



Gute Pflege braucht mehr Zeit!

Stellungnahme des

Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

zum

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
(BT-Drs. 16/7439),**

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

**Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine
konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung
(BT-Drs. 16/7136),**

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.:

**Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung
(BT-Drs. 16/7472) und**

zum Antrag der Fraktion der FDP:

**Für eine zukunftsfest und generationsgerecht finanzierte, die
Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege
(BT-Drs. 16/7491)**

Berlin, 15. Januar 2008

Vorbemerkung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Seit vielen Jahren wird über die Reform der Pflegeversicherung diskutiert. Über den notwendigen **Reformbedarf** besteht weitestgehend Einigkeit: eine stärkere Berücksichtigung von dementiell Erkrankten in der Pflegeversicherung, die Anhebung ambulanter Sachleistungsbeträge, die Dynamisierung der Leistungen, die Entbürokratisierung und Optimierung der Versorgungsstrukturen, die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und trotz des Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung ein Leistungsniveau, das beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit die Abhängigkeit von Sozialhilfe möglichst weitgehend vermeidet.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PFWG) hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt, der diesen Reformbedarf grundsätzlich angeht. Aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), der bundesweit über 5.300 private Pflegeeinrichtungen vertritt, ist dieses **keine kleine Reform**; in der Tat umfasst dieser Entwurf eine strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dabei wird die Situation der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt gerückt. So sind beispielsweise die Verbesserungen zur Stärkung der häuslichen Pflege und der Tagespflege sowie die angehobenen Leistungen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen wichtige und richtige Signale, die vom PFWG ausgehen. Für ambulant versorgte Menschen mit demenzieller Erkrankung wird das umgesetzt, was in der Pflege zum wichtigsten Thema wird: Ihnen wird Zeit für die Betreuung angeboten. Genau das brauchen wir in der Pflege: **Gute Pflege braucht mehr Zeit!** Mit den geplanten Leistungsverbesserungen in Höhe von 2,5 Milliarden Euro wird dieses ermöglicht.

Die Bundesregierung vermeidet mit dem Gesetz auch die Gefahr, dass Pflegebedürftigkeit im Alter erneut zum **Armutsrisiko** wird. Die ursprünglich beabsichtigten Kürzungen bei den Leistungsbeträgen für die stationäre Pflege sind nicht im Entwurf enthalten. Dieses wird vom bpa nachdrücklich begrüßt ebenso wie die Schaffung eines eigenständigen Leistungsanspruches auf Tagespflegeleistungen, die beabsichtigte **Dynamisierung** sowie die Anhebung der **ambulant Sachleistungsbeträge**, wengleich letztere aus Sicht des bpa deutlich zu gering ausfällt.

Kritisch bewertet der bpa die vorgesehene Umsetzung der **Pflegeberatung durch die Pflegestützpunkte** und die **Einzelpflegekräfte**. Hier besteht die Gefahr, dass unwirtschaftliche Doppelstrukturen neu etabliert werden sollen. Stattdessen sollten die bestehenden Ressourcen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die gut vor Ort vernetzt sind, genutzt sowie die bereits vorhandene Pflegeberatung (§ 45 SGB XI) ausgebaut werden. Allein der bpa hat mehr als 2.500 Pflegeberater ausgebildet.

Der bpa begrüßt, dass der Gesetzgeber die erheblichen Anstrengungen der Träger und ihrer Verbände zu einer stetigen **Qualitätsentwicklung** künftig stärker berücksichtigen möchte.

Unverständlich hingegen ist, dass nicht nur im Bereich der Investitionskostenfinanzierung versucht wird, **erneut regulierend in die Finanzierungsbedingungen** insbesondere der privaten Pflegeeinrichtungen einzugreifen. Leider sind an mehreren Stellen regulierende Vorschläge aufgegriffen worden; so z.B. auch bei den Voraussetzungen für den Versorgungsvertrag oder bei dem Versuch, den externen Vergleich als Instrument der Entgeltfindung nahezu abzuschaffen. Alle diese **regulierenden Eingriffe führen zu einer Verzerrung des Wettbewerbs** und werden vom bpa abgelehnt.

Zu den Anträgen auf den Bundestags-Drucksachen 16/7136, 16/7472 und 16/7491 wird im Anschluss an die einzelnen Regelungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung Stellung genommen.

Zu den einzelnen Regelungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 16/7439):

Zu Artikel 1, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Ziffer 4, § 7a SGB XI, Pflegeberatung, S. 4 ff.

Das Instrument des Fallmanagements oder der Pflegeberatung wird bei Bedarf als Einzelleistungsangebot seitens der bestehenden zugehenden Leistungserbringerstruktur für eine sinnvolle Angebotsergänzung gehalten. Geplant ist hingegen, die Funktion der geplanten Pflegeberatung über die Pflegestützpunkte an die Pflegekassen anzubinden. Die vorgesehene Pflegeberatung soll auf dem MDK-Gutachten aufbauen und hieraus einen Versorgungsplan generieren sowie die erforderlichen Sozialleistungen, deren Kostenträger der Pflegeberater repräsentiert, einleiten. Ein unabhängiges Fallmanagement kann so nicht gewährleistet werden. Vielmehr besteht die große Gefahr, dass Mitarbeiter der Pflegekassen, die dort die Pflegeberatung übernehmen, zugleich auch über die Leistungen entscheiden und die Leistungsentscheidung der Hilfebedürftigen eingeschränkt wird. **Beratung und Leistungsentscheidung dürfen aber nicht in einer Hand liegen.**

Anstatt der Einführung einer kassenabhängigen Pflegeberatung und deren Einbindung an die Pflegestützpunkte (s. dazu die Ausführungen zu § 92 c SGB XI) sollten die Leistungen des Fallmanagements unter Nutzung der bestehenden Strukturen an die Pflegeeinrichtungen übertragen werden. Hierzu wären die Leistungen des **§ 45** sowie des **§ 37 Abs. 3 SGB XI** und die speziellen Kompetenzen der Pflegeeinrichtungen mit entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften und spezifischen Quartierskenntnissen prädestiniert. Die Leistung des Fallmanagements sollte dezidiert beschrieben werden und jederzeit in Form von Zeitkontingenten nach Bedarf bei der Pflegeeinrichtung, den Pflegekassen oder anderen zugelassenen Einrichtungen durch Pflegebedürftige und deren Angehörigen abgerufen werden. Doppelstrukturen wären damit ausgeschlossen, die Leistung wäre bei Bedarf für die Hilfesuchenden verfügbar, eine dauerhafte wirtschaftliche Bereitstellung und Finanzierung gewährleistet.

Problematisch ist auch die vorgesehene **finanzielle Ausgestaltung**. Für je 100 Fälle soll ein Pflegeberater in einem Pflegestützpunkt zur Verfügung stehen.

