen einen den Pietätserfordernissen entsprechende angemessene Frist für das Räumen des Wohnraums zu ermöglichen.
- Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands wird das im Gesetzesentwurf vorgesehene Pooling nur in geringem Umfang, nämlich bei einzelnen Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung in Wohngemeinschaften, zu nennenswerten Kostenersparniseffekten führen, die dann als zusätzliche Ressourcen für Betreuungsleistungen einsetzbar sind. Ein individueller Rechtsanspruch auf Betreuungsleistungen muss grundlegend in § 14 SGB XI verankert werden. Um diesen Anspruch zu sichern, sollten auch die ambulanten Pflegesachleistungen für soziale Betreuungsleistungen geöffnet werden.
- Generell erkennt der Deutsche Caritasverband den Ausbau der Eingriffe in die Vertragsfreiheit der Vertragsparteien, z.B. bei der Regelungen für Leistungen bei vorübergehender Abwesen-

heit (§ 43 Abs. 5 SGB XI), bei der Festlegung eines Einzugsgebiets (§ 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI) oder bei der Trennung von Unterkunft- und Verpflegungskosten (§ 87 S. 1 SGB XI). Die Tendenz, dass Regelungsgegenstände des Leistungserbringungsrechts unmittelbar in das Leistungsrecht einfließen, wird durch das PflWG noch weiter vorangetrieben.

## 10. Berufsrechtliche Neuregelungen

Der Deutsche Caritasverband befürwortet die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einstellung eines Heimarztes, um dem Problem der häufig unzureichenden medizinischen Versorgung von stationär betreuten Menschen zu begegnen. Gesetzlich ist dabei jedoch sicherzustellen, dass das Wunsch- und Wahlrecht in der Arztauswahl erhalten bleibt. Zur besseren Versorgung geriatrischer Patienten soll ein Rechtsanspruch auf ein jährliches geriatrisches Assessment zu Lasten der Krankenkasse eingeführt werden. Daran sind neben den Ärzten auch die Pflegekräfte zu beteiligen. Die auf der Basis von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und c SGB V geschaffene Möglichkeit zur eigenständigen Erbringung heilkundlicher Tätigkeiten für Berufe nach dem Alten- und Krankenpflegegesetz wird ausdrücklich befürwortet. Um die Modellvorhaben jedoch zeitnah starten zu können, bedarf es weiterer Übergangsregelungen, die dafür sorgen, dass die vorgesehenen Qualifikationen auch auf anderem Wege als der grundständigen Ausbildung nachgewiesen werden können.

## 11. Finanzierung

Bedauerlich ist, dass es nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht gelingen wird, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine nachhaltige Grundlage zu stellen. Die oben genannten wesentlichen Reformschritte in der Sozialen Pflegeversicherung bedürfen dringend der finanziellen Absicherung. Der Deutsche Caritasverband hat dazu Finanzierungsvorschläge entwickelt, die nachfolgend skizziert werden:

Vorgeschlagen wird ein mehrstufiges Modell für eine zukunftsfähige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung:

Stufe I: Finanzierung der Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten

a) „Risikowahrscheinlichkeitsausgleich“ zwischen der Sozialen Pflegeversicherung und der Privater Pflegeversicherung

Die Private Pflegeversicherung soll zukünftig an die Soziale Pflegeversicherung Zahlungen leisten, weil sie aufgrund der bekannten Risikoentmischungstendenzen die besseren Risiken versichert und deshalb niedrigere Ausgaben hat. Die Private Pflegeversicherung wird damit nicht generell in Frage gestellt. Die Altersrückstellungen der Privaten Pflegeversicherung sollen nicht aufgelöst werden. Wenn die Ausgaben je Versicherten der Privaten Pflegeversicherung den Ausgaben je Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung entsprechen sollen, müsste die Private Pflegeversicherung jährlich rund 1,259 Mrd. Euro an die Soziale Pflegeversicherung zahlen. Das bedeutet in der Sozialen Pflegeversicherung knapp 0,13 Beitragssatzpunkte.

b) Entlastung der Beitragszahler zur Sozialen Pflegeversicherung von allen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben durch Finanzierung aus Steuermitteln

Die kostenfreie Mitversicherung in der Sozialen Pflegeversicherung von Kindern und Ehegatten stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Im Jahresgutachten 2005 des Sachverständigenrats (Ziffer 535) wurde der Teil der versicherungsfremden Leistungen in der SPV an die Kinder und mitversicherten Ehegatten mit 4,6 Mrd. Euro beziffert. Darunter wird die versicherungsfremde Umverteilung an die Kinder auf 3,1 bis 3,4 Mrd. Euro geschätzt.

Stufe II: Bildung eines kollektiven Kapitalstocks zur Abfederung der Belastungen im demographischen Übergang bis 2050

Für die Übergangsphase wird ein weiterhin einkommensorientiertes System verbunden mit der Bildung eines kollektiven Kapitalstocks vorgeschlagen: Demzufolge soll der Beitragssatz heute erhöht werden, um einen kollektiven Kapitalstock aufzubauen, der dann später wiederum zur Beitragssatzsenkung eingesetzt wird. Zunächst wird ein bis zum Jahr 2050 konstanter Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung ermittelt, der es ermöglicht, anfänglich einen Kapitalstock aufzubauen, der verzinslich angelegt und später zur Beitragssatzstabilisierung komplett wieder aufgelöst wird. Sichergestellt werden muss, dass dieser Kapitalstock nur zur Beitragsglättung verwendet wird, d.h. politischen Zugriffen unzugänglich gemacht wird.

## II. Zu den Gesetzesvorschlägen im Einzelnen

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

#### Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht in § 92 c SGB XI vor, dass zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen und Leistungsberechtigter nach § 45 a 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

Der Deutsche Caritasverband 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 oder 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 Länder und Kommunen unter Einbeziehung der Verbände. Die im Gesetz vorgesehene Einrichtung von Pflegestützpunkten berücksichtigt nicht ausreichend die bereits in einigen Ländern vorhandenen, u. a. auch von den Wohlfahrtsverbänden geschaffenen und getragenen Beratungsstellen. Zudem werden die bereits vorhandenen Beratungsstrukturen und -kompetenzen der Verbände der Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend miteinbezogen: die Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI und Beratung und Schulung in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI. Hier wird seit Jahren mit fachlich dafür weitergebildetem Personal Beratung für Pflegebedürftige angeboten. Diese Strukturen würden zerstört, wenn Kommunen und Verbände nicht verpflichtend in die Konzeption der Pflegestützpunkte miteinbezogen werden. 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 ist ein aufsuchender Ansatz, den ambulante Pflegediensten mit ihrem speziell weitergebildeten Personal seit Jahren leisten, von entscheidender Bedeutung, vor allem im ländlichen Raum, wo Pflegebedürftige sonst große Wege zurücklegen müssten. Deshalb 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.

Die Ausgestaltung der Pflegestützpunkte sollte in Empfehlungen auf Bundesebene unter Beteiligung der Kommunen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geregelt werden. Die konkrete Gestaltung des Aus- und Aufbaus von Pflegestützpunkten sollte landesrechtlichen Regelungen überlassen bleiben. Dazu sollte es in den Ländern Landesrahmenempfehlungen geben. Außerdem sollten die Länder in die Förderung und Finanzierung von Pflege-

stützpunkten miteingebunden werden. Auf regionaler Ebene müssen Kommunen und Träger von Pflegeeinrichtungen zwingend in die Verträge zu Pflegestützpunkten einbezogen werden.

Zudem bietet die derzeitig vorgesehene Trägerschaft der Stützpunkte allein durch die Pflege- und Krankenkassen nicht die für die Beratung und Begleitung Pflegebebedürftiger 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 muss unabhängig sein und Unterstützungs- und Leistungsmöglichkeiten eröffnen. Über die Genehmigungspflichten der Leistungsträger ist die Anspruchsbegrenzung und Kontrolle über die Leistungen ausreichend abgesichert.

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

Zudem würde die Einflussnahme der Pflegekassen auf die Gestaltung der regionalen Versorgungsstrukturen unangemessen erweitert, auch in Verbindung mit den erweiterten Möglichkeiten zu Vertragsabschlüssen mit Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI, der Vermittlung von Personal für Pflege und Betreuung in Zusammenarbeit mit den Trägern für Arbeitsförderung und dem Angebot niedrigschwelliger Betreuungsleistungen nach § 45 b. Hier entsteht der Eindruck, als sollte ein Parallelsystem geschaffen werden, das hinsichtlich der Qualität unter völlig anderen Voraussetzungen und Bedingungen arbeiten kann, als sie für die institutionellen Versorgungsstrukturen in der Pflege gelten (vgl. zur Frage der Qualität auch unsere Stellungnahme zu § 37, § 45b, § 77). Es entsteht eine Machtfülle durch Beratung, Entscheidung über die Leistungsgewährung, die gleichzeitige Vermittlung von Dienstleistungen und durch das Angebot von Dienstleistungen.

Ein Fallmanagement zur Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Durchführung, Überwachung und Anpassung der erforderlichen Maßnahmen des Versorgungsplans etc. erfordert unseres Erachtens eine Qualifikation im Case Management. Die Weiterbildung im Case Management (vgl. die Standards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management) baut auf einer sozialberuflichen oder gesundheitsberuflichen Fachausbildung mit entsprechender Berufserfahrung auf. Deshalb muss der Pflegeberater eine Qualifikation im Case Management vorweisen. Eine Qualifikation als Sozialversicherungsfachangestellte reicht unseres Erachtens für diese Tätigkeit nicht aus.

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 jedoch 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.

Des Weiteren reicht die Fördersumme von 80 Mio. Euro zur Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte nicht aus, um die vom Gesetz vorgesehenen 4000 Pflegestützpunkte mit einer geschätzten Anschubfinanzierung von 45.000 - 50.000 Euro zu fördern. Problematischer ist jedoch, dass eine nachhaltige Finanzierung der Pflegestützpunkte aus dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht ersichtlich wird.

## Lösungsvorschläge

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 soll aus Sicht des DCV anteilig aus den Mitteln der Pflegeversicherung und der Länder und Kommunen erfolgen. Damit wird sowohl der Infrastrukturverantwortung der Pflegekassen als auch der Länder Rechnung getragen.

Die bereits vorhandenen Beratungsstellen in den Ländern 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).

Die in der Stellungnahme des Bundesrats (718/07) vorgesehenen und vom Deutschen Caritasverband befürworteten Bundesempfehlungen zur Ausgestaltung der Pflegestützpunkte sind 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 erarbeiten.

Um die Unabhängigkeit von Pflegestützpunkten zu gewährleisten, müssen sie Einrichtungen in eigenständiger Rechtsträgerschaft sein. Die Pflege- und Krankenkassen schließen dazu mit den Kommunen und Sozialhilfeträgern einen Vertrag zur Errichtung eines Pflegestützpunktes. Die Pflegestützpunkte sind dabei Einrichtung in eigenständiger Rechtsträgerschaft. Die Pflegeberater sind in diesen Pflegestützpunkten angestellt.

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 Bundesempfehlungen getroffen werden, um so eine qualitätsgesicherte Arbeit der Pflegestützpunkte, gleich welcher Trägerschaft, zu ermöglichen.

## **2. Rehabilitation und Prävention (§18 Abs. 6 i.V. mit § 31 Abs. 3 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

In § 18 Abs. 6 i.V. mit § 31 Abs. 3 SGB XI ist eine Prüfung des medizinischen Rehabilitationspotenzials bei der MDK-Begutachtung vorgesehen, in § 18 Abs. 6 SGB XI zudem die Eruiierung des Präventionspotenzials. Der MDK hat einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen, den Versicherten, seinen behandelnden Arzt und die Rehabilitationsträger entsprechend zu informieren sowie in angemessenem Abstand zu überprüfen, ob entsprechende Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden. In § 33 SGB XI ist des Weiteren geregelt, dass die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die

Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden kann, sofern eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist. Für aktivierende und rehabilitative Pflege sollen die stationären Pflegeeinrichtungen einen Betrag von 1.536 Euro erhalten, sofern durch diese Maßnahmen eine Niedrigerstufung erfolgt (§87a Abs. 4 SGB XI). In § 40 Abs. 3 SGB V soll schließlich geregelt werden, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1.536 Euro für diejenigen Versicherten bezahlt, für welche innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden.

## Bewertung

Insgesamt bedeuten die neuen Regelungen eine Stärkung der geriatrischen Rehabilitation und – wenngleich auch mit Einschränkungen – der geriatrischen Prävention. Die Informationspflichten des MDK sind positiv zu bewerten, müssen jedoch um eine Informationspflicht gegenüber den Pflegeeinrichtungen, die rehabilitative Pflege erbringen, ergänzt werden.

Die Zahlung eines Betrags an das Pflegeheim im Falle einer Niedrigstufung ist als Anerkennung der rehabilitativen Leistungen zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist die Beschränkung dieser Leistung auf die stationäre Pflege. Wenn ambulante Pflegedienste oder Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nachweislich pflegerische Leistungen zur Rehabilitation erbracht haben, in deren Folge eine Niedrigstufung erfolgte, ist diese Leistung gleichwertig zu einer Leistung des Heims zu honorieren. Um allen an der medizinischen und pflegerischen Rehabilitation zu beteiligenden Akteuren einen effektiven Leistungsanreiz zu geben, ist es aus unserer Sicht erforderlich, die Pflegekasse in § 5 SGB XI zu einem Leistungsträger der Prävention und Rehabilitation zu erheben. Die in § 40 Abs. 3 SGB V vorgesehene Regelung der Ausgleichszahlung der Krankenkasse an die Pflegekasse für den Fall nicht erbrachter medizinischer Rehabilitation halten wir für sachgerecht und angemessen, um die medizinische Rehabilitation als Pflichtleistung der Krankenkassen wirksam umzusetzen.

## Lösungsvorschläge

Die Pflegekasse soll auch die Pflegeeinrichtung über den Bedarf an medizinischer Rehabilitation informieren.

§ 31 Abs. 3, Satz 1 SGB XI ist, wie folgt, zu fassen:

„Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6 SGB XI) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Zustimmung den behandelnden Arzt und die Pflegeeinrichtung und leitet mit Zustimmung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem Rehabilitationsträger zu.“

Die Pflegeversicherung wird zum eigenständigen Rehabilitationsträger

In § 6 Abs. 1 SGB IX ist Ziffer 8 einzufügen:

„8. die Pflegekassen für Leistungen der rehabilitativen Pflege.“ § 5 SGB IX ist entsprechend anzupassen und ein 8. Kapitel anzufügen und auszdifferenzieren.

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird Satz 2 SGB eingefügt:

„Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass die Pflegeeinrichtungen frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention und der rehabilitativen und aktivierenden Pflege erbringen, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhindern.“

### **3. Begutachtungsfristen (§ 18 Abs. 3 SGB XI)**

#### Gesetzesentwurf

Die Dauer des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit darf nicht länger als 5 Wochen betragen.

#### Bewertung

Dieser Schritt wird als Verbesserung begrüßt, denn gegenwärtig beträgt die mittlere Erledigungsdauer der Begutachtungsverfahren 6,5 Wochen im ambulanten Bereich und 5 Wochen im stationären Bereich. Diese Daten beziehen sich allerdings nur auf den Zeitpunkt der Freigabe des Gutachtens und nicht auf das Vorliegen der Ergebnisse beim Versicherten. Zudem soll sichergestellt sein, dass die im Gesetzesentwurf genannten Fristen nicht nur für Erstgutachten, sondern auch für Wiederholungs-, Höherstufungs- und Widerspruchsbegutachtungen gelten.

### **4. Dynamisierung der Sachleistungen (§ 30 SGB XI)**

#### Gesetzesentwurf

Die Prüfung der Dynamisierung der Sachleistung soll erst 2014 einsetzen. 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 Bruttolohnentwicklung. Die Bundesregierung wird ermächtigt, bei der Festsetzung der Höhe der Dynamisierung die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ zu berücksichtigen.

#### Bewertung

Die vorgesehene Erhöhung der Sachleistungsbeträge kann den Realwertverlust seit Einführung der Pflegeversicherung nur teilweise ausgleichen. Da die Dynamisierung frühestens 2015 einsetzen kann, wird bis zu diesem Jahr ein erneuter Realwertverlust der Sachleistungsbeträge stattfinden. Der Verweis auf die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“, die nicht näher spezifiziert sind, gibt der Bundesregierung die Möglichkeit, die Dynamisierung auszusetzen, obwohl die Voraussetzungen vorliegen. Da Inflationsentwicklung und Bruttolohnentwicklung 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.

#### Lösungsvorschläge

Eine Dynamisierung ist mit Inkrafttreten des Reformgesetzes notwendig und soll so im Gesetz vorgesehen werden. Der Verweis auf die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ muss entfallen.

Da die Kosten der Pflege überwiegend durch die Lohnkosten determiniert sind, ist die Anbindung der Dynamisierung an die Bruttolohnkosten sachgerecht. Damit kann sichergestellt werden, dass die in der Pflege tätigen Mitarbeitenden an der allgemeinen Lohnentwicklung partizipieren können.

### **5. Befristung der Leistungsgewährung (§ 33 Abs. 1)**

#### Gesetzesentwurf

Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen im Allgemeinen kann befristet erfolgen, wenn und soweit nach Einschätzung des MDK eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist. Der Befristungszeitraum ist dabei auf insgesamt drei Jahre begrenzt.

## Bewertung

Die vorgesehene Möglichkeit zur Befristung der Pflegestufe, der Anerkennung des Härtefalls oder der Bewilligung von Leistungen muss sachlich präzisiert werden, denn schon gegenwärtig hat der MDK jederzeit die Möglichkeit zu einer erneuten Begutachtung. Sachgründe für eine zu erwartende Verringerung des Hilfebedarfs können resultieren aus akut medizinisch, präventiv oder rehabilitativ indizierten Interventionsmaßnahmen. Diese sollen im Gesetz explizit benannt werden. Aus dem Gesetzestext geht des Weiteren nicht eindeutig hervor, ob sich die auf drei Jahre angelegte Höchstdauer der Befristung der Einstufung oder Leistungsgewährung auf jede einzelne Begutachtung oder aber auf die Gesamtzahl der Begutachtungen (Erst-, Wiederholungs-, Höherstufungs-, Niedrigerstufungsbegutachtungen), die der einzelne Pflegebedürftige durchläuft, bezieht. Für letztere Interpretation spricht das Wort „insgesamt“, das auf den Befristungszeitraum bezogen wird. Um Rechtsunsicherheiten vorzubeugen, muss der Gesetzgeber hier eine Klarstellung vornehmen. Sollte der Gesetzgeber intendieren, dass nach jeder einzelnen Begutachtung eine Leistungsbefristung für max. drei Jahre ausgesprochen werden kann, weisen wir darauf hin, dass diese Maßnahme dem Ziel der Entbürokratisierung in der Pflege entgegen steht. Die Befristungsmöglichkeit der Leistungsbewilligung bringt bei Betroffenen und Leistungserbringern lediglich eine Minderung der Planungssicherheiten mit sich und erhöht den Aufwand, da in der Folge mit einer Welle an Widersprüchen und gerichtlichen Auseinandersetzungen zu rechnen ist. Insbesondere ist sicherzustellen, dass es nicht regelhaft zu vorläufigen Schnelleinstufungen, z.B. nach Krankenhausaufenthalt, kommt. Diese Gefahr besteht vor allem vor dem Hintergrund der (positiv zu bewertenden) Begrenzung der Dauer des Begutachtungsverfahrens auf 5 Wochen. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass der MDK nach Abschluss der rehabilitativen Maßnahmen zu einer erneuten Begutachtung zur Einstufung des Pflegebedürftigen verpflichtet ist.

## Lösungsvorschläge

§ 33 Abs. 1 Satz 2 wird, wie folgt, geändert:

„Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfsbedarfs in Folge von Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung, der medizinischen Rehabilitation und der rehabilitativen Pflege nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bis zum Ende der Befristung zu erwarten ist.“

§ 33 Abs. 1 Satz 4 wird, wie folgt, geändert:

„Bei wiederholter Befristung darf der insgesamte Befristungszeitraum die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten.“

Nach § 18 Abs. 1; Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Mit Abschluss der Maßnahmen prüft der Medizinische Dienst erneut, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.“

## **6. Anpassung der Sachleistungsbeträge in der ambulanten und stationären Pflege (§ 36 Abs. 3, § 37 und § 43 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Ambulante Sachleistungen sowie die Geldleistung werden stufenweise angehoben, stationäre Sachleistungen bleiben für die Stufen I und II gleich, für Pflegebedürftige der Stufe III sowie für Härtefälle werden sie angehoben.

## Bewertung

Die Anhebung der ambulanten und stationären Sachleistungen ist grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen. Jedoch ist damit nicht einmal die Hälfte der Kostensteigerungen der vergangenen Jahre aufgeholt. Die dadurch entstandene Kluft zwischen den Kosten und der Höhe der Sachleistungen bleibt auch bei angemessener Dynamisierung erhalten.

Grundsätzlich vertritt der DCV die Meinung, dass gleiche Bedarfe mit gleichen Leistungen zu berücksichtigen sind. Bei den Leistungsbeträgen für die stationäre Pflege muss weiterhin im Gesetzesentwurf angemessen berücksichtigt werden, dass stationäre Pflege nach SGB XI verschiedene Leistungen, für die bei ambulanter Pflege zusätzliche Versicherungsansprüche bestehen, nicht beinhaltet. So sind Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege in den Leistungen nach § 43 SGB XI enthalten, bei ambulanter Pflege können diese nach dem SGB V gesondert abgerechnet werden. Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 SGB XI bzw. auf Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung nach § 33 SGB V ist auf häusliche Pflege begrenzt bzw. bei stationärer Pflege eingeschränkt. Des Weiteren müssen stationäre Einrichtungen im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten verpflichtend soziale Betreuung erbringen. Solange diese Ungleichbehandlung von stationär und ambulant betreuten Menschen besteht, muss nach unserer Ansicht auch der Leistungssatz für die stationäre Pflege höher bemessen sein als der Leistungssatz für die ambulante Pflege.

Des Weiteren verteuern die Maßgaben des Heimgesetzes die stationäre Pflege. Zusätzliche bauliche Voraussetzungen (z.B. Erfordernis eines Pflegebads) und personelle Anforderungen verursachen einen erhöhten Kostenaufwand. Nur wenn diese höheren Kosten bei entsprechendem Pflegebedarf auch einen höheren Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung begründen, kann das Prinzip einer bedarfsgerechten Leistungsbemessung erfüllt werden. Bleiben die Kosten bei der Leistungsbemessung hingegen unberücksichtigt, ist bei den betroffenen Menschen mit einem Anstieg pflegebedingter Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zu rechnen und mit einer Zunahme der Belastungen der Sozialhilfeträger, was zentralen Zielsetzungen der Pflegeversicherung widersprechen würde.

## Lösungsvorschläge

Bei der Anpassung der Leistungen in der stationären und ambulanten Pflege ist die Bruttolohnentwicklung als Maßstab zu Grunde zu legen. Des Weiteren sind die bislang nicht berücksichtigten Kostensteigerungen der vergangenen Jahre zu berücksichtigen. Die Leistungssätze sollten sich grundsätzlich an den jeweiligen Leistungsinhalten ausrichten. Die Kosten für die Behandlungspflege müssen systemkonform ins SGB V verlagert werden.

## **7. Die Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe ( §43a SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

§ 43a SGB XI bleibt unverändert und damit stagnieren die Leistungssätze für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen auf dem Niveau von 256 Euro.

### Bewertung

Der DCV bedauert, dass die bestehenden Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht behandelt werden. Die in § 36 Abs. 1 SGB XI vorgesehene Regelung, dass die grundsätzlich nachrangige Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gegenüber der Pflegeversicherung vorrangig leisten muss, stellt einen Systembruch dar. („Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genom-

men 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“). Zu kritisieren ist auch, dass fast alle Leistungen im SGB XI angehoben oder dynamisiert werden sollen, der Höchstbetrag, mit dem sich die Pflegekassen gem. § 43a SGB XI an der Pflege von Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe beteiligen, jedoch unverändert bleibt. Wohnheime sind Orte des Wohnens und Lebens. Diese Wohnung ist ihre Heimat, ihre „Häuslichkeit“. Nur die formale Definition macht aus diesem Zimmer in einem Wohnheim eine „vollstationäre Einrichtung“, die anderes zu behandeln ist als das Zimmer bei den eigenen Eltern oder Geschwistern. Daher sind die Leistungsbeiträge für behinderte Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf das Niveau der ambulanten Sachleistungsbeträge nach § 36 SGB XI anzuheben. Aus dieser Änderung ergäbe sich bei einer Verteilung der Menschen mit Behinderung auf die drei Pflegestufen im Jahr 2006 ein Betrag von rund 734 Mill. Euro. Im Vergleich dazu müssen die Pflegekassen bei einer unveränderten Regelung von § 43a SGB XI für rund 69.000 Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe 238 Mill. Euro bezahlen.