Wenn man nur die 1,3 Millionen MDK-Begutachtungen pro Jahr heranzieht, werden damit **13.000 Pflegebegleiter benötigt**. Bei einem Arbeitgeberbrutto von 65.000 Euro pro Jahr ergeben sich Kosten in Höhe von **845 Millionen Euro pro Jahr**. Eingeplant sind allerdings laut Gesetzentwurf nur 30 Millionen Euro für 2008, 110 Millionen Euro für 2009 und 170 Millionen Euro für 2010. Aber auch die übrigen Kosten für die Pflegeberatung durch die Pflegestützpunkte müssen aus der Pflegeversicherung finanziert werden. Der bpa kritisiert dabei insbesondere, dass **für die Besserstellung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz** (s. Ziffer 28, § 45 b SGB XI) 2009 **nur 360 Millionen Euro vorgesehen sind, während die Kosten für Pflegebegleiter faktisch mehr als doppelt so hoch sind. Nach Ansicht des bpa besteht die Gefahr, dass hier zu viel in die Strukturen und zu wenig in die konkreten Leistungen investiert wird.**

Ziffer 6, § 9 SGB XI, Investitionskosten, S. 7

Die beabsichtigte Regelung führt zu weitreichenden und unverhältnismäßigen Eingriffen in die Rechte der Einrichtungsträger aus Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG. Angesichts der demographischen Entwicklung, dem damit einhergehenden Bedarf an zusätzlicher pflegerischer Infrastruktur und dem heute schon bestehenden Investitionsstau aufgrund unzureichender Refinanzierungsmöglichkeiten wird die beabsichtigte Änderung in § 9 SGB XI vom bpa strikt abgelehnt

Wenngleich durchaus begrüßt wurde, dass manche Länder ihre

Verantwortung für eine Senkung der finanziellen Belastung der pflegebedürftigen Menschen durch die Gewährung einer direkten Unterstützung der Nutzer wahrnahmen (Subjektförderung), gab es durchaus Streit darüber, ob damit auch die Pflegeeinrichtung als gefördert galt (Objektförderung). Erwartungsgemäß bestätigte sich auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die Auffassung, dass eine so verstandene direkte Unterstützung der Betroffenen keineswegs dazu führen kann, dass eine Pflegeeinrichtung, welche ohne öffentliche Zuschüsse finanziert wurde, quasi im Nachhinein zwangsläufig zur geförderten Einrichtung wurde (Urteil des BSG vom 24. Juli 2003, Az. B 3 P 1/03 R).

Nun sollen aber die **Bundesländer ermächtigt** werden, zu bestimmen, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung Pflegebedürftiger bei den Investitionskosten (Subjektförderung) einer finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen (Objektförderung) gleichzustellen ist.

Eine Ermächtigung der Länder, diese Regelung herbeiführen zu können, greift tief in die Finanzierungsbedingungen der Pflegeeinrichtungen ein und verschiebt das Kräfteverhältnis nahezu vollständig hin zu den Bundesländern.

Dieses hat **weitreichende Konsequenzen für die Pflegeeinrichtungen**. Dazu werden zunächst die bisherigen Regelungen kurz erläutert.

Bisher vereinbarten Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, die Höhe der betriebsnotwendigen Investitionskosten mit dem zuständigen Sozialhilfeträger. In Streitfällen entscheidet die Schiedsstelle. Sofern gegenüber den Selbstzahlern abweichende Investitionskosten berechnet werden, sind diese gegenüber der zuständigen Behörde anzuzeigen. Grundlage ist § 82 Abs. 4 SGB XI.

Sofern Einrichtungen eine Objektförderung erhalten haben, darf verständlicherweise lediglich der nicht geförderte Anteil auf Grundlage eines Bescheides der zuständigen Behörde in Rechnung gestellt werden. Die Länder bestimmen die Ausführung dieser Vorschrift durch entsprechende Verordnungen.

Durch die beabsichtigte Neuregelung könnte die direkte Unterstützung der Nutzer als anteilige Landesförderung nach § 82 Abs. 3 SGB XI angesehen werden. Eine Sozialleistung für die Bewohner soll dadurch zu einer Förderung der Einrichtung gemacht werden. Auch auf die Einrichtungen, welche bisher keinerlei Objektförderung erhalten haben, könnten damit die Regelungen des § 82 Abs. 3 SGB XI Anwendung finden und den Einrichtungen z.B. die Konfliktklärung über die Schiedsstelle verbaut werden. Zudem könnten die Länder einseitig die Finanzierungsbedingungen für Einrich-

tungen erheblich verändern, die ohne öffentliche Zuschüsse errichtet wurden.

Theoretisch wäre es dann für die Landesbehörden ausreichend, einem einzigen Bewohner eines Heimes Pflegewohngeld zu zahlen, damit die gesamte Einrichtung hinsichtlich der Investitionskosten unter die Regelungen des § 82 Abs. 3 SGB XI fällt.

Der bpa gibt daher zu bedenken, dass die **bewährte jetzige Regelung** keinerlei Nachteile für die Träger der Sozialhilfe mit sich bringt, da hier seit jeher individuelle Vereinbarungen über die Höhe der berechnungsfähigen Investitionskosten zwischen dem zuständigen Sozialhilfeträger und der Pflegeeinrichtung getroffen werden. Problematisch war hier eher, dass die fehlende Schiedsstellenfähigkeit bei angeblich fehlender Leistungsvereinbarung nach SGB XII als formales Druckmittel genutzt wurde zur Senkung der Investitionsbeträge, auch wenn mit der jeweiligen Einrichtung bereits seit Jahren ein Vertragsverhältnis bestand.

Es ist unverständlich, dass nicht nur hier versucht wird, erneut regulierend in die Finanzierungsbedingungen insbesondere der privaten Pflegeeinrichtungen einzugreifen. Leider sind an mehreren Stellen regulierende Vorschläge aufgegriffen worden; so z.B. auch bei den Voraussetzungen für den Versorgungsvertrag oder bei dem Versuch, den externen Vergleich als Instrument der Entgeltfindung nahezu abzuschaffen. Alle diese **regulierenden Eingriffe führen zu einer Verzerrung des Wettbewerbs** und werden abgelehnt.

Ziffer 8, § 12 SGB XI, Aufgaben der Pflegekassen, S. 7 f.

Ziffer 8a), § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Den Pflegekassen wird auferlegt, insbesondere durch die **Pflegestützpunkte** eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen zu erreichen. Diese besondere Betonung einer neu zu schaffenden Institution im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erachtet der bpa als nicht sachgerecht. Hier sollte stärker auf die bereits bestehenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen und deren Vernetzung Bezug genommen werden. Es wird auf die Bewertung zu den Pflegestützpunkten (§ 92 c SGB XI) verwiesen.

Ziffer 8b), aa), § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

In gleicher Weise wird die bei den Pflegestützpunkten angesiedelte **Pflegeberatung** besonders hervorgehoben. Die Koordination sämtlicher Leistungen über die Pflegeberatung der Pflegestützpunkte ist nach Ansicht des bpa nicht sach- und praxisgerecht. In vielfältiger Weise nehmen heute bereits die ambulanten und stati-

onären Pflegeeinrichtungen entsprechende Koordinierungsaufgaben für die durch sie versorgten Pflegebedürftigen wahr. Dieses sollte an dieser Stelle unbedingt berücksichtigt werden, um dem Eindruck entgegen zu treten, dass das von den Einrichtungen erbrachte Fallmanagement zukünftig nicht erforderlich sei.

Ziffer 8b) bb), § 12 Abs. 2 Satz 3 SGB XI

Die Verpflichtung der Pflegekassen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen über **Heimärzte** gem. § 119 b SGB V in Ziffer 8b) bb) des Gesetzentwurfs wird begrüßt. Es wird auf die Ausführungen zu § 119 b SGB V in dieser Stellungnahme verwiesen.

Ziffer 9, § 18 SGB XI, MDK-Begutachtung, S. 8 f.

Ziffer 9a), § 18 Absatz 1 Satz 2 SGB XI

Künftig soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen, ob der Versicherte einen Anspruch auf Leistungen nach § 45 b SGB XI hat, auch wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. **Diese Regelung wird nachdrücklich begrüßt, weil davon Menschen mit demenziellen Erkrankungen erheblich profitieren.** Demenziell Erkrankte haben häufig einen hohen Betreuungsbedarf, der aber nicht mit so weitreichenden somatischen Einschränkungen verbunden ist, dass eine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Bisher war dadurch ein Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung weitestgehend ausgeschlossen. Durch die Leistungsgewährung von Betreuungsleistungen gem. § 45 SGB XI unabhängig von der Pflegestufe soll dieses nun zu Gunsten demenziell erkrankter Menschen geändert werden. Dazu ist eine Regelung erforderlich, wie diese Menschen in den Bezug der Betreuungsleistungen kommen. Die vorgesehene MDK-Überprüfung in § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist eine sachgerechte und überzeugende Lösung im Sinne der Betroffenen. Es wird allerdings die Auffassung vertreten, dass der Leistungsanspruch wohnortunabhängig bestehen muss und damit auch bei stationärer Pflege. Auf die weiteren Ausführungen zu § 45 b SGB XI wird verwiesen.