## Lösungsvorschläge

Der § 43a SGB XI soll bestehen bleiben, aber in folgender Weise geändert werden: „Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfen für behinderte Menschen ...übernimmt die Pflegekasse den Betrag in Anlehnung an die ambulanten Pflegesachleistungen gem. § 36 Abs. 3 SGB XI.“

Damit können die Ansprüche gegen die Pflegekasse ausgeschöpft werden. Einerseits werden damit die Sozialhilfeträger entlastet und andererseits wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung in einer stationären Einrichtung leben und wohnen.

## **8. Begrenzung der Härtefälle (§ 36 Abs. 4 Satz 2 ff., § 43 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Härtefälle werden nun über alle Kassen hinweg ausgleichsfähig. Die weiter bestehende Begrenzung der Zahl der Härtefälle auf 3 vom Hundert im ambulanten Bereich und von 5 vom Hundert im stationären Bereich wird fortgeschrieben. Zudem soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Einhaltung der Begrenzung nun überwachen.

### Bewertung

Die Ausgleichsfähigkeit der Härtefälle über alle Kassen hinweg ist zu begrüßen. Die weitere Begrenzung der Zahl der Härtefälle ist jedoch nicht sinnvoll, da hier qua Gesetz eine Obergrenze willkürlich festgelegt wird und nicht nach dem Bedarf der Betroffenen entschieden wird. Das kann dazu führen, dass ab der zweiten Jahreshälfte pflegebedürftige Menschen mit einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand nicht als Härtefall anerkannt werden, auch wenn sie den gleichen Hilfebedarf haben wie andere Menschen, die in der ersten Jahreshälfte einen Antrag auf Einstufung als Härtefall gestellt haben. D.h., der individuelle Rechtsanspruch des Versicherten wird unzulässig begrenzt. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Begrenzung der Härtefallregelung nicht sachgerecht und bedarfsorientiert, sondern dient ausschließlich der Kostenbegrenzung.

### Lösungsvorschläge

Da ein Härtefall nach besonderen Kriterien definiert ist und da besondere Aufwendungen unabhängig von einer willkürlichen Begrenzung erforderlich sind, sollte die Vom-Hundert-Satz-Begrenzung im Zuge der Novellierung gestrichen werden.

## 9. Pflegeberatungsbesuche (§ 37 Abs. 3 Satz 4 und Abs. 4,5,7 SGB XI)

### Gesetzesentwurf

Die bei Pflegegeldbeziehern in der Häuslichkeit durchzuführenden Pflegeberatungsbesuche werden höher vergütet. Auch bei Pflegestützpunkten beschäftigte Pflegeberater und unabhängige Beratungsstellen (vgl. § 37 Abs. 7 und 8) sollen zukünftig Pflegeberatungsbesuche durchführen können.

### Bewertung

Eine Anpassung der Vergütung dieser Leistung ist dringend notwendig, da sie seit 1995 nicht an die Lohnentwicklung angepasst wurde. Leider werden diese Vergütungen nun im Gesetzesentwurf wieder auf einen Betrag festgeschrieben und können nur durch eine erneute gesetzliche Änderung angepasst werden. Dies halten wir auf Dauer für eine nicht sachgerechte Lösung.

Die Vergütungssätze weiterhin nach Schwere der Pflegebedürftigkeit zu staffeln, ist dem mit dem Einsatz verbundenen Auftrag nicht angemessen. Bei der Beratung sollen nicht nur medizinisch-pflegerische Aspekte, sondern auch das Alltagsmanagement und Entlastung der pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt stehen. Der zeitliche Umfang der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI muss so ausgestaltet werden, dass eine ganzheitliche Begutachtung der pflegebedürftigen Menschen möglich ist. Der Umfang der Beratungsleistung hängt jedoch nicht unmittelbar von der Pflegestufe ab: gerade bei einer höheren Pflegestufe ist oft eine bereits länger andauernde Pflegebedürftigkeit vorangegangen und der Beratungsbedarf des pflegenden Angehörigen häufig geringer als zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit. Dies gilt vor allem für die neu eingeführte Beratung von Angehörigen von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Deshalb sollten die Vergütungssätze für alle Pflegestufen einheitlich sein.

Es ist deutlich zu unterscheiden zwischen allgemeiner Beratung in einem Pflegestützpunkt und den Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 SGB XI. Zur Sicherung der Qualität der Pflege ist eine pflegefachliche Qualifikation sowie Neutralität und Unabhängigkeit für die Durchführung der Pflegeberatungsbesuche unbedingt sicherzustellen. Dies hat auch der Gesetzgeber so gesehen und die Unabhängigkeit der durchführenden Pflegefachkraft in § 37 SGB XI Abs. 3 Satz 1 bereits festgeschrieben. Die Pflegeberatungseinsätze sind daher nur durch von den Pflegekassen unabhängige Pflegefachkräfte durchzuführen.

Der Ausbau von niedrigschwelligen Angeboten und des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Pflege und Betreuung in der Häuslichkeit erfordert nicht nur die fachliche Begleitung der ehrenamtlich/ freiwillig Tätigen und der Angehörigen, sondern auch eine Regelung, die das Schutzbedürfnis der pflegebedürftigen Menschen aufgreift.

### Lösungsvorschläge

Um einer erneuten Entwertung der Beratungsleistung über die Jahre entgegenzuwirken, sind die Leistungssätze nicht im Gesetz festzuschreiben, sondern als Leistung in die Verträge nach § 75 SGB XI (Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung) und 89 SGB XI (Verträge zur Vergütung) aufzunehmen. Auf dem Wege der Verhandlung können sie so an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst werden und sind zudem schiedsstellenfähig.

Sollte der Gesetzgeber diesen Lösungsvorschlag nicht aufgreifen wollen, sollte zumindest der Pflegeberatungsbesuch unabhängig von der Pflegestufe mit einem einheitlichen Leistungssatz von 28 Euro (gemittelter Betrag aus den gestaffelten Vergütungen für die verschiedenen Pflegestufen) vergütet werden.

Grundsätzlich vertritt der Deutsche Caritasverband die Auffassung, dass die Pflegeberatungseinsätze nach § 37 SGB XI künftig ausschließlich von neutralen, d.h. von den Kosten- und Leistungs-

trägern unabhängigen Pflegefachkräften (vgl. unsere Position zu § 7a Pflegeberatern und § 92 c Pflegestützpunkten) erbracht werden sollten, wenn sie eine Kontroll- und Schutzfunktion übernehmen sollen.

Soweit Pflegestützpunkte bei Pflege- und Krankenkassen angesiedelt sind, müssen Pflegeberatungseinsätze nach § 37 SGB XI weiterhin nur durch von der Pflegekasse unabhängige Pflegefachkräfte durchgeführt werden. Befindet sich der Pflegestützpunkt hingegen nicht in Trägerschaft der Pflegekasse, so kann der Pflegeberater Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI durchführen, sofern er über eine entsprechende pflegefachliche Qualifikation verfügt. Ist dies nicht der Fall, sollte er mit den in den ambulanten Pflegediensten bereits vorhandenen und geschulten Pflegefachkräften kooperieren.

§ 37 Abs. 8 SGB XI neu ist zu ergänzen, wie folgt: „Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin, **sofern er oder sie über eine pflegefachliche Qualifikation verfügt und nicht Angestellter der Pflegekassen ist**, kann die vorgeschriebenen **Pflegeberatungseinsätze** durchführen und diese bescheinigen. **Andernfalls muss er oder sie eine entsprechend geschulte Pflegefachkraft mit der Durchführung des Pflegeberatungsbesuches beauftragen.**“

## 10. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

### Gesetzesentwurf

Der Leistungssatz für Verhinderungspflege wird entsprechend der geplanten Erhöhung der Leistungen für häusliche Pflege in Pflegestufe III angehoben.

### Bewertung

Die Leistungsverbesserung wird nachdrücklich begrüßt. Nach wie vor ist die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege jedoch an die Voraussetzung gebunden, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zuvor mindestens 12 Monate gepflegt haben muss. Durch diese Wartefrist kann die entlastende Wirkung der Verhinderungspflege für pflegende Angehörige nicht im erforderlichen Umfang entfaltet werden.

### Lösungsvorschlag

Da auch in einem Zeitraum unterhalb eines Jahres Gründe für Verhinderungspflege gegeben sein können, ist die Wartefrist für die Inanspruchnahme der Leistung zu streichen.

§ 39 Satz 2 ist ersatzlos zu streichen.

## 11. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

### Gesetzesentwurf

Der Leistungssatz für Kurzzeitpflege wird analog zur Anhebung des Leistungssatzes für Pflegestufe III der vollstationären Pflege angehoben und somit angepasst. Im Übrigen bleibt der Paragraph unverändert.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Leistungsverbesserung. Gleichwohl verweisen wir auf das Problem, dass Pflegebedürftige der Pflegestufe III gegenüber den Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I und II aufgrund des einheitlich definierten Leistungssatzes benachteiligt sind. Je höher die Pflegestufe ist, umso weniger Tage für die Kurzzeitpflege können finanziert werden. Ähnlich wie die Verhinderungspflege kann somit auch die Kurzzeitpflege ihre entlastende Wirkung - gerade für Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in Pflegestufe III - nicht in ausreichender Weise entfalten.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die zeitliche Begrenzung der Leistung ist grundsätzlich vertretbar, weil die Kurzzeitpflege nur vorübergehende Pflegeausfälle kompensieren soll. Der § 42 erfasst dabei allerdings ein großes Spektrum an unterschiedlichen Fallkonstellationen. Dieser Unterschiedlichkeit wird die starre Begrenzung auf vier Wochen nicht gerecht. Für eine flexiblere Anpassung an die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen ist es notwendig, eine Verlängerungsmöglichkeit durch die Pflegekasse vorzusehen.

Des Weiteren besteht das Problem, dass die medizinisch-pflegerische Nachsorge von als pflegebedürftig eingestuften Menschen nach der Entlassung aus einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 SGB XI systemfremd aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert wird, wofür grundsätzlich die Krankenversicherung zuständig wäre. Daher wird vorgeschlagen, dass die Krankenversicherung in Fällen der Krankenhausvermeidungspflege und Krankenhaushausnachsorge der Pflegeversicherung einen Ausgleichsbetrag für die in der Kurzzeitpflegeeinrichtung in Anspruch genommenen Leistungen der grund- und behandlungspflegerischen sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung bezahlt.

## Lösungsvorschläge

Die Leistungssätze für Kurzzeitpflege sind nach Pflegestufen zu staffeln und jeweils entsprechend der prozentualen Steigerungsraten der in den einzelnen Pflegestufen erfolgenden Erhöhung und Dynamisierung der Leistungssätze anzuheben.

Die Befristung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege wird flexibler gestaltet. § 42 Abs. 2 S. 1 der Vorschrift wird wie folgt geändert: "Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt; die Pflegekasse kann die Leistung für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn die häusliche Pflege weiterhin nicht sichergestellt werden kann".

Zur Stärkung der Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge wird § 37 Abs. 1 SGB V um Satz 6 ergänzt:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag für die Leistungen der im Einzelfall zur Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhausbehandlung erforderlichen Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlichen Versorgung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sofern der Versicherte Leistungen nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 SGB XI in Anspruch genommen hat.“

## **12. Leistungsverbesserungen für Demenzkranke (§ 45b SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

In § 45b SGB XI sind Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand vorgesehen. Anstelle der bisherigen jährlich bis zu 460 Euro sollen sie monatlich bis zu 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten können. Dabei wird die genaue Höhe des Anspruchs von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK gemäß noch zu erlassender Richtlinien festgelegt. Zudem wird der Personenkreis für die Inanspruchnahme dieser Leistung in § 45a SGB XI um die Pflegestufe 0 erweitert und das für die Erstattung der Aufwendungen vorgesehene Angebotsspektrum um die niedrig schwelligen Betreuungsangebote der künftigen Pflegestützpunkte erweitert.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten um die Pflegestufe 0, denn gerade dieser Personenkreis kann wegen des verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI keine anderen Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Ausdrücklich positiv zu bewerten ist die Ausweitung der Leistungshöhe für zusätzliche Betreuungsleistungen von 460 Euro jährlich auf bis zu 2400 Euro jährlich. Probleme

matisch sehen wir jedoch, dass in diese Lösung der stationäre Bereich nicht einbezogen ist. Dies gilt umso mehr, als die stationären Leistungssätze in Pflegestufe I und II gemäß § 43 Abs. 2, Ziffer 1 und 2 SGB XI nicht angehoben werden sollen. Aufgrund der Nichtberücksichtigung der spezifischen Bedarfe an psychosozialer Betreuung, Begleitung und Kommunikation gerontopsychiatrisch veränderter Menschen bei der Einstufung in die Pflegeversicherung gelangen jedoch gerade diese Menschen meist nur in Pflegestufe I und II.