Ziffer 9b), § 18 Abs. 3 SGB XI:

Die Einführung **bundeseinheitlicher Fristen für die Begutachtung durch den MDK** sowie Mitteilung an die Pflegebedürftigen wäre eine wesentliche Verbesserung, von der die Pflegebedürftigen und Angehörigen zukünftig erheblich profitieren würden, wenn tatsächlich innerhalb der vorgesehenen Fristen die Begutachtung erfolgen würde bzw. der Bescheid erteilt würde. Bisher gab es

regional sehr große Unterschiede im Begutachtungsverfahren und die Pflegebedürftigen mussten teilweise mehrere Monate auf die Begutachtung und den anschließenden Bescheid der Pflegekassen warten. Bisher ist es leider oft so, dass eine Zuordnung zu einer Pflegestufe oft erst nach Monaten möglich wird, obwohl eine schnelle Zuordnung für die weitere pflegerische Versorgung von erheblicher Bedeutung ist.

Der MDK stellt zukünftig automatisch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a fest, eines gesonderten Antrages auf diese Begutachtung bedarf es nicht mehr. Aus diesen Gründen wird die Regelung vom bpa nachdrücklich begrüßt.

Ausdrücklich anzumerken ist, dass im Rahmen der Begutachtung auch der Rehabilitationsbedarf erfasst und so umfassend beschrieben werden muss, dass dies als Antrag auf Rehabilitationsleistungen gegenüber der Krankenkasse gelten kann. Geschieht dies nicht, steht zu befürchten, dass die Gewährung von Leistungen, z.B. der geriatrischen Rehabilitation, auch künftig nur sehr restriktiv gewährt werden. Damit würde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ nicht umgesetzt, den Versicherten entsprechende Leistungen nicht gewährt und Pflegeeinrichtungen zusätzlich belastet. Zudem würde es wohl im Bereich der geriatrischen Rehabilitation weitgehend folgenlos bleiben, wenn Krankenkassen nicht innerhalb von sechs Monaten Rehabilitationsleistungen umsetzen.

Ziffer 9c), § 18 Abs. 6 SGB XI:

Im Referentenentwurf zum PfiWG war vorgesehen, dass der MDK der Pflegekasse das „**Gutachten**“ unverzüglich übermittelt. Nun ist im Gesetzentwurf nur noch vom „**Ergebnis**“ der Prüfung die Rede. Diese Veränderung sollte wieder rückgängig gemacht werden. Es ist richtig, den MDK zu verpflichten, das Gutachten unverzüglich zu übermitteln. Davon unbenommen kann bleiben, dass der MDK ggf. vorab bereits das Ergebnis mitteilt.

Bisher erhält der Versicherte nach Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung lediglich den Bescheid, aber nicht das **Gutachten** des MDK. In der Vergangenheit musste der Patient in einem bürokratischen Verfahren das Gutachten extra anfordern. Im Sinne der Patientensouveränität und der Stärkung der Verbraucherrechte wäre es nur angemessen, wenn parallel mit der Pflegekasse auch der Antragsteller das MDK-Gutachten erhält. Dieses ist auch datenschutzrechtlich angezeigt, da die im Gutachten enthaltenen Daten sowieso Eigentum des Antragstellers sind. Durch das Gutachten kann der Antragsteller den Bescheid der Pflegekasse überprüfen und ggf. schneller Widerspruch einlegen. Zudem wird der Antragsteller nur auf diesem Wege erfahren, ob und in welchem Umfang ein Bedarf an Rehabilitationsleistungen festgestellt und beantragt wurde.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 18 Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegekasse“ die Wörter „und dem Antragsteller“ eingefügt und die Wörter „Ergebnis seiner Prüfung“ durch die Wörter „Gutachten“ ersetzt.

Ziffer 13, § 30 SGB XI, Dynamisierung, S. 11

Der bpa begrüßt ausdrücklich, dass mit dieser Regelung erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 eine Regelung zur Anpassung der Leistungen in das SGB XI eingefügt werden soll. Über die Notwendigkeit dessen bestand von Anfang an Einigkeit. Die inflationsbedingte Entwertung der Leistungen und der damit einhergehende Akzeptanzverlust der Versicherten sind nur durch eine regelmäßige, an die Inflation gebundene Dynamisierung zu verhindern. Der bpa ist sich bewusst, dass die regelmäßige Dynamisierung entsprechende Kostensteigerungen bedingt. Nichtsdestotrotz ist es sachgerecht, einen **automatischen regelhaften Inflationsausgleich** zu schaffen, ohne dass es jeweils einer Rechtsverordnung der Bundesregierung bedarf. Die Dynamisierung muss nach dem jetzigen Vorschlag viele Hürden überwinden:

- Sie erfolgt nur alle drei Jahre.
- Es gibt einen generellen Vorbehalt in Form der Berücksichtigung der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“.
- Es bedarf eines Berichts der Bundesregierung über die Notwendigkeit der Dynamisierung.
- Die Bundesregierung muss mit Zustimmung des Bundesrates eine Verordnung erlassen.

Aus Sicht des bpa wäre eine Dynamisierung in Form eines regelmäßigen Inflationsausgleichs im Gesetz selbst und ohne Verordnungsnotwendigkeit sachgerechter und unbürokratischer. Der bpa bedauert zudem, dass im Gesetzentwurf nur noch in der Überschrift der Begriff der „Dynamisierung“ verwendet wird, aber nicht im Gesetzestext selbst. Da „Anpassung“ theoretisch auch eine Kürzung bedeuten könnte und ohnehin, wie aufgezeigt, die Hürden sehr hoch sind, sollte der ursprüngliche Begriff der Dynamisierung weiterhin verwendet werden, um zu vermeiden, dass die Ziele dieser Regelung falsch interpretiert werden könnten.

Ziffer 14, § 31 Abs. 3 SGB XI, Vorrang der Rehabilitation, S. 11 f.

Wenn im Rahmen der MDK-Begutachtung festgestellt wird, dass

Leistungen der Rehabilitation notwendig sind, gilt die Mitteilung des MDK als Antrag auf Leistungen gem. SGB IX. Dieses wird vom bpa ausdrücklich **begrüßt**. Dem Versicherten werden damit umständliche zusätzliche Anträge, Überprüfungen und Begutachtungen erspart. Aus Sicht des bpa ist diese Regelung ein wirksamer Mechanismus, um den gesetzlichen Vorrang der Rehabilitation durchzusetzen. Im Sinne dieser Vorschrift und zur besseren Vernetzung schlägt der bpa ergänzend vor, dass mit Einwilligung des Versicherten nicht nur der behandelnde Arzt, sondern **auch die Pflegeeinrichtung informiert wird**, wenn der MDK einen Bedarf an Leistungen gem. SGB IX feststellt. Bei der Kooperation mit dem Rehabilitationsträger sollte zur bestmöglichen Versorgung des Versicherten die Pflegeeinrichtung von Anfang an mit eingebunden sein, um ohne Informationsdefizite ihre spezifischen Leistungen erbringen zu können.

Es ist aber darauf zu achten, dass die Feststellung des Rehabilitationsbedarfes durch den MDK immer so erfolgt, dass sie gegenüber der zuständigen Krankenkasse oder dem sonstigen Träger als Antrag auf Rehabilitationsleistungen gilt.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 31 Abs. 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „den behandelnden Arzt“ die Wörter „die Pflegeeinrichtung“ eingefügt.

Ziffer 17, § 36 SGB XI, Pflegesachleistung, S. 13 f.

Ziffer 17a), § 36 Abs. 1 SGB XI

Das „Poolen“ von Sachleistungen verschiedener Pflegebedürftiger wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird **eine flexiblere Leistungserbringung** möglich. Viele Pflegebedürftige und Angehörige erachten die verankerten Leistungskomplexe als zu starr und würden unabhängig davon die Leistungen in Anspruch nehmen. Bisher war das nicht möglich, auch wenn die Pflegedienste es gerne angeboten hätten. Der bpa begrüßt insbesondere, dass nicht nur Pflege-, sondern auch Betreuungsleistungen gepoolt werden können. Durch die Festlegung als Sachleistung wird zugleich sichergestellt, dass nur gem. SGB XI zugelassene Pflegedienste die Leistungen erbringen dürfen. Eine Finanzierung von Schwarzarbeit ist damit ausgeschlossen. Die entsprechende Ergänzung bei der Vergütungsvereinbarung in § 89 Abs. 3 Sätze 2 ff. findet ebenfalls die volle Zustimmung des bpa.

Ziffer 17 b), § 36 Abs. 3 SGB XI:

Die **Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge** ist richtig und notwendig und wird vom bpa grundsätzlich begrüßt, auch

wenn sie **zu gering** ausfällt. Die seit Einführung der Pflegeversicherung verursachten Kaufkraftverluste können damit nicht adäquat ausgeglichen werden. Allerdings erkennt der bpa an, dass damit endlich – seit 1995 zum ersten Mal überhaupt – eine Anhebung vorgenommen werden soll.

Mit Verwunderung nimmt der bpa zur Kenntnis, dass die ambulanten Sachleistungsbeträge in der Pflegestufe I ab dem Jahr 2010 nur noch auf **440 Euro** angehoben werden sollen. In den Eckpunkten („Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“) vom 19. Juni 2007 waren noch **450 Euro** vorgesehen. Der bpa geht davon aus, dass es sich hier um ein redaktionelles Versehen handelt und bittet um entsprechende **Korrektur**.

Ziffern 18 c-f), § 37 Abs. 3ff., SGB XI, Beratungsbesuch, S. 15 f.

Die Einführung einer weiteren Institution – den „**anerkannten Beratungsstellen**“ – zur Durchführung der Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3 SGB XI **lehnt der bpa ab**. Es ist nicht nachvollziehbar, warum neben zugelassenen Pflegediensten und den neu bei den Pflegestützpunkten anzusiedelnden Pflegeberatern nun noch eine zusätzliche Institution eingeführt werden soll. Die in der Begründung angeführten Beispiele sind nicht überzeugend. Auch wenn in Einzelfällen eine spezielle Demenzberatung erforderlich ist, könnte diese durch die zugelassenen Pflegedienste geleistet werden. Es ist erfreulich, dass in der Begründung die Kritik der ambulanten Pflegedienste an der Vergütungshöhe der „unattraktiven Hausbesuche“ aufgegriffen wird. Unklar ist aber, warum dann nicht die Vergütung für diese Besuche deutlicher als bisher vorgesehen angehoben wird. Stattdessen wird mit den „anerkannten Beratungsstellen“ eine zusätzliche Institution geschaffen. Damit wird nur erreicht, dass die Orientierung und der Überblick für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erschwert wird. Für die Beratungsbesuche sind nicht drei verschiedene Institutionen notwendig.

Ziffer 19, § 39 SGB XI, Verhinderungspflege, S. 16 f.

Nach gängiger Praxis ist es möglich, dass Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI auch in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden kann, wenn im konkreten Fall der Anspruch nach § 42 SGB XI bereits aufgebraucht ist (vgl. Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26.10.2000 an das Niedersächsische Sozialministerium, Geschäftszeichen 122 – 96 – Spell). Damit soll die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich gestärkt und geför-

dert werden. Bisher nicht möglich ist es allerdings, auch **den Anspruch auf Kurzzeitpflege im Rahmen der Verhinderungspflege** durchzuführen. Dieses wäre aber ein weiterer wichtiger Baustein, um die Pflegebereitschaft entsprechend zu stärken. Einen entsprechenden Vorschlag hat der bpa dem Bundesgesundheitsministerium bereits mit Schreiben vom 8. August 2002 unterbreitet. Außerdem hat ein Mitglied des bpa eine entsprechende Petition beim Deutschen Bundestag eingereicht (Pet 2-15-15-8291-034305). In dieser Angelegenheit hat das Bundesgesundheitsministerium mit Schreiben vom 15. Juli 2005 (Az 232 – 45/Name der Petentin/05(33622) an den Petitionsausschuss Stellung genommen. Dort heißt es:

„Im Rahmen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung wird auch die Forderung der Petentin zu prüfen sein.“

Das Ministerium hat das Anliegen als „wünschenswerte Leistungsverbesserung“ eingestuft. Der bpa bittet darum, eine entsprechende Änderung in § 39 SGB XI jetzt umzusetzen, so dass die Leistungen des § 42 SGB XI bei erschöpfter Leistung des § 39 SGB XI und der Möglichkeit einer weitergehenden Ersatzpflege in der Häuslichkeit in Anspruch genommen werden können.

Ziffer 21, § 41 SGB XI, Tages- und Nachtpflege, S. 18 f.

Der **Ausbau der Tagespflege** (Anhebung der Sachleistungsbeträge und 150 % Leistungen bei Kombination mit ambulanter Pflege) ist sachgerecht und findet die **volle Zustimmung** des bpa. Pflegebedürftige und Angehörige werden dadurch stärker entlastet und die Tagespflege als flexible Versorgungsform gestärkt. Der bpa hat bereits verschiedene innerverbandliche Maßnahmen ergriffen, um unter seinen Mitgliedern einen weiteren Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen zu fördern.

Ziffer 22, § 42 SGB XI, Kurzzeitpflege, S. 19

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge in der Kurzzeitpflege wird begrüßt. Bezüglich der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege wird auf den Änderungsvorschlag des bpa zu § 39 verwiesen.

Ziffer 23, § 43 SGB XI, Vollstationäre Pflege, S. 19 f.

Ziffer 23 a), § 43 Abs. 2, Satz 1f. SGB XI

Die **Anhebung der stationären Sachleistungsbeträge** in der Pflegestufe III sowie für die Härtefälle begrüßt der bpa nachdrücklich als **richtigen Schritt**. Die Bundesregierung macht damit deutlich, dass sie nicht bereit ist, den stationären Leistungsbereich gegen den ambulanten auszuspielen. Dieses ist ein wichtiges Signal an die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Bundesregierung bekennt sich damit zum Ziel der Pflegeversicherung, der Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Damit wird auch ein wichtiger Beitrag zur Bekämpfung der Altersarmut geleistet. Hier wird auch berücksichtigt, dass in der Regel bei Nutzung stationärer Pflege eine erheblich höhere finanzielle Belastung auf den Pflegebedürftigen zukommt.

Ziffer 23 a, § 43 Abs. 2 Satz 2 Ziffer 4 und Absatz 3 SGB XI

Die Einführung von konkreten Entgelten für Pflegebedürftige, die als **Härtefall** anerkannt sind, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings bedarf es der Klarstellung, dass als Härtefälle anerkannte pflegebedürftige Menschen den höheren Leistungsbetrag auch tatsächlich erhalten und dass dieser verwendet wird zur Finanzierung der Leistung. In der stationären Pflege wird die Vereinbarung eines Entgeltes zur Pflegestufe III+ benötigt. Es wird auf die Ausführungen zu § 84 SGB XI verwiesen.

Ziffer 23 b), § 43 Abs. 5 SGB XI

Zur Neuregelung der **vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim** wird auf die Ausführungen zu § 87 a Abs. 1 SGB XI verwiesen.