Als problematisch erachtet der Deutsche Caritasverband, 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. 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.

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.

## Lösungsvorschläge

Die Ausweitung der Leistungshöhe für zusätzliche Betreuungsleistungen soll auch im stationären Bereich gewährt werden. Dazu sind folgende Änderungen in der Gesetzesformulierung erforderlich: § 45a Abs. 1 Satz werden die Worte gestrichen „in häuslicher Pflege“ gestrichen. In § 45b Abs. 1 wird eine neue Ziffer 3 eingefügt: „vollstationäre Einrichtung“.

Die Übertragung nicht abgerufener Mittel soll wie bisher auch auf das folgende Kalenderjahr möglich sein.

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 nach § 45a SGB XI 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.

§ 45 b Abs.1 Satz 1 SGB XI wird, wie folgt, geändert:

„Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von 200 Euro monatlich in Anspruch nehmen.“

§ 45 b Abs.1 neuer Satz 2 ff. des Gesetzesentwurfes entfällt.

Sollte der Gesetzgeber an einer „bis zu - Regelung“ festhalten, erachten wir eine Differenzierung nach validen und reliablen Kriterien für notwendig. Zugrunde zu legen wären die Fähigkeitsstörungen und Bedarfe.

Sollte der Gesetzgeber an einer Richtlinie des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen festhalten wollen, muss die Höhe des Leistungsanspruchs geregelt werden.

Außerdem muss sichergestellt werden, dass keine Versorgungslücken entstehen und Versicherte, bis eine neue Regelung zur Höhe des Anspruchs an zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b umgesetzt wird, weiterhin die 460 € in Anspruch nehmen können. Andernfalls bestände die Gefahr, dass sie bis zur Geltung von Richtlinien nach § 45 b Abs. 1 gar keine Leistungen in Anspruch nehmen könnten. Das mühsam aufgebaute Netz an niedrighschwelligen Hilfen nach § 45 b würde dadurch ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. Damit die Richtlinien rasch in Kraft treten können, schlagen wir eine Fristsetzung von einem halben Jahr nach Verkündung des Gesetzesentwurfes vor.

Zudem sind die Verbände der Pflegeanbieter analog der Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (vgl. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien und Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI) auch an der Erstellung der Richtlinie nach § 45b SGB XI zu beteiligen.

Im Sinne der Gleichbehandlung der Wohlfahrtsverbände mit den Verbänden der privaten und freien Träger sollten deshalb auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrt jeweils als eigenständiger Verband an den Verhandlungen teilnehmen können.

§ 45b Satz 2 und 3 neu SGB XI wird, wie folgt, verändert:

„Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall nach dem Grad der Fähigkeitsstörungen und Bedarfe festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. bis zum xx.xx. 2008 (ein halbes Jahr nach Verkündung des Gesetzes) Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages. Er hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen.

Analog dieser Regelung sind die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auch am Verfahren zur Erstellung der Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI einzeln zu beteiligen. § 17 Abs. 1 SGB XI ist daher entsprechend zu ändern.

### **13. Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe (§§ 45c und d SGB XI, § 82b SGB XI)**

#### Gesetzesentwurf

Neu eingeführt wird die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe für alle in der Pflegeversicherung versicherten Menschen. Möglich sind z.B. Einzelbetreuung im Privathaushalt des Pflegebedürftigen durch ehrenamtliche Besucher analog § 45c SGB XI oder im Privathaushalt des ehrenamtlichen Betreuers (anlog Tagesmutter-Modell bei Kindern), Gruppenbetreuung als Tages- oder Halbtagesangebot in geeigneten Räumen analog § 45c SGB XI. Zur Refinanzierung der Aufwendungen der ehrenamtlichen Tätigkeiten sollen diese bei stationären Einrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1 SGB XI) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§89 SGB XI) berücksichtigungsfähig sein.

## Bewertung

Diese Erweiterung zur Förderung von ehrenamtlichem Engagement wurde seitens des Deutschen Caritasverbandes seit langem gefordert und wird begrüßt. Auch diese neuen geförderten Angebote müssen einer Qualitätssicherung und Evaluierung unterzogen werden.

Weiterhin ist dafür Sorge zu tragen, dass qualitätsgesicherte niedrigschwellige Betreuungsleistungen nach § 45c und d SGB XI nach einer Modellförderung auch in eine Regelförderung überführt werden können. Nicht nur zum Aufbau und Ausbau einer flächendeckenden Infrastruktur von niedrigschwiligen Angeboten im Bereich der Betreuung und des Alltagsmanagements, sondern auch zum Erhalt der bestehenden Angebote bedarf es einer Förderung, um die Gewinnung, Qualifizierung und Begleitung von Ehrenamtlichen auf Dauer sicherstellen zu können.

Bei der jetzt im Gesetzesentwurf vorgesehene Regelförderung für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen über den § 82 b SGB XI ist zu bedenken: Eine solche Refinanzierung ist nur für ambulante und stationäre Einrichtungen möglich, alle Angebote anderer Akteure (z.B. Selbsthilfe etc.) haben keine Möglichkeit einer regelhaften Förderung des ehrenamtlichen Engagements. Deshalb ist statt einer Verankerung in den Vergütungen/Pflegesätzen (vgl. § 82 b) eine gesonderte Förderung analog zu § 39a SGB V (Förderung der ehrenamtlichen Hospizdienste) zu erwägen, um eine regelhafte Förderung des Ehrenamts zu ermöglichen. Die Berücksichtigung der Kosten für den Schulungs- und Koordinierungsaufwand in den Pflegesätzen und Vergütungen erhöht die Kosten für Pflegebedürftige und ist damit kontraproduktiv. Eine separate Vergütungsregelung würde auch hier wesentliche Impulse für den Aufbau eines flächendeckenden ehrenamtlichen Unterstützungsangebotes setzen.

## Lösungsvorschläge

Eine Finanzierung dieser Hilfeangebote und Leistungen für Versicherte soll auch aus der Sachleistung oder anteilig aus den Kombinationsleistungen möglich sein.

Geeignete Konzepte zur Qualitätssicherung und zur Anleitung und Begleitung Ehrenamtlicher sind dazu analog zu § 45 c SGB XI vorzuhalten. Konzepte für geförderte Hilfeangebote sollen zur Sicherung der Qualität der Leistung analog zu § 45 b Abs. 3 Satz 2 SGB XI anerkannt werden müssen. Die Pflegekassen sollten verpflichtet werden, eine Liste zu den Angeboten analog zu § 45 b Abs. 3 Satz 1 SGB XI zu führen.

Zum Erhalt der ehrenamtlichen Strukturen nach einer Modellförderung nach § 45 b und c ist eine gesonderte Förderung von Akteuren in der ehrenamtlichen Arbeit für Pflegebedürftige nach dem Gedanken des § 39 a SGB V zu verankern (Regelförderung). Für diese Regelförderung sollte ähnlich dem § 39 a SGB V ein definierter Betrag pro Versicherten aus der Pflegeversicherung festgelegt werden.

## **14. Qualifikation verantwortliche Pflegefachkraft (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Mit dem Gesetzesentwurf werden Vorgaben zur Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft nun verbindlich gesetzlich geregelt.

### Bewertung

In dem Gesetzesentwurf fehlt eine Übergangsregelung für die Weiterbildung verantwortlicher Pflegefachkräfte. Da noch nicht alle verantwortlichen Pflegefachkräfte über eine solche Weiterbildung verfügen, muss eine Möglichkeit zur Nachqualifikation eröffnet werden.

Des Weiteren fehlt die Nennung einschlägiger Studiengänge als Voraussetzung für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft.

## Lösungsvorschläge

Im Gesetz werden die einschlägigen Studiengänge genannt. Zudem werden im Gesetz Übergangsfristen eingeräumt.

§ 71 Abs. 3 neuer Satz 2 SGB XI wird hierfür um folgenden Satz 3 ergänzt: „Verantwortliche Pflegefachkräfte, die zum Inkrafttreten des Gesetzes nicht über die Weiterbildung von 460 Stunden oder eine vergleichbare Qualifikation, verfügen, weisen diese bis spätestens 30.06.2011 nach.“

## **15. Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)**

### *a) Gesamtversorgungsvertrag (§ 72 Abs. 2 SGB XI)*

#### Gesetzesentwurf

Nach der neuen Regelung in § 72 Abs. 2 SGB XI ist es möglich, dass mehrere selbständig wirtschaftende Einrichtungen eines Trägers, einen Gesamtversorgungsvertrag schließen können, sofern sie örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind.

#### Bewertung

Diese Lösung stellt einen wirksamen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege dar und wird uneingeschränkt begrüßt. Durch diese Regelung wird es Trägern erleichtert, unterschiedliche ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege- und Betreuungsformen anzubieten.

### *b) Bedingungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1)*

#### Gesetzesentwurf

Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die u.a. ortsübliche Arbeitsvergütungen an ihre Beschäftigten zahlen.

#### Bewertung

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzesentwurf bei der Formulierung seiner Anforderungen an die Leistungserbringer auch dem Faktor der Personalkosten Rechnung trägt und damit die Auswirkung, die eine angemessene Vergütung auf die Qualität der erbrachten Leistungen hat, berücksichtigt.

Wie sich aus der Begründung ergibt, soll die Erweiterung der bisherigen Formulierung ein angemessenes Entgeltniveau sicherstellen, indem sie Einrichtungen, die bewusst zum Nachteil der Solidargemeinschaft Lohndumping betreiben, von Versorgungsverträgen ausschließt.

Ein Abstellen allein auf ortsübliche Vergütungen kann dieses Ziel aber dann nicht sicherstellen, wenn in einer Region bereits Hausregelungen oder Haustarifverträge, die unangemessen niedrige Löhne vorsehen, stark verbreitet sind und damit das ortsübliche Bild prägen. Ohne eine entsprechende Verankerung von tariflichen Vergütungen (entsprechend Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen) im Gesetzeswortlaut selbst, ist zu befürchten, dass Pflegekassen den Abschluss eines Versorgungsvertrages ablehnen können, mit der Begründung die betreffenden Einrichtungen liege mit ihren tariflichen Vergütungen oberhalb des Ortsüblichen und arbeite daher unwirtschaftlich.

Des Weiteren werden mit dem Abstellen allein auf die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsüblichen Arbeitsvergütung, Tarifverträge oder Arbeitsvertragliche Regelungen der Kirchen grundsätzlich entwertet. Denn diese sollen –laut Gesetzesbegründung- nur dann Berücksichtigung finden, wenn im jeweiligen Wirtschaftskreis „üblicherweise“ Tariflohn gezahlt wird. In Bereichen, in denen Tarifverträge oder Arbeitsvertragliche Regelungen der Kirchen nicht überwiegen, führt die beabsichtigte Regelung daher zu erheblichen wettbewerblichen Nachteilen für die Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträgen oder Arbeitsvertraglichen Regelungen der Kirchen orientieren.

Darüber hinaus müssen die Ausführungen in der Begründung dringend ergänzt werden:

Die Begründung stellt zwar zutreffend darauf ab, dass im Regelfall die fachlich und räumlich einschlägigen Tarifverträge die ortsübliche Vergütung bestimmen. Die Begründung greift aber zu kurz, wenn sie allein auf die Tarifverträge abstellt. Denn Tarifverträge sind nicht das einzige Regelungsinstrument zur kollektiv- rechtlichen Setzung von Arbeitsrechtsregelungen. Neben ihnen stehen die von Art. 141 GG i. V. mit Art. 137 WRV als Ausdruck des kirchlichen Selbstverwaltungsrechts geschützten Regelungen des kirchlichen Arbeitsrechtes (Arbeitsvertragsrichtlinien). Diese Regelungen kommen ebenfalls durch Konsensfindung im Rahmen eines geregelten Verfahrens zustande und sind deshalb als „tarifliche Regelungen“ anerkannt.