Ohne Ziffer, § 43 a SGB XI, Behindertenhilfe

Derzeit werden im Rahmen der Pflegeversicherung **Menschen mit Behinderungen benachteiligt**, denen nach wie vor nur der geringe pauschale Leistungsbetrag von 256 Euro gem. § 43 a SGB XI zugesprochen wird, wenn sie zwar pflegebedürftig, aber in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben.

Der bpa appelliert daher an die Bundesregierung, diese Leistung im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes anzugleichen an die Beträge, wie sie pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen.

Ziffer 25, § 44 a SGB XI, Pflegezeit, S. 21 ff.

Die Einführung einer Pflegezeit wird begrüßt, soweit sie – wie hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen ausgeführt – „in etwa kos-

tenneutral“ bleibt. Es darf durch die Pflegezeit, die grundsätzlich eine wichtige Entlastung für Pflegebedürftige und Angehörige schafft, nicht zu finanziellen Belastungen an anderer Stelle der Pflegeversicherung kommen.

Ziffer 27, § 45 a SGB XI, Berechtigter Personenkreis, S. 23

Anspruch auf die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in der häuslichen Pflege sollen auch Personen der **Pflegestufe 0** erhalten. Diese Regelung findet die volle **Zustimmung des bpa**. Der bpa teilt die Einschätzung in der Gesetzesbegründung, dass der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung insbesondere bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwands ausmacht. Bisher konnte dieser Bedarf über Leistungen nach § 45 b SGB XI nur gedeckt werden, wenn mindestens die Pflegestufe I vorlag, was bei dem oben genannten Personenkreis häufig nicht der Fall ist. Deswegen ist es ein sehr wichtiges Signal, dass nunmehr auch Personen der Pflegestufe 0 einen Leistungsanspruch erhalten sollen.

Ziffer 28, § 45 b SGB XI, Zusätzliche Betreuungsleistungen, S. 23 ff.

Die Anhebung der Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in häuslicher Pflege ist richtig. Es bedarf aber parallel dringend der Gewährung dieser Leistungen **auch für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen**. Auf diesem Wege könnte insbesondere die Betreuungssituation merklich verbessert werden. Demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheimen sollten nicht schlechter gestellt werden als demenziell erkrankte Menschen in ihrer Häuslichkeit. Der Wohnort darf kein Merkmal für die Gewährung der Leistung sein.

Kritisch bewertet der bpa das Vorhaben, dass **für jeden Einzelfall die Höhe des Anspruchs** von der Pflegekasse nach Empfehlung des MDK festgelegt werden soll. Das ist **nicht sachgerecht**, sondern bürokratisch und hochgradig kostenintensiv, denn in Abhängigkeit zum Krankheitsverlauf würden kontinuierlich MDK-Begutachtung und Nachbegutachtungen notwendig werden. Die Hürden für die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45 b sind bereits jetzt sehr hoch: § 45 a SGB XI und die darauf basierenden Richtlinien der Pflegekassen zur Begutachtung legen detailliert – und aus Sicht des bpa zu restriktiv – fest, wer leistungsberechtigt

ist. Der hohe Bedarf an Betreuungsleistungen ist also bereits nachgewiesen, sobald und sofern grundsätzlich ein Anspruch auf Leistungen gem. § 45 b besteht. Es wird der notwendigen Versorgung des berechtigten Personenkreises in keiner Weise gerecht, wenn dann zusätzlich noch die Pflegekasse auf Empfehlung des MDK über die Höhe der zusätzlichen Betreuungsleistungen entscheidet. Theoretisch ist denkbar, dass dadurch die Leistungen mit der Neuregelung sogar noch geringer ausfallen als bisher, wenn die Pflegekasse mit dem Bescheid über die Leistungshöhe noch unter dem bisher geltenden Betrag bleibt. Alleine diese **Möglichkeit einer Schlechterstellung** sollte der Gesetzgeber zwingend verhindern und deshalb grundsätzlich den Betrag in Höhe von 200 Euro gewähren. Hohe finanzielle Belastungen sind nach Ansicht des bpa dabei nicht zu befürchten, da die hohen Hürden des § 45 a SGB XI und der Richtlinie zur Begutachtung bestehen bleiben. Zudem waren die Ausgaben für diese Leistungen bisher äußerst gering. Ausweislich des Statistischen und finanziellen Berichts über die soziale Pflegeversicherung in den Jahren 2003 und 2004, herausgegeben im Jahr 2006 vom Bundesgesundheitsministerium, betragen die Ausgaben für die besonderen Betreuungsleistungen 18,389 Millionen Euro im Jahr 2004. Dieses war ein **Anteil von 0,1 % an den Gesamtausgaben** in Höhe von über 17,6 Milliarden Euro.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 45 b Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „bis zu“ gestrichen. Die nach Satz 1 neu einzufügenden Sätze (Ziffer 28 a bb)) entfallen.

Ziffer 29, § 45 c SGB XI, Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, S. 25

Der weitere Ausbau der niedrighschwelligen Betreuungsangebote durch Aufstockung der finanziellen Mittel ist angemessen. Die damit verbundene Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wird vom bpa grundsätzlich begrüßt. Zur Benachteiligung privater Pflegeeinrichtungen wird dabei auf die nachfolgenden Ausführungen zu § 45 d SGB XI verwiesen.

Ziffer 30, § 45 d SGB XI, Förderung ehrenamtlicher Strukturen, S. 25 f.

Der bpa erachtet die hier vorgesehene Förderung und Unterstützung der ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe grundsätzlich als richtig. Damit wird der Anwendungsbereich von § 45 c SGB XI weiter ausgedehnt. Deshalb muss an dieser Stelle auf die

in § 45 c SGB XI begründete **Benachteiligung privater Pflegeeinrichtungen** eingegangen werden. § 45 c Abs. 3 sieht vor, dass die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote insbesondere durch die Finanzierung von Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungskosten erfolgt. Diese Förderung in Form von Aufwandsentschädigungen stünde nach § 45 d SGB XI dann auch den im Entwurf genannten Gruppen ehrenamtlicher Personen sowie Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Allerdings können nicht alle Pflegeeinrichtungen diese **Aufwandsentschädigungen** gleichermaßen gewähren. Während Träger von Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege die Aufwandsentschädigung steuerfrei gewähren können, ist dieses Trägern privater Pflegeeinrichtungen aus steuerrechtlichen Gründen verwehrt. Die steuerliche Benachteiligung privater Pflegeeinrichtungen wirkt sich somit direkt auf das ehrenamtliche Engagement aus. Sofern diese Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden, verursachen diese aufgrund der steuerlichen Benachteiligung Ehrenamtlicher in privaten Pflegeeinrichtungen Mehrkosten in Höhe von ca. 30 %. Da die Begründung zu § 45 d SGB XI zu Recht auf die zunehmende Notwendigkeit der Einbeziehung ehrenamtlicher Personen hinweist, bittet der bpa die Bundesregierung eindringlich, die steuerrechtliche Ungleichbehandlung zu beseitigen. Angesichts eines immer größeren Anteils an privaten Pflegeeinrichtungen sollte das bürgerschaftliche Engagement selbst gefördert werden, unabhängig von der Institution, über die es erbracht wird. Der weitere Ausbau des ehrenamtlichen Engagements sollte deshalb nicht durch das Fortbestehen der steuerrechtlichen Ungleichbehandlung eingeschränkt werden.

Ziffer 32, § 47 Abs. 2 SGB XI, Private Pflege-Zusatzversicherung, S. 26

Die Einführung privater Pflege-Zusatzversicherungen wird vom bpa begrüßt. Da die soziale Pflegeversicherung nur eine Teilkasko-Abdeckung gewährleistet, ist die Möglichkeit von ergänzenden privaten Zusatzversicherungen sinnvoll.

Ziffer 34, § 55 SGB XI, Beitragssatz, S. 27

Die Erhöhung des Beitragssatzes wird vom bpa begrüßt. Angesichts der demographischen Entwicklung hat der bpa bereits in seinem Positionspapier vom 17. Juni 2005 (<http://www.bpa.de/29.html>) eine Anpassung gefordert, um die Mittel sowohl für eine Leistungsweiterentwicklung als auch für die wachsende Anzahl an Pflegebedürftigen dauerhaft sicherzustellen. Aus Sicht des bpa ist weiterhin eine Debatte darüber erforderlich, **was der Gesellschaft die Pflege wert ist**. Eine (weitere)

Erhöhung des Beitragssatzes darf dabei kein Tabu sein. Der bpa erkennt gleichwohl an, dass durch die jetzige Beitragssatzanpassung die Versicherten und Arbeitgeber ihren Beitrag zur Verbesserung der Pflegeleistungen erbringen. Notwendig bleibt eine demographiefeste Ausgestaltung der zukünftigen Finanzierung. Diese hat ebenfalls zwingend den neu zu definierenden erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu berücksichtigen.

Ziffer 39, § 71 Abs. 3 SGB XI, Verantwortliche Pflegefachkraft, S. 27 f.

Mit der jetzt beabsichtigten Festschreibung der Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft, die auch eine Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 460 Stunden umfasst, wird eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) umgesetzt und Rechtsklarheit geschaffen. Dies begrüßt der bpa. Allerdings sei deutlich darauf hingewiesen, dass Übergangsregelungen notwendig werden. Steht z.B. keine geeignete Pflegefachkraft mit nachgewiesener Fortbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden zur Verfügung, muss es ausreichend sein, dass eine Fachkraft, welche die erforderliche Berufserfahrung aufweist, die Funktion übernehmen kann, wenn sie die Anmeldung zur Weiterbildung nachweist und innerhalb von zwei Jahren abschließt. Dies gilt erst recht für den Fall, dass entsprechend der bisher vorgesehenen Regelungen mit der Einführung zusätzlicher Strukturen geschätzte 13.000 Pflegeberater gesucht würden. Keinesfalls ist es akzeptabel, dass in Folge dieser neuen Struktur den Pflegeeinrichtungen massiv die Leitungskräfte abgeworben werden.

Ziffer 40, § 72 SGB XI, Versorgungsvertrag, S. 28 f.

Ziffer 40 b), § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI

Die Schaffung eines einheitlichen Versorgungsvertrages (**Gesamtversorgungsvertrag**) ist praxismäßig und ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung. Nur auf diesem Weg wird es möglich, die Leistungen konsequent an den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen auszurichten. Ermöglicht werden müssen verbundene und durchlässige Netzwerke vom Pflegeheim mit Kurzzeitpflege, Tagespflege und ambulantem Dienst oder dem Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung.

Auch der Aus- und Aufbau von „eingestreuten Tages- und Nachtpflegeplätzen“ wird dadurch erheblich erleichtert. Damit wird eine Regelung umgesetzt, für die sich der bpa wiederholt ausgesprochen hat. Hier ist jedoch darauf zu achten, dass die Pflegeeinrichtungen tatsächlich flexibel auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen

gen und ihrer Angehörigen eingehen können.

Ziffer 40 c, aa), § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

Die Aufnahme der **Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung an die Beschäftigten als Voraussetzung für die Zulassung durch Versorgungsvertrag** ist völlig systemfremd und widerspricht den Grundstrukturen des Leistungserbringungsrechts.

Schon bei der Frage der Zulassung wird der Einrichtungsträger ohne nachvollziehbaren Grund zur Offenbarung von Gestehungskosten und darüber hinaus zur Zahlung einer bestimmten Vergütung gezwungen: Vergütet er unter oder auch über „Tariflohn“ bzw. dem „allgemeinen örtlichen Lohnniveau“, soll er keinen Anspruch mehr auf den Versorgungsvertrag haben. Sollte die Einrichtung, selbst kurzfristig oder vorübergehend, Personal beschäftigen, dass nicht ortsüblich vergütet wird, wäre damit der Versorgungsvertrag – und so die Existenz der Pflegeeinrichtung – gefährdet. Für eine solche Verweigerung eines statusbegründenden Vertrages mit erheblicher Grundrechtsrelevanz allein aufgrund der an die Beschäftigten gezahlten Vergütung **fehlt jede Rechtfertigung**.

Entscheidend ist dabei, wie der unbestimmte Rechtsbegriff der ortsüblichen Arbeitsvergütung, der im Gesetzesbefehl nicht näher erläutert wird, zu interpretieren ist. Nach der Begründung ist dazu insbesondere der Tariflohn heranzuziehen. Damit wird auf der Basis der Tarifverträge eine Verpflichtung zur Entrichtung eines bestimmten Durchschnittlohns verankert. Faktisch wird damit den Tarifverträgen eine mittelbare Drittwirkung auch für Einrichtungen beigemessen, die in keiner Weise an den Tarifverträgen beteiligt sind. Durch die vorgesehene Regelung wird daher **in eklatanter Weise gegen die grundgesetzlich geschützte negative Koalitionsfreiheit verstoßen**, einer (Tarif-) Koalition nicht beizutreten. Tarifverträge würden durch die beabsichtigte Neuregelung in verfassungswidriger Weise Drittwirkung entfalten, ohne dass die Betroffenen beteiligt würden.

Die hier vorgesehene Festschreibung der ortsüblichen Vergütung führt zusammen mit der faktischen Abschaffung des externen Vergleichs (s. § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) zur Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips. Denn dann wären über 70 % der Gestehungskosten gesetzlich festgelegt und müssten über den Pflegesatz refinanziert werden.

Der Gesetzgeber aber hat aus gutem Grund bei Einführung des SGB XI „an jegliche Form der Kostenerstattung“, vor allem „in Gestalt des **Selbstkostendeckungsprinzips**“, eine „klare **Absage**“ erteilt hat (BT-Drs. 12/5262, S. 144 zu § 93 Abs. 2 Reg-E). Dabei ist es nach § 84 Abs. 2 S. 4 SGB XI ein Grundsatz des SGB XI, dass die Vergütung einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher

Betriebsführung die Erfüllung des Versorgungsauftrags ermöglichen muss. Dass es dabei aber grundsätzlich nicht auf die konkreten Kosten genau der zu verhandelnden Einrichtung ankommt, belegt der Wortlaut der §§ 84 Abs. 2 und 89 Abs. 1 SGB XI, wonach es nicht *dem* Heim/ Pflegedienst, sondern *einem* Heim/ Pflegedienst möglich sein muss, den Versorgungsauftrag mit der Vergütung zu erfüllen.

Eine solche Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips wird **zu deutlich höheren Pflegesätzen** – getragen von den Pflegebedürftigen oder dem Sozialhilfeträger – führen.

Außerdem ist die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze zu beachten. § 84 Abs. 2 Satz 4, 2. HS SGB XI bestimmt, dass Überschüsse bei der Pflegeeinrichtung verbleiben, Verluste aber von ihr zu tragen sind. In der prospektiven Ausrichtung wird also in Abkehr von der früher üblichen Praxis der Spitzabrechnung die legislative Realisierung des Unternehmerrisikos offenbar, das den Einrichtungen mit Einführung des PflegeVG aufgebürdet werden sollte.

Die Einführung quasi eines gesetzlichen Durchschnittslohnes, deutlich über einem Mindestlohn über eine berufswahlregelnde Norm zur Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag ist abzulehnen und **widerspricht den Grundprinzipien des SGB XI**. Ebenso ist es abzulehnen, tariflich nicht gebundene Arbeitgeber abseits der zivilrechtlichen Frage einer angemessenen Vergütung faktisch einer Tarifbindung zu unterwerfen. Darüber hinaus hätte diese Unterwerfung zur Folge, dass die Pflegekassen voraussichtlich maximal diese Kosten bei der Vergütungsfindung berücksichtigen würden. Tarifverträge, die über der ortsüblichen Vergütung liegen, würden ebenso wie übertarifliche Bezahlungen unberücksichtigt bleiben.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI werden die Wörter „sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen“ ersatzlos gestrichen.