Soweit in der Begründung zu § 72 SGB XI allein auf Tarifverträge Bezug genommen wird, entsteht der unzutreffende Eindruck, dass sich die Norm allein auf dieses eine Gestaltungsmittel zur Regelung tariflicher Vergütungen bezieht. Dadurch werden die kirchlichen Arbeitsvertragsregelungen als andere ortsübliche Vergütungen aber nicht als Tariflöhne bewertet, was für Leistungserbringer, die Mitglieder von Diözesan-Caritasverbänden und diakonischen Werken sind, schwerwiegende Auswirkungen hätte. Denn in vielen Regionen gibt es keine tarifvertraglich gebundenen Leistungserbringer, wohl aber die an kirchliche Tarifregelungen gebundenen Einrichtungen der Caritas und der Diakonie. Wegen der mit Tarifverträgen durchaus vergleichbaren Bindungswirkung kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen bittet der Deutsche Caritasverband e.V. um eine entsprechende Darstellung sowohl im Wortlaut des § 72 SGB XI als auch entsprechend in der Begründung, die nicht auf Tarifverträge, sondern tarifliche Regelungen abstellt.

## Lösungsvorschläge

§ 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI Nr. 2 soll ergänzt werden und lauten:

„ die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen *tarifliche oder* ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen“.

## **16. Einzugsgebiet (§ 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Durch die Neuformulierung des § 72 Abs. 3 S. 3 soll erreicht werden, dass Pflegedienste ihre Leistungen nur in einem bestimmten Einzugsgebiet erbringen dürfen.

### Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt die Änderung ab. Aus der Gesetzesbegründung wird erkennbar, dass bei dieser Gesetzesänderung allein die Absicht besteht, die positiv zu bewertende Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG Urt.v.24.5.2006 B 3 P 1/05 R PflR 2006, 522) zu dieser Vorschrift aus nicht überzeugenden Gründen zu korrigieren. Nach Auffassung des Bundessozialgerichtes hindert die Festlegung eines örtlichen Einzugsbereichs in einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI Pflegedienste nicht daran, Pflegeleistungen für Versicherte auch außerhalb dieses Einzugsbereichs zu erbringen und mit den Pflegekassen abzurechnen. Die Festlegung

des örtlichen Einzugsbereichs diene der Verwirklichung des Sicherstellungsauftrages. Eine über den örtlichen Einzugsbereich hinausgehende tätigkeitsbeschränkende Zulassungsvoraussetzung sei damit nicht verbunden. Einer solchen bedürfe es zur Sicherstellung der Versorgung nicht. Eine Beschränkung der Leistungserbringung auf das örtliche Einzugsgebiet kollidiere zudem mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen.

Mit der geplanten Änderung wendet sich der Gesetzgeber gegen diese Rechtsprechung. Zugunsten der Pflegekassen soll es den Pflegediensten zukünftig verwehrt werden, Leistungen auch außerhalb ihres Einzugsbereiches anzubieten. Der Gesetzgeber verhindert damit den ansonsten von ihm postulierten Wettbewerb, ausschließlich um den Pflegekassen ihre Einflussmöglichkeiten zu erhalten. Er behindert gute und nachgefragte Pflegedienste in ihrer Geschäftstätigkeit und beeinträchtigt damit ohne überzeugende Begründung das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegebedürftigen.

## **17. Verletzung des Wunsch- und Selbstbestimmungsrechtes (§ 74 Abs.1 Satz 2 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Die Regelung führt eine Kündigungsmöglichkeit des Versorgungsvertrages für den Fall ein, dass eine Pflegeeinrichtung das Wunsch- und Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen gröblich verletzt.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich die Absicht des Gesetzgebers, das Wunsch- und Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen zu stärken. Die gröbliche Verletzung dieser Rechte soll zu negativen Konsequenzen für die Pflegeeinrichtung führen. Die vorgeschlagene Regelung wird allerdings die angestrebte Verbesserung für die Pflegebedürftigen nicht erreichen. Der hier vorgesehene Kündigungsgrund ist zu unbestimmt, er wird in der Rechtspraxis nicht durchsetzbar sein.

### Lösungsvorschläge

§ 74 Abs. 1 S. 2 SGB XI wird gestrichen. Wir schlagen vor, die Stärkung des Wunsch- und Selbstbestimmungsrechtes im Bereich der Qualitätssicherung umzusetzen.

## **18. Ausstattung von Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 2 Nr. 3)**

### Gesetzesentwurf

Die Neuregelung in § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI sieht vor, dass die Rahmenverträge zukünftig auch Maßstäbe und Grundsätze für die sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen enthalten.

### Bewertung

In § 75 Abs.2 Nr.3 SGB XI wird der Vereinbarungsgegenstand des Rahmenvertrages auf die sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung erweitert. In der Begründung wird erkennbar, dass es hier vor allem darum geht, die Grundausstattung der Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln vertraglich zu regeln, um so die Leistungsansprüche des Pflegebedürftigen nach § 33 SGB V zukünftig besser abgrenzen zu können. Der Deutsche Caritasverband begrüßt diese Zielsetzung ausdrücklich. Wir weisen allerdings daraufhin, dass durch die hier vorgesehene Ausweitung des Vertragsgegenstandes nach § 82 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 75 Abs. 5 Satz 3 SGB XII in den Vertragsgegenstand der Investitionsvereinbarungen nach § 75 Abs. 2 SGB XII eingegriffen wird. Bei den Pflegehilfsmitteln und anderen für die Pflege notwendigen Ausstattungen der Pflegeeinrichtungen handelt es sich als entsprechend langlebige Wirtschaftsgüter entweder um mit dem Gebäude fest verbundene we-

sentliche Bestandteile oder aber um abschreibungsfähige Anlagegüter i.S.d. § 82 Abs. 2 Nr.1 SGB XI, die nicht durch die mit den Pflegekassen zu vereinbarenden Pflegevergütungen, sondern nur durch die mit den Sozialhilfeträgern allein zu vereinbarenden Investitionsbeträge refinanziert werden dürfen.

## Lösungsvorschläge

Die anstehende Reform des SGB XI sollte genutzt werden, um die Verhandlungszuständigkeit für alle die SGB XI-Leistungserbringung betreffenden Fragen zusammenzuführen. Als Entbürokratisierungsmaßnahme sind die derzeitigen doppelten Verhandlungsstrukturen abzuschaffen.

## **19. Schiedsperson (§ 76 Abs. 6 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Der neu eingefügte Absatz 6 des § 76 SGB XI sieht in Abweichung des Schiedsstellenverfahrens vor, dass die Parteien der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam eine Schiedsperson bestellen können, welche die Pflegesätze verbindlich festlegt. Der Rechtsweg gegen die Entscheidung der Schiedsperson ist ausgeschlossen.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Intention des Gesetzgebers, das Verfahren bei Nichteinigung der Vertragsparteien zu beschleunigen. Der gewählte Ansatz ist für die Umsetzung jedoch nicht geeignet. Die hier erstmals geregelte Streitschlichtung durch eine Schiedsperson könnte in diesem Zusammenhang wegen des geringeren Aufwandes als Alternative zur Schiedsstelle hilfreich sein. Allerdings wirft die Regelung Fragen auf, die der Gesetzgeber mit Einführung einer solchen Regelung klären sollte. So fehlt eine Regelung zur Frage, in welchem Verhältnis das Schiedspersonen-Verfahren zum Schiedsstellen-Verfahren steht: Ist ein Schiedsstellenverfahren trotz Entscheidung der Schiedsperson noch möglich, wenn eine der beiden Parteien mit der Entscheidung nicht zufrieden ist? Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber die Rechtsnatur der Entscheidung festlegen: Ist die Entscheidung der Schiedsperson als Verwaltungsakt und damit als öffentlich-rechtliches Handeln der Schiedsperson einzuordnen? Ferner ist klärungsbedürftig, welche Rechtsfolgen der in § 76 Abs.6 S.3 SGB XI vorgesehene Ausschluss des Rechtsweges hat: Soll damit auch die Geltung der §§ 317 – 319 BGB bzw. §§ 1025 ff ZPO ausgeschlossen werden, wenn die Schiedsperson eine offensichtlich unbillige Entscheidung i.S.d. § 319 Abs.1 S.1 BGB trifft? In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob der Ausschluss des Rechtsweges vor dem Hintergrund des Art.19 Abs.4 GG verfassungsrechtlich überhaupt möglich ist. Insgesamt stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit der Regelung einer Schiedspersonen-Entscheidung neben dem Schiedsstellenverfahren, da es wegen der in § 53 Abs.1 S.1 SGB X geregelten Vertragsfreiheit im Grunde genommen keiner Rechtsgrundlage bedarf. Die Vertragsparteien können die nunmehr gesetzlich vorgesehene Regelung vertraglich vereinbaren, denn im Unterschied zu § 132a Abs. 2 S. 6 SGB V ist in der vorliegenden Regelung keine Ersatzvornahme bei Nichteinigung auf eine Schiedsperson vorgesehen.

### Lösungsvorschläge

§ 76 Abs. 6 SGB XI wird gestrichen.

## 20. Ambulante Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

### Gesetzesentwurf

Der Entwurf sieht vor, dass die häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) ausgeweitet werden kann.

### Bewertung

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. Die Versorgungsform ist außerdem sinnvoll in Regionen, in denen es keine ambulanten Pflegedienste gibt oder Anfahrtswege sehr lang sind. Der Deutsche Caritasverband weist aber darauf hin, dass die pflegerische Versorgung in einer Region sichergestellt und die Kontinuität der Versorgung der Versicherten, vor allem im Krankheitsfall oder bei Urlaub der Einzelpflegekraft, gewährleistet werden muss. Erforderlich ist deshalb ein ausgewogenes Mischungsverhältnis zwischen ambulanten Pflegediensten und Einzelpflegekräften. Als problematisch sehen wir auch, dass alle Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung nur in den Verträgen mit den Pflegekassen getroffen werden sollen. Für Einzelpflegekräfte müssen die gleichen Qualitätsanforderungen gelten, wie für andere Leistungserbringer des SGB XI auch. Zudem muss Ziel sein, dass bei einer Ausweitung von Verträgen mit Einzelpflegekräften sozialversicherungspflichtige und Existenzsichernde Beschäftigung geschaffen wird.

### Lösungsvorschläge

Da Einzelpflegekräfte letztlich die gleichen Leistungen erbringen, die auch ambulante Pflegedienste erbringen, sollten sich die Regelungen zur Qualitätssicherung an den Qualitätsanforderungen orientieren, die auch für alle anderen Leistungserbringer im SGB XI bzw. für ambulante Pflegedienste gelten. Deshalb sind vom Gesetzgeber Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung für Einzelpflegekräfte in dem Kapitel Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen (§§ 112 ff SGB XI) zu verankern.

Um die Qualität der Versorgungsleistung zu gewährleisten, muss der MDK für Einzelpflegekräfte eine Evaluations- und Kontrollfunktion übernehmen und regelmäßig sicherstellen. Dazu ist im § 114 Abs. 2 SGBXI festzulegen, dass neben Pflegeeinrichtungen auch Einzelpflegekräfte regelmäßig überprüft werden.

Das Gebot des § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI (ortsübliche bzw. tarifliche Vergütung) ist auf die Verträge mit Einzelpflegekräften zu übertragen, damit das in Abs. 1 Ziffer 2 formulierte Ziel nicht auf Kosten der Einzelpflegekräfte zur Unterschreitung der ortsüblichen Vergütung genutzt werden kann.

Für den Abschluss von Verträgen zwischen Einzelpflegekräften und Pflegebedürftigen müssen ebenfalls die Anforderungen für einen Pflegevertrag bei häuslicher Pflege nach § 120 SGB XI gelten. Dazu muss der § 120 entsprechend ergänzt werden.

In der amtlichen Pflegestatistik nach § 109 SGB XI sollte zudem die Anzahl der bei den Pflegekassen unter Vertrag stehenden Einzelpflegekräfte aufgenommen werden, damit auch Informationen über die Entwicklung dieser Versorgungsform gewonnen werden können.

## **21. Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 Abs. 1 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind nur noch zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte bestehen, dass die Pflegeeinrichtungen die Anforderungen des Versorgungsvertrages nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt.