Ziffer 40 c), aa), § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB XI

Mit dem Versorgungsvertrag sollen die Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, alle **Expertenstandards** gem. § 113 a SGB XI anzuwenden. Diese Expertenstandards sind allerdings erst noch von der Selbstverwaltung zu beschließen. Nach diesem Beschluss wird für deren Umsetzung ein Zeitfenster von mindestens zwei Jahren, z.B. für Schulungen in den Pflegeeinrichtungen, benötigt. Dieses muss auch hier bei den Versorgungsverträgen berücksichtigt werden. Die Formulierung des Gesetzesbefehls sollte deshalb

wie folgt ergänzt werden.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 4 SGB XI wird nach „sich verpflichten, alle Expertenstandards nach 113a“ neu „innerhalb von zwei Jahren“ eingefügt.

Ziffer 40 c), bb), § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Die hier vorgesehene **Festlegung eines Einzugsbereichs für Pflegedienste im Versorgungsvertrag** stößt auf die Kritik des bpa. Nachvollziehbar ist, dass nach der – auch in der Begründung zitierten – Rechtsprechung des BSG zur bundesweiten Gültigkeit des Versorgungsvertrags die Bundesregierung sicherstellen möchte, dass die Pflegekassen ihrem Auftrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, zur Hinwirkung auf die Beseitigung von Mängeln in der Versorgungsstruktur und zur Übermittlung aussagekräftiger und einzugsgebietsbezogener Leistungs- und Preisvergleichslisten nachkommen können. Die beabsichtigten Formulierungen zur Festlegung von Einzugsgebieten sowohl im Gesetzesbefehl als auch in der Gesetzesbegründung schießen dabei aber deutlich über dieses Ziel hinaus und könnten in der praktischen Umsetzung dazu führen, dass die vom BSG aufgestellten Grundsätze dadurch in Frage gestellt werden. Das BSG hatte seinerzeit entschieden:

"Die vertragliche Festlegung eines örtlichen Einzugsbereichs gemäß §§ 75 Abs. 2 Nr. 8, 72 Abs. 3 S 3 SGB XI bedeutet deshalb nicht, ..., dass der Versorgungsauftrag im Versorgungsvertrag örtlich im Sinne von Ausschließlichkeit beschränkt ist; sie entspricht vielmehr nur der Intention des Gesetzgebers, eine wirtschaftliche und effiziente Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Das gesetzlich verankerte Recht der Pflegebedürftigen auf freie Wahl der Pflegeeinrichtung könnte vertraglich ohnehin nicht außer Kraft gesetzt werden."

Aus Sicht des bpa ist es deshalb erforderlich, im Gesetzesbefehl und in der Gesetzesbegründung deutlicher zum Ausdruck zu bringen, dass mit der Neufassung **keine Einschränkung des Rechts zur Leistungserbringung außerhalb des Einzugsbereiches** einhergehen soll. Nachdem bereits der bisherige Gesetzestext eine Regelung zum örtlichen Einzugsbereich enthält und diesbezüglich gleichwohl infolge der BSG-Rechtsprechung ein Änderungsbedarf gesehen wird, lässt der Begründungstext in der jetzigen Fassung Raum für die Lesart, dass mit der Neuregelung eines verbindlichen Einzugsbereiches nunmehr gesetzlich verankert werden soll, dass die Pflegedienste in der Leistungserbringung auf diesen bestimmten Einzugsbereich beschränkt werden sollen. Dass das mit dem Recht zur bundesweiten Versorgung von Pflegebedürftigen korrespondierende Recht auf freie Wahl des Pflegedienstes vertraglich ohnehin nicht außer Kraft gesetzt werden

kann, ist spätestens seit der in Bezug genommenen BSG-Entscheidung klar. Gleichwohl hält es der bpa für sinnvoll und erforderlich, eine entsprechende Klarstellung im Gesetzesbefehl und in der Begründung aufzunehmen, um neuerliche Rechtsstreitigkeiten über die an sich schon geklärte Frage der bundesweiten Leistungserbringung aufgrund der Neufassung des Gesetzes zu vermeiden.

Änderungsvorschlag des bpa:

§ 72 Abs. 3 Satz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt: „**Das Recht der Pflegedienste zur bundesweiten Versorgung von Pflegebedürftigen aufgrund des Versorgungsvertrags bleibt hiervon unberührt.**“

In der Begründung (S. 163, Zu Nummer 40, Doppelbuchstabe bb) wird der letzte Satz des Begründungstextes wie folgt ergänzt: "Die Regelung sorgt deshalb dafür, dass sich aus dem Versorgungsvertrag der Einzugsbereich ergibt, in dem der Pflegedienst Leistungen erbringt, **ohne dass das Recht aufgrund des Versorgungsvertrages zur Leistungserbringung außerhalb des Einzugsbereiches eingeschränkt wird.**"

Ziffer 41 a), bb), § 74 Abs. 1 Satz 3 SGB XI, S. 29

Der bpa begrüßt, dass hier ein abgestuftes Verfahren zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrags eingeführt werden soll.

Ziffer 42, § 75 SGB XI, Rahmenvertrag, S. 29 f.

Ziffer 42 b), § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

Der bpa begrüßt die Klarstellung, dass durch die Regelung der sächlichen Ausstattung Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 SGB V weder aufgehoben noch eingeschränkt werden.

Ziffer 42 c), § 75 Abs. 7 SGB XI

Die beabsichtigte **Abschaffung der Pflegebuchführungsverordnung** (PBV) wird begrüßt. Anstelle der PBV sollen der Spitzenverband Bund und die Verbände der Pflegeeinrichtungen Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung vereinbaren. Erst danach will allerdings das Bundesministerium für Gesundheit entscheiden, ob diese Vereinbarungen reichen, damit die PBV außer Kraft gesetzt werden kann. Durch diesen Vorbehalt besteht

die Gefahr, dass lediglich die Inhalte der bestehenden PBV in ein neues Gewand gekleidet werden. **Die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung sind völlig ausreichend. Es bedarf keiner weitergehenden Vereinbarungen.**

Ziffer 43, § 76 SGB XI, Schiedsstelle, S. 30 f.

Ziffer 43 a), bb, § 76 Abs. 2 SGB XI

Hier wird die **Besetzung der Schiedsstelle hinsichtlich der Sozialhilfeträger** präzisiert. Notwendig wäre hier eine viel weitergehende Klarstellung. In den Schiedsstellen, z.B. in Sachsen, tritt der Sozialhilfeträger in **doppelter Funktion** auf: zum einen in seiner Eigenschaft als Kostenträger, zum anderen in seiner Eigenschaft als Vertreter kommunaler Pflegeeinrichtungen. Hier bedarf es dringend einer Ergänzung, dass die Träger der Sozialhilfe nicht in der Schiedsstelle auf Seiten der Leistungserbringer berücksichtigt werden können. Kommunale Einrichtungsträger bzw. deren Verbände dürfen in der Schiedsstelle nur dann einen Sitz erhalten, wenn diese in relevantem Umfang zur pflegerischen Versorgung im jeweiligen Land beitragen und damit die paritätische Besetzung der Bänke nicht verletzt wird. Eine entsprechende Klarstellung sollte durch die Pflegereform an dieser Stelle erfolgen.