### Bewertung

Diese Neuregelung zur Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbandes und wird daher nachdrücklich begrüßt.

## **22. Festlegung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Pflegeeinrichtung (80a SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Mit der Aufhebung des § 80a SGB XI fällt die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) weg. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale werden in § 84 Abs. 5 und 6 neu SGB XI definiert.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt den Wegfall der LQV, da das mit ihrer Einführung verbundene vergütungsrechtliche Postulat, dass die qualitätsgebundenen Leistungen der Pflegeeinrichtung dieser auch bezahlt werden sollen, in der Praxis nicht eingelöst werden konnte. Die in den LQVn abgebildeten Leistungs- und Qualitätsdaten sind bereits in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI und in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 113 SGB XI sowie in den Versorgungsverträgen geregelt. Leistung, Qualität und Preis stehen in einem Wechselverhältnis zueinander. Eine künftige Regelung muss sie daher in eine unmittelbare Beziehung setzen und in das Pflegegesetzverfahren nach § 85 SGB XI integrieren.

## **23. Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege (§ 82 a SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht keine Änderung für die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen vor.

### Bewertung

Seit Einführung von Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege stellt sich die Frage, wer diese Kosten zu tragen hat und wie sie (gerecht) verteilt werden können.

Nach der derzeitigen Rechtslage gibt es dazu - soweit Leistungen im Rahmen des SGB XI betroffen sind - zwei Möglichkeiten, die alternativ genutzt oder auch miteinander kombiniert werden können: Die Berücksichtigungen der Mehraufwendungen für Ausbildungseinrichtungen im Rahmen von Pflegevergütungen und das sog. Umlageverfahren. Die Berücksichtigung der Kosten für die Ausbildungsvergütungen im Rahmen der Pflegevergütung führt dazu, dass der Aufwand für diese gesamtgesellschaftliche, zumindest jedoch branchenweite, Aufgabe der Ausbildung von Altenpflegekräften den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Nutzerinnen und Nutzern der Einrichtungen und Dienste, die ausbilden, einseitig aufgebürdet wird. Gleichzeitig führt dies dazu, dass gerade die Einrichtungen und Dienste, die ausbilden, gegenüber anderen Einrichtungen und Diensten, die nicht ausbilden, teurer werden. Dies führt zu Wettbewerbsnachteilen für ausbildende Einrichtungen und Dienste. Gleichzeitig profitieren jedoch alle Einrichtungen später, ob sie ausgebildet haben oder nicht, bei der Anstellung von ausgebildeten Altenpflegekräften.

Die vom Gesetzgeber geschaffene Alternative, die Ausbildungsvergütungen (anteilig) durch ein landesrechtliches Umlageverfahren zu finanzieren, ist mit drei gravierenden Nachteilen verbunden: Zum einen sind die rechtlichen Anforderungen an die Zulassung und Ausgestaltung einer solchen Umlageverordnung sehr hoch und so kompliziert, dass sie kaum zu erfüllen sind, bzw. der Verordnungsgeber immer damit rechnen muss, dass betroffene Träger sich über den Rechtsweg erfolgreich gegen das Umlageverfahren wehren, wie bereits in mehreren Bundesländern geschehen. Zum zweiten ist das Erhebungs- und Abrechnungsverfahren für alle Beteiligten außerordentlich arbeits- und damit kostenaufwändig und mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden.

Zum dritten sind diese Mehrkosten den Nutzerinnen und Nutzern nur schwer vermittelbar. Diese Regelung bindet bei den Heimen, vor allem aber bei den ambulanten Diensten erhebliche Zeitrressourcen der Mitarbeitenden, die ihren Klienten den Sinn und Nutzen dieser Umlage erklären müssen und damit nicht immer nur auf Wohlwollen und Verständnis stoßen.

## Lösungsvorschläge

Als Lösungsansatz für dieses Problem bietet sich eine Regelung innerhalb des SGB XI § 82a an, die die Pflegekassen verpflichtet, den ausbildenden Einrichtungen und Diensten auf deren Antrag und Nachweis direkt die Aufwendungen für die Ausbildungsvergütungen (anteilig) zu erstatten. Dabei ist es sinnvoll, wie dies die derzeitige baden-württembergische Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung vorsieht, je nach Einsatzbereich unterschiedliche Erstattungssätze zu leisten. Da die Auszubildenden im ambulanten Bereich in geringerem Umfang „produktiv“<sup>1</sup> einsetzbar sind, erhalten diese Träger einen Anteil von 70 v.H. der Ausbildungsvergütungen erstattet, während stationäre Einrichtungen lediglich 35 v.H. der Ausbildungsvergütungen erstattet bekommen.

Diese Lösung hätte folgende Vorteile:

- Die Kosten für die Zukunftsinvestition Altenpflegeausbildung werden nicht oder nur anteilig einzelnen jetzt pflegebedürftigen Menschen aufgebürdet.
- Einrichtungen, die ausbilden, erleiden dadurch keinen Wettbewerbsnachteil.
- Mit einer solchen Lösung würde ein Anreiz geschaffen, verstärkt auszubilden.
- Der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten wäre in der Summe deutlich geringer.

## **24. Vergütungsklassen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Die geplante Änderung des § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI sieht vor, dass zukünftig Zuschläge zum Pflegegesetz für Härtefälle vereinbart werden können. Darüber hinaus bleibt die Anbindung der für die Vergütung relevanten Pflegeklassen an die Pflegestufen bestehen.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die gesonderte Vergütung für Härtefälle. Darüber hinaus schlagen wir vor, Personen mit erheblich allgemeinem Betreuungsbedarf in die Systematik der Pflegeklassen aufzunehmen und entsprechende Zuschläge für diesen Personenkreis einzuführen.

---

<sup>1</sup> Auszubildende im ambulanten Bereich können meist nur in Begleitung einer Pflegefachkraft in die Haushalte gehen und können nur sehr wenige Aufgaben eigenständig übernehmen. Im stationären Bereich ist durch die ständige Anwesenheit einer verantwortlichen Pflegefachkraft die eigenständige Ausführung von Arbeiten durch Auszubildende eher möglich und dadurch eine höhere Produktivität gegeben.

## Lösungsvorschläge

§ 84 Abs.2 Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst: „Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in Pflegeklassen einzuteilen. Für Personen, die als Härtefall anerkannt sind, ist ein Zuschlag nach dieser Härtefallregelung festzulegen. Für Personen mit Anspruch nach § 45a ist ein Zuschlag nach dem dort genannten Beträgen festzulegen.“

## **25. Externer Vergleich (§ 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

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, vergleichbare Einrichtungen berücksichtigt werden können.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband sieht Preisvergleiche zwischen Einrichtungen nur dann als aussagefähig an, wenn Qualitätskriterien einbezogen werden. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Regelung ist nicht hinreichend. Die Regelung soll das Marktpreis-Urteil des Bundessozialgerichtes umsetzen. Dieses Urteil ist in Rechtswissenschaft und Praxis in hohem Maße umstritten. Es handelt sich auch um keine gefestigte Rechtsprechung. Das Bundessozialgericht selbst hatte bis dato nicht die Gelegenheit, seine Rechtsprechung vor dem Hintergrund der Kritik zu modifizieren bzw. zu differenzieren. In der Praxis zeigen sich dort, wo der externe Vergleich in Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren überhaupt zur Anwendung kommt, große Schwierigkeiten in der Umsetzung. Es ist regelmäßig strittig, welche Einrichtungen miteinander verglichen werden können. In seinem Marktpreis-Urteil geht das Bundessozialgericht von einem einheitlichen Pflegestandard und von einer freien Preisbildung auf dem Pflegemarkt aus; beides ist der derzeit nicht gegeben. Diese falschen Grundannahmen haben gravierende Folgen für das Funktionieren des Systems. Auch der Gesetzesentwurf bringt in diesem zentralen Punkt keine Klarheit. Die geplante Regelung verhindert nicht, dass es zu Einheitspreisen auf dem Qualitätsniveau der schlechtesten Einrichtung kommt. Hierzu wäre es erforderlich, dass Tatbestandsmerkmal der Angemessenheit näher zu spezifizieren. Schließlich determiniert über diesen Weg der Sozialhilfeträger die Preise.

Der Gesetzgeber sollte davon absehen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Regelung zu treffen, welche die Probleme in der Praxis nicht löst und eine Weiterentwicklung erschwert. Es erscheint in diesem Stadium sinnvoller, Rechtsprechung und Praxis einen möglichst großen Handlungsspielraum zu belassen. Keinesfalls sollte der Gesetzgeber den externen Vergleich als konstitutives Element der Vergütungsfindung einführen; er ist weder grundsätzlich erforderlich noch in jedem Fall geeignet.

### Lösungsvorschläge

Der § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI wird gestrichen.

## **26. Vertragsende bei Tod des Bewohners (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI sieht vor, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten mit dem Tag der Heimentlassung oder mit dem Tod des Heimbewohners endet. Diese Regelung soll auch gelten, wenn heimgesetzliche Regelungen auf Bundes- oder Länderebene künftig etwas anderes vorsehen sollten.

## Bewertung

Der Deutsche Caritasverband spricht sich gegen diese Regelung aus. Grundsätzlich erachten wir es als richtig, das Vertragsende im SGB XI als gegenüber dem Heimgesetz höherrangige Rechtsmaterie verbindlich zu verankern. Wir verwiesen darauf, dass die Einrichtung für den Bewohner Wohn- und Lebensmittelpunkt analog zu einer Wohnung im Miets- oder Eigentumsverhältnis war. Auch das Mietrecht sieht keine abrupte Beendigung des Mietverhältnisses im Todesfall vor. Daher plädieren wir für die Festlegung einer Obergrenze von 5 Tagen für den Anspruch auf Fortzahlung der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten. Eine solche Frist ermöglicht den Angehörigen einen ausreichenden und den Pietätserfordernissen entsprechenden Zeitraum für das Räumen des Wohnraums.

## Lösungsvorschläge

Nach § 87a Satz 2 SGB XI ist folgender Satz einzufügen:

„Vereinbarungen über eine Fortgeltung des Vertrags hinsichtlich der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten sind zulässig, soweit ein Zeitraum von maximal 5 Tagen nach dem Sterbetag nicht überschritten wird.“

## **27. Abschlüsse bei Abwesenheit (§ 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

In § 87a Abs. 1 S. 7 SGB XI ist vorgesehen, dass in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für Abwesenheitszeiträume von über drei Kalendertagen ein Abschlag von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung zu vereinbaren ist.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband lehnt die geplante Regelung ab, da für sie keine Notwendigkeit besteht. Gemäß § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB XI sind schon jetzt in den Rahmenverträgen Abschlüsse für die vorübergehende Abwesenheit von Pflegebedürftigen vorzusehen. In den Ländern wurde dies unter Berücksichtigung der verschiedenen Interessen umgesetzt. Es besteht kein Grund, die Vertragsfreiheit der Partner der Rahmenverträge in diesem Punkt einzuschränken und interessengerechte länderspezifische Regelungen zu erschweren.

### Lösungsvorschläge

§ 87a Abs. 1 S. 7 SGB XI wird gestrichen.

## **28. Parteien der Pflegesatzverhandlung (§ 85 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Nach der Neuregelung des § 85 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sollen sämtliche Träger der Sozialhilfe bei Erfüllung des Quorums von 5 Prozent der Berechnungstage des Pflegeheims Vertragspartei der Pflegesatzvereinbarung werden.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband lehnt die geplante Regelung ab. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Anknüpfung der Verhandlungszuständigkeit des Sozialhilfeträgers an die Leistungszuständigkeit führt bei Einrichtungen in kreisfreien Städten oder in der Nähe der Kreisgrenze dazu, dass mehrere Sozialhilfeträger an den Verhandlungen zu beteiligen sind. Der dadurch entstehende Aufwand ist unverhältnismäßig und verlangsamt den in der Praxis ohnehin häufig schwerfälligen Abstimmungsprozess zwischen Sozialhilfeträger und Pflegekasse zusätzlich. Darüber hinaus ist

die Regelung aus rechtssystematischen Gründen verfehlt. Erst kürzlich hat der Gesetzgeber nach dem Vorbild des SGB VIII das SGB XII in der Weise geändert, dass bei Vereinbarungen nach § 75 SGB XII Vertragspartei der für den Sitz der Einrichtung zuständige Sozialhilfeträger ist (§ 77 Abs. 1 S. 2 SGB XII). Die von ihm getroffenen Vereinbarungen sind für alle übrigen Träger der Sozialhilfe bindend. Es ist kein Grund erkennbar, die Zuständigkeit im SGB XI abweichend zu regeln.

## Lösungsvorschläge

§ 85 Abs. 2 S. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften, 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;
2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe.“

## **29. Pooling von Pflegeleistungen (§§ 36 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 89)**

### Gesetzesentwurf

Der Gesetzgeber sieht vor, dass mehrere Pflegebedürftige durch ein so genanntes Pooling gemeinsam Pflegeleistungen in Anspruch nehmen können. Die Zeit- und Kostenersparnisse, die hierdurch entstehen, sollen den Pflegebedürftigen zugute kommen.

### Bewertung

Die Ermöglichung des Poolings von Leistungen und der dadurch einzusparenden und für weitere Leistungen einzusetzenden Ressourcen ist auf den ersten Blick eine interessante Neuerung für gemeinschaftliche Wohnformen. Eine Vergütungsreduzierung kann bei Leistungen angemessen sein, wenn allein die „Gestaltung als Gruppenversorgung“ zu Einsparungen führt. Dies ist bei einzelnen Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. Mahlzeitenversorgung), nicht aber bei den meisten Pflegeleistungen denkbar. Dieses Zeitersparnis trifft außerdem nur auf Menschen zu, die in einer Wohngemeinschaft leben. Für Menschen, die in einem Gebäude oder einer Straße leben, wie es in der Begründung zum Gesetzesentwurf näher ausgeführt wird, trifft eine Zeiterparnis in Bezug auf die hauswirtschaftliche Versorgung jedoch schon nicht mehr zu, es sei denn, sie sind so mobil, dass sie sich in einem gemeinschaftlich genutzten Raum begeben können und dort gemeinsam hauswirtschaftlich versorgt werden könnten.

Im Zusammenhang mit bisher nicht definierten Leistungen der Betreuung als Leistungskomplex der Pflegeversicherung nach § 89 SGB XI ist zu befürchten, dass Pflegekassen dies zum Anlass nehmen werden, Leistungen, die für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngemeinschaften erbracht werden, zu kürzen. Schon jetzt erfahren Pflegedienste durch sachlich nicht gerechtfertigte Vergütungsausschlüsse bei im Rahmen eines Einsatzes nacheinander erbrachten Leistungen erhebliche ungerechtfertigte Erlöseinbußen, obwohl der Pflegedienst trotz der im Rahmen eines Einsatzes nacheinander zu erbringenden Leistungen bei entsprechendem Personaleinsatz einen erheblichen personalkostenrelevanten Aufwand hat.

Des Weiteren bleibt unklar, anhand welcher Kriterien ein kollektiver Bedarf an Betreuungsleistungen errechnet werden soll und wie er in Betreuungszeiten umgesetzt werden soll. Errechnet sich der Betrag jedoch automatisch anhand der Einsparungen und wird anschließend als Betreuungspauschale kollektiv zur Verfügung gestellt, bedeutet es ein Nullsummenspiel mit einem bürokratischen Mehraufwand.

Insgesamt sehen wir, solange der Pflegebegriff des SGB XI nicht geändert ist und entsprechende Betreuungsleistungen nicht Bestandteil einer Versorgung nach dem ambulanten Sachleistungsprinzip des SGB XI sind, im Pooling große rechtliche Probleme.

Die Finanzierung von Betreuungsleistungen, insbesondere in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, muss solange durch Selbstzahler und / oder den örtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII) geleistet werden, wie der Leistungsbereich des SGB XI nicht entsprechend erweitert wird. Alles andere ist aus unserer Sicht zurzeit eine Quersubventionierung aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung, die durch diese Vorschrift nicht legitimiert werden kann.

Die Einführung eines Kollektivanspruches auf Leistungen aus der Pflegeversicherung statt eines Individualanspruches widerspricht der grundlegenden Systematik der Pflegeversicherung. Auch ist die Verankerung eines kollektiven Sachleistungsanspruches im § 36 SGB XI, ohne den Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI entsprechend anzupassen, nur eine Hilfskonstruktion.

## Lösungsvorschläge

Ein individueller Leistungsanspruch für Betreuungsleistungen sollte grundlegend im § 14 SGB XI verankert werden. Um systemgerecht den Individualanspruch des Versicherten zu erhalten, sollten die ambulanten Pflegesachleistungen grundsätzlich für soziale Betreuungsleistungen geöffnet werden oder ein entsprechender Leistungskomplex nach § 89 SGB XI eingeführt werden. Auch müssen die ambulanten Sachleistungsbeträge entsprechend erhöht werden.

Der Deutsche Caritasverband schlägt zudem vor, diesen Vorschlag auf seine Auswirkungen in der Praxis hin zuerst genauer zu untersuchen. Dafür sollten im Gesetz Modellprojekte vorgesehen werden. § 89, Abs. 3 Satz 2 sollte lauten: „Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; Verfahren und Möglichkeiten der Zeit- und Kostenersparnis und die Auswirkungen auf die Verbesserung der Lebenssituation der Pflegebedürftigen und auf die Leistungserbringung sollen in Modellprojekten bis Ende 2010 erprobt werden.“

## **30. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

Die Regelungen des bisherigen § 80 SGB XI wurden in den § 113 übertragen und ergänzt. In den Vereinbarungen sollen nun insbesondere auch Anforderungen an die Pflegedokumentation, an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach §114 Abs. 3 Satz 2 und 3, an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach §114 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XI geregelt werden.

### Bewertung

#### *a) Pflegedokumentation (§113 Abs.1 Satz 4 Ziffer 1 SGB XI)*

Die Hauptprobleme ineffizienter Pflegedokumentation liegen überwiegend in der Überdokumentation aufgrund der Sorge vor haftungsrechtlichen Konsequenzen oder in der Fehldokumentation. Standardisierung kann dieses Problem nicht lösen. Anzustreben ist hingegen eine höhere Effizienz der Dokumentation. Zu diesem Zweck müssen Pflegemodell, Pflegeplanung und Pflegehandlungen sowie Evaluation der Pflegeinterventionen einrichtungsintern eng aufeinander bezogen werden. Dabei muss es auch weiterhin der einzelnen Einrichtung überlassen bleiben, welches Pflegemodell sie zur Anwendung bringt und welches Dokumentationssystem sie entsprechend einsetzt. Bundeseinheitliche Kriterien für die Pflegedokumentation sind daher nach Ansicht des DCV nicht Ziel führend.

## Lösungsvorschläge

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

### *b) Bewertung Prüfinstitutionen und Prüfverfahren (§113 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 2 + 3 SGB XI)*

Qualitätswettbewerb setzt Selbstverantwortung und Gestaltungsräume für die Dienstleistungserbringer voraus. 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 Trägern veranlassten Prüfungen nach § 113 Abs. 1 Nr. 2 und 3. Unverständlich bleibt jedoch, warum im Gesetzesentwurf in § 114 Abs. 4 die Quote der jährlichen Stichprobenprüfung von zertifizierten Einrichtungen von 10 % (Referentenentwurf vom 10.09.07) auf 20 % heraufgesetzt wurde. Damit würden im künftig dreijährigen Zeitraum der MDK-Regelprüfungen 60% der nach einem anerkannten Zertifikat geprüften Einrichtungen zusätzlich einer Stichprobenprüfung unterzogen. Die zuvor im Gesetzesentwurf angekündigte Reduzierung der Prüfungen für zertifizierte Einrichtungen wäre damit nicht mehr gegeben. Es gilt zu bedenken, dass jede Ausweitung der MDK-Prüftätigkeiten Mittel der Pflegeversicherung auf Kosten der Leistungen für Pflegebedürftige bindet.

## Lösungsvorschläge

Die Regelung des Referentenentwurfes Stichprobenprüfungen bei 10% der zertifizierten Einrichtungen durchzuführen, sollte beibehalten werden.

## **31. Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

In §113a werden Expertenstandards erstmalig gesetzlich verankert. Geregelt wird ihre Entwicklung und Aktualisierung sowie das Inkrafttreten.

### Bewertung

Grundsätzlich begrüßt der Deutsche Caritasverband die Entwicklung und Einführung von weiteren Expertenstandards in der Pflege. Allerdings sollten sie unseres Erachtens nicht gesetzlich fixiert werden. Expertenstandards in der Pflege sind *eine* mögliche qualitative Orientierung und sollten allenfalls in den Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 Abs. 7 SGB XI auf dem Verhandlungswege zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern unter Beteiligung des medizinischen Dienstes konsentiert und verankert werden.

Zu bedenken ist weiterhin: Expertenstandards in der Pflege werden nicht nur für im SGB XI, sondern auch im SGB V angewandt. Auch deshalb halten wir die gesetzliche Verankerung von Expertenstandards im SGB XI ebenso wie ihre Finanzierung aus dem SGB XI für nicht sachgerecht. Da es sich bei der Entwicklung von Expertenstandards um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sollte die Finanzierung nicht aus dem ohnehin finanziell belasteten Sozialversicherungssystem erfolgen.

Bei der Entwicklung von Expertenstandards oder bei deren Aktualisierung sollte darauf geachtet werden, dass die Praxis in ausreichendem Maße beteiligt wird.

## Lösungsvorschläge mit Priorität

§ 113 a SGB XI ist zu streichen.

Die Entwicklung und Finanzierung von Expertenstandards ist an anderer Stelle zu regeln.

Expertenstandards und Leitlinien sollten in den Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 Abs. 7 SGB XI auf dem Verhandlungswege zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern unter Beteiligung des medizinischen Dienstes konsentiert und als Grundlage für die Überprüfung der Einrichtungen verankert werden (vgl. unsere Stellungnahme zu § 114 a Abs. 7 SGB XI).

## Alternative

Sollte der Gesetzgeber jedoch daran festhalten, Expertenstandards im SGB XI gesetzlich festzulegen, möchten wir auf Folgendes hinweisen:

Kritisch sind die im Gesetzesentwurf vorgesehene unmittelbare Verbindlichkeit und die nicht geklärte Finanzierung der kostenintensiven Qualifizierungsmaßnahmen der Träger bzw. fehlende unterstützende Maßnahmen zur Implementierung zu sehen. Die Implementierung der Standards bedarf je nach Art des Standards einer gewissen Vorlaufzeit für die Einrichtungen, um ihr Personal zu schulen, erforderliche Anschaffungen u. ä. zu tätigen.

In der Ausgestaltung der Expertenstandards darf der Fokus nicht alleine auf Pflege im Sinne der Grund- und Behandlungspflege liegen, sondern müssen Leistungen und Aufgabenstellungen mit im Blick sein, die für die Wohn- und Lebensgestaltung der zu Pflegenden relevant sind. Zukünftige Expertenstandards müssen als interdisziplinäre Standards angelegt sein, in die alle für die Leistungserbringung wichtigen Kompetenzen und Professionen mit einbezogen werden.

## Lösungsvorschläge zur Alternative

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

„Die Vertragsparteien nach §113 SGB XI 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“.

In § 113a (2) SGB XI wird nach Satz 2 ergänzt: „In der Ausgestaltung der Expertenstandards wird ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde gelegt“.

§113 a (3) Satz 2 SGB XI wird folgendermaßen geändert: „Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach den in §113 a (1) Satz 1 SGB XI geregelten Übergangsfristen verbindlich“.

§113a (4) SGB XI wird folgendermaßen ergänzt: „Implementierungshilfen für die einzelnen Einrichtungen und Dienste können über die Pflegekassen kostenlos abgerufen werden (z.B. als Download)“.

## **32. Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)**

### Gesetzesentwurf

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

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass sich der Turnus und der Umfang der Regelprüfung reduziert, sofern im Prüfzeitraum von 3 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 soll, ist sinnvoll. Zu kritisieren ist jedoch, dass die Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität auf Landesebene anerkannt werden sollen. Angesichts der grundsätzlichen Anforderungen an ein solches Verfahren und angesichts des bürokratischen Aufwands bei 16 Anerkennungsverfahren, halten wir eine bundeseinheitliche Regelung für erforderlich. Des Weiteren prüfen gegenwärtig sowohl MDK als auch die Heimaufsicht Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Vermeidung von Doppel-Mehrfachprüfungen und zur Reduzierung der Bürokratiekosten soll sich die Prüfung des MDK künftig auf die Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der Pflege erstrecken, die Prüfung der Heimaufsicht hingegen auf die Strukturqualität. Entsprechende Regelungen sind in den Heimgesetzen zu verankern.

Die in §114 Absatz 2 Satz 4 SGB XI geforderte Überprüfung, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach §23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht, ist aus Sicht des DCV für die Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe nicht sachgerecht. Hier handelt es sich um Orte des Wohnens und des Lebens, für die andere Voraussetzungen gelten müssen als in einem Krankenhaus.

## Lösungsvorschläge

§114 Abs. 2 Satz 5 SGB XI ist zu streichen. Regelungen zur Infektionsprävention und zur Hygiene müssen an die Lebenssituation im Altenheim als auch in der Häuslichkeit angepasst werden, bevor sie ins Gesetz aufgenommen werden.

§ 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 SGB XI festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1 Satz 6 veröffentlicht werden.“

## **33. Qualitätsprüfrichtlinien (§ 114 a Abs. 1 und 7 SGB XI)**

### 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. Weiterhin hält der Gesetzgeber am Beratungsansatz des MDK bei Qualitätsprüfung fest. Auch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI werden weiterhin nicht mit den Vorgaben an die Qualitätsprüfung verknüpft.

## Bewertung

Eine Schwierigkeit ergibt sich aus der in §114a Abs.1 SGB XI festgelegten Aufforderung zur Beratung der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen. Eine Beratung im Moment der Prüfung durchzuführen, führt auf beiden Seiten nur zur Verwirrung.

Der Gesetzesentwurf ordnet 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. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass es bislang versäumt wurde, die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI inhaltlich mit den Qualitätsprüfungsrichtlinien (§ 114a Abs. 7 SGB XI) 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 des Deutschen Caritasverbandes 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.

## Lösungsvorschläge

§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 Bund 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.

§114 a Abs. 1 Satz 3 ist zu streichen.

## **34. Qualitätsberichte (§ 115)**

### Gesetzesentwurf

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 gewonnen Informationen. Qualitätsberichte müssen als transparente Darstellung der Pflege- und Lebensqualität:

- übersichtlich und für die Nutzer(innen) verständlich sein,
- auf Qualitätskriterien basieren, die Pflegefachlichkeit und in stationären Einrichtungen auch Lebensqualität abbilden,
- den Nutzer(innen) 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. Nach § 114 Abs. 2 SGB XI ist der MDK auch nur für die Überprüfung der Qualität der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen zuständig. Der DCV ist der Auffassung, dass die Qualitätsberichte etwas über die Lebensqualität aussagen sollten, für die der MDK nicht zuständig und dafür bisher aufgrund seiner medizinisch-pflegerischen Ausrichtung auch nicht die erforderliche Kompetenz besitzt. Darum wird Folgendes vorgeschlagen:

Daher muss für eine vergleichende Qualitätsberichterstattung ein gestuftes Vorgehen zur Entwicklung und zum Ausbau vorgesehen werden:

Zunächst sollten auf der Grundlage der derzeitig vorhandenen Daten von Trägern und Prüfinstitutionen gemeinsam, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, Qualitätsberichte im Bereich Struktur- und Prozessqualität entwickelt werden.

In einem zweiten Schritt sollte auf der Basis valider und konsentierter Ergebnisindikatoren eine Weiterentwicklung vergleichender und ergebnisorientierter Qualitätsberichterstattung erfolgen. Er-

gebnisindikatoren 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 nicht vertretbar. Für den Nutzer relevante Ergebnisse externer Prüfungen, beispielsweise des MDK, der Heimaufsicht und externer Zertifizierer, sollen 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. Daher ist eine Konkretisierung des Gesetzgebers geboten, wie Einrichtungen verfahrensrechtlich justiziabel gegen fehlerhafte MDK-Prüfberichte vorgehen können. Dazu muss dem Träger weiterhin vor Veröffentlichung ein Anhörungsrecht gewährt werden. Da auch dem MDK Fehler unterlaufen können, muss er ebenfalls vor Veröffentlichung in angemessener Frist zur Berichtigung verpflichtet werden. Erst nach Abschluss dieses Verfahrens darf der Bericht veröffentlicht werden.

Damit eine negative Berichterstattung nicht über drei Jahre bestehen bleiben muss, soll dem Träger Einrichtung die Möglichkeit einer Wiederholungsprüfung gewährt werden, sobald die festgestellten Mängel beseitigt sind.

Auch anonymisierte personenbezogene und -beziehbare Daten sind in vielen Fällen leicht zurück zu verfolgen. Sie dürfen darum grundsätzlich nicht im Qualitätsbericht veröffentlicht werden.

## Lösungsvorschläge

§ 115 Abs. 1a SGB XI 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 vereinbart. In einem zweiten Schritt sind die Grundlagen der Qualitätsberichte auf der Basis fachlicher, standardisierter und konsentierter Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln.*“

In § 115 Abs. 1a SGBXI ist zu formulieren: „... personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind ~~zu anonymisieren~~ nicht im Qualitätsbericht zu veröffentlichen“

In § 114a Abs. 1 nach Satz 1 sind folgende Sätze einzufügen: "Auf Antrag der Pflegeeinrichtungen führen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen zeitnah Nachbegutachtungen durch. Deren Ergebnisse sind im Rahmen des § 115 Abs. 1a zu beachten."

Der § 115 Abs. 2 wird übernommen und um ein Klagerecht des Einrichtungsträgers gegen den MDK erweitert.

## **35. Ambulante Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen (Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner (Art 5 § 119b SGB V))**

### Gesetzesentwurf

§ 119b SGB V sieht einen Anspruch auf Ermächtigung des Pflegeheims zur Einstellung eines geriatrisch qualifizierten Heimarztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bewohner(innen) nicht durch niedergelassene Ärzte - auch in verschiedenen besonderen Versorgungsformen (§§ 73 b, 73c, 140a SGB V) – sichergestellt werden kann.

### Bewertung

Die fachärztliche Versorgung in den Pflegeheimen weist erhebliche Lücken auf. Sowohl Allgemein- als auch Fachärzte sind häufig unzureichend geriatrisch qualifiziert.

Der Deutsche Caritasverband befürwortet für den Fall der unzureichenden allgemeinärztlichen Versorgung, die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einstellung eines Heimarztes. Allerdings weisen wir darauf hin, dass die vorgesehene Regelung keine Verantwortung der Träger, die ärztliche Versorgung ihrer Bewohner(innen) sicherzustellen, begründet. Der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung liegt weiterhin bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

Des Weiteren begrüßen wir das generelle Bemühen des Gesetzgebers, die mit dem GKV-WSG neu geschaffenen bzw. erweiterten Regelungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung gezielt für geriatrische Patienten einzusetzen.

Folgende Rahmenbedingungen sind aus unserer Sicht im Gesetzesentwurf zu ergänzen:

### Lösungsvorschläge

Nicht nur der Heimarzt, sondern auch die Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) und der an der Integrierten Versorgung (§ 140a) beteiligten Hausärzte müssen geriatrisch fortgebildet sein.

Gesetzlich ist sicherzustellen, dass auch die Bewohner eines Pflegeheims mit Heimarzt ein Wunsch- und Wahlrecht in der Auswahl ihrer Ärzte haben.

Zur besseren Versorgung geriatrischer Patienten soll ein Rechtsanspruch auf ein jährliches geriatrisches Assessment zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. Daran sind neben den Ärzten auch die Pflegefachkräfte zu beteiligen.

## **36. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Artikel 2 § 2 Abs. 1 PflegeZG)**

### Gesetzesentwurf

Beschäftigte haben das Recht, bis zu 10 Arbeitstage der Arbeit fern zu bleiben.

### Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Regelung zur Freistellung für insgesamt längstens 10 Tage bei akut auftretenden Pflegesituationen. Das hierfür noch im Referentenentwurf vorgesehene Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XII hält der DCV allerdings für gesellschaftspolitisch geboten. Der Deutsche Caritasverband bedauert daher die Streichung des § 44a Abs. 3 SGB XII und damit den Wegfall einer finanziellen Absicherung während der kurzfristigen Freistellung.

Akut auftretende Pflegesituationen bei älteren Angehörigen sind den Situationen vergleichbar, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach § 616 BGB wegen der Erkrankung eines Kindes ein

Anspruch auf Freistellung verbunden mit einem Anspruch auf das sog. „Kinderkrankengeld“ zusteht (§ 45 SGB V).

Aus dem Gesetzestext lässt sich außerdem nicht eindeutig entnehmen, in welchen Zeiträumen und für welchen Personenkreis der Anspruch auf zehntägige Freistellung besteht; ob die 10 Arbeitstage am Stück oder flexibel genutzt werden können. Ob sich der Anspruch pro auftretenden „Pflegefall“ einmal in der gesamten Beschäftigungszeit bezieht oder als jährlicher Anspruch gilt. In § 2 Abs. 1 PflegeZG sollte daher festgelegt 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.

## Lösungsvorschläge

Es wird angeregt, eine flexible Verwendung der 10 Tage zuzulassen. Der Anspruch soll jährlich gelten. Der Deutsche Caritasverband e.V. regt an, die finanzielle Absicherung während der Freistellung nach § 2 PflegeZG und insbesondere das Zusammentreffen mit Ansprüchen auf Fortzahlung der Arbeitsvergütung nach dem Modell des § 45 SGB V zu regeln.

## **37. Pflegezeit (§ 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

Der Deutsche Caritasverband befürwortet diese Regelung. Problematisch ist allerdings die Herausnahme von Kleinbetrieben mit fünfzehn und weniger Beschäftigten aus dem Anwendungsbereich des Pflegezeitgesetzes. In den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR) finden sich bereits seit einigen Jahren für Mitarbeiter(innen), die Angehörige pflegen wollen, Rechtsansprüche auf Sonderurlaub oder Reduzierung der Arbeitszeit zur Pflege eines Angehörigen. Diese Rechtsansprüche bestehen unabhängig von der Einrichtungsgröße, d. h. der Zahl der in der Einrichtung beschäftigten Mitarbeiter(innen). Der Anspruch auf Freistellung bzw. Arbeitszeitreduzierung wird gewährt, wenn keine dringenden dienstlichen bzw. betrieblichen Belange entgegenstehen. Mit der in beiden Regelungen normierten Interessensabwägung soll verhindert werden, dass Einrichtungen durch entsprechende Anträge der Mitarbeiter(innen) über Gebühr belastet werden. Die entgegenstehenden dringenden (= notwendigen/erforderlichen) betrieblichen Belange (=Interessen) müssen von erheblichem Gewicht sein. Sie müssen sich als zwingende Hindernisse für die beantragte Verkürzung der Arbeitszeit und deren Verteilung bzw. den Sonderurlaub darstellen. Diese Regelung hat sich in der Praxis bewährt.

### Lösungsvorschläge

Die Begrenzung des Anspruchs an der Betriebsgröße wird aufgehoben. In § 3 Abs.1 Satz 2 wird geändert: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur, wenn keine dringenden dienstlichen oder betrieblichen Belange entgegenstehen.“

## **38. Dauer der Pflegezeit (§ 4 PflegeZG)**

### Gesetzesentwurf

Beschäftigte können für jeden pflegebedürftigen nahen Verwandten eine Pflegezeit für längstens 6 Monate in Anspruch nehmen.

## Bewertung

Es ist zu erwarten, dass nur wenige Personen die vorgesehene Höchstdauer der Pflegezeit (sechs Monaten) nutzen, solange der Lebensunterhalt der Beschäftigten in dieser Zeit nicht durch eine entsprechende finanzielle Unterstützung annähernd sichergestellt ist. Eine unbezahlte Pflegezeit von sechs Monaten werden sich nur finanziell anderweitig abgesicherte Beschäftigte leisten können.

## Lösungsvorschläge

Es wird vorgeschlagen, über eine bedarfsgeprüfte Unterstützungsleistung zur Gewährleistung der Grundsicherung für die Dauer der Pflegezeit nachzudenken.

## **39. 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. Der Deutsche Caritasverband begrüßt deshalb die mit der Erweiterung des § 63 Abs. 3 geschaffene Möglichkeit von Modellvorhaben.

Damit die Modellvorhaben jedoch auch zeitnah nach Inkraft-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. 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.

### Lösungsvorschläge

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.“

## **40. 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

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

### Lösungsvorschläge

S.o. zu § 63 SGB V Abs. 3 c

Freiburg/ Berlin, den 15. Januar 2008