Ziffer 43 b), § 76 Abs. 6 SGB XI

Die Einführung einer Schiedsperson im SGB XI ist nicht erforderlich. Der seit Einführung des SGB XI bestehenden Schiedsstelle ist der Vorzug zu geben. Eine weitere Schlichtungsinstitution würde der Rechtsklarheit zuwiderlaufen. Da bei der Anrufung der Schiedsperson der Rechtsweg ausgeschlossen ist, beurteilt der bpa diese Schiedsperson als überflüssig.

Änderungsvorschlag des bpa:

§ 76 Abs. 6 SGB XI wird gestrichen.

Für besonders problematisch hält der bpa insbesondere die Begründung für diese Regelung. In dieser wird der Anschein erweckt, als sei die Entscheidung der Schiedsperson nach § 132a SGB V nicht rechtsbehelfsfähig. Dieses ist nicht zutreffend und daher dringend zu streichen.

Ziffer 44, § 77 Abs. 1 SGB XI, Einzelpflegekräfte, S. 31 f.

Die Regelungen zu den Einzelpflegekräften sind deutlich zu weitreichend. Hier bedarf es der Klarstellung, dass Pflegekassen mit

Einzelpflegekräften nur in absoluten Ausnahmesituationen Verträge abschließen dürfen. Ansonsten wird einer Dumping-Leistungserbringung zu Substandards Tür und Tor geöffnet und die ganzen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden ad absurdum geführt. Einerseits soll der Schwarzarbeit und Niedrigstlöhnen vorgebeugt werden, und andererseits wird den Pflegekassen uneingeschränkt die Möglichkeit eingeräumt, Vereinbarungen abzuschließen, deren Leistungsvergütung keinerlei Bezug zur ortsüblichen Vergütungshöhe hat. Die Leistung der Pflegekassen für die Versorgung einer pflegebedürftigen Person durch eine Einzelpflegekraft muss für die zur bisherigen Regelung hinzukommenden Fallgruppe auf 50 % des jeweiligen Sachleistungsbetrages in der ambulanten Pflege begrenzt werden. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die von Einzelpflegekräften gepflegt werden dürfen, darf 1 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegekasse nicht überschreiten

Änderungsvorschlag des bpa

§ 77 Abs. 1 Ziffer 4 Satz 6 SGB XI wird ergänzt:

„...der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 erforderlich ist. Die Vertragsleistungen sind entsprechend den ortsüblichen Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI zu vergüten.

Ziffer 45, § 79 Abs. 1 SGB XI, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, S. 32

Sowohl in der Kommentarliteratur zu § 79 SGB XI als auch durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 (B 3 P 19/00 R) wurde und wird die Frage der Zulässigkeit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen problematisiert. Nach Ansicht des BSG sind die in § 79 SGB XI vorgesehenen **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** bei unter freien Wettbewerbsbedingungen ausgehandelten Vergütungsvereinbarungen **entbehrlich**, da der Wettbewerb und das natürliche Gewinnstreben des Unternehmers dafür sorgen, dass die Leistung von den Gestehungskosten her gesehen, möglichst kostengünstig angeboten wird. Ein Interesse der Pflegekasse könne nur daran bestehen, dass die erbrachte Leistung dem Angebot und den zu stellenden Qualitätsanforderungen (§ 80 SGB XI) entspricht.

Unzweifelhaft hat § 79 SGB XI berufsregelnde Tendenz und greift damit in das verfassungsrechtlich geschützte Recht der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG ein. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist **nicht mit dem Grundsatz der Wettbewerbsneutralität und Marktorientierung der Pflegeversicherung vereinbar**. Der Gesetzgeber wollte gerade im SGB XI Abschied nehmen vom

Selbstkostendeckungsprinzip; man hat vielmehr auf die Entwicklung von Marktpreisen gesetzt. Dieser Mechanismus würde empfindlich gestört, wenn durch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen faktisch seitens der Kostenträger die Marktpreisentwicklung behindert bzw. sogar konterkariert wird. Wirtschaftlichkeitsprüfungen erscheinen nur dann als systemkonform geboten, wenn ausnahmsweise gemäß § 85 Abs. 2 SGB XI keine Marktpreise, sondern auf der Grundlage von prospektiver Kostendarlegung ermittelte Pflegesätze mangels Vergleichseinrichtungen festgelegt werden. An das „Ob“ und das „Wie“ von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind hohe Anforderungen zu stellen, die sich vor allem am Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu orientieren haben. Daher muss für Wirtschaftlichkeitsprüfungen stets ein besonderer Anlass bestehen, den es zu benennen und zu begründen gilt.

Vor diesem Hintergrund **begrüßt der bpa** die an den verfassungsrechtlichen Vorgaben orientierte Änderung des § 79 SGB XI.

Ziffer 47, § 80 a SGB XI, LQV, S. 32

Die **Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV)** wird vom bpa nachdrücklich **begrüßt**. Der bpa weist seit vielen Jahren darauf hin, dass ein Mehr an Regelungen keineswegs auch ein Mehr an Qualität erzeugt. Insbesondere gilt dies dann, wenn **mangels konsentierter Leistungs- und Qualitätsanforderungen** der Versuch unternommen wird, solche hochkomplexen Regelungen auf die Einrichtungsebene zu verlagern. Zur sinnvollen Nutzung des Instrumentes LQV fehlen alle gemeinschaftlich akzeptierten inhaltlichen Grundlagen sowohl zur Beschreibung der Leistung als insbesondere auch der Bezug zur notwendigen personellen Ausstattung. Insofern binden die Verhandlungen zur LQV und der Personalgleich, ob das in der LQV vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitgestellt wird, wertvolle Personalkapazität, ohne auch nur ansatzweise die in der Gesetzesbegründung des PQsG aufgeführten Ziele erreichen zu können.

Folgerichtig hat der bpa die Einführung und Umsetzung der LQV sehr kritisch begleitet. Für eine durchschnittliche Pflegeeinrichtung ist nicht ersichtlich, wie und wodurch ein hilfreicher Effekt durch den Abschluss einer LQV entstehen soll. Deshalb findet die Aufhebung von § 80 a SGB XI die volle Zustimmung des bpa.

Ablehnend bewertet der bpa die **Verlagerung der Inhalte der LQV in andere Regelungen des SGB XI** (Entgeltvereinbarung gem. § 84 SGB XI). Dadurch würde nur ein untaugliches Instrument durch ein noch stärker konfliktbehaftetes ersetzt. Zudem wird damit die Forderung des Runden Tisches nach Abschaffung der LQV, auf die sich die Begründung bezieht, konterkariert.

Ziffer 49, § 82 b SGB XI, Ehrenamtliche Unterstützung, S. 33

Der bpa begrüßt grundsätzlich den Ausbau der ehrenamtlichen Unterstützung. Insofern ist es auch richtig, dass Sach- und Personalaufwendungen in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt werden können. Zur grundsätzlichen Benachteiligung privater Pflegeeinrichtungen bei der Förderung des ehrenamtlichen Engagements wird auf die Ausführungen zu § 45 d SGB XI verwiesen.

Ziffer 50, § 84 SGB XI, Pflegesätze, S. 33 f.

Ziffer 50 a), aa), § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI:

Aus Sicht des bpa ist die Neuregelung grundsätzlich zu begrüßen, weil damit nun endlich auch gesetzlich klargestellt ist, dass die Vereinbarung eines Pflegesatzes für den „**Härtefall**“ zusätzlich zu den bisher in § 84 SGB XI genannten Pflegesätzen für die Pflegeklassen I, II und III möglich ist. Darüber hinaus ist aber eine Muss-Vorschrift erforderlich, weil ansonsten zahlreiche Sozialhilfeträger aus Eigeninteresse ermutigt werden könnten, wie bisher zwar die erhöhte Leistungsverpflichtung der Einrichtung festzuschreiben, der Leistung aber das angemessene Entgelt nicht folgen zu lassen, sondern es stattdessen als zusätzliches Einkommen zu behandeln.

Änderungsvorschlag des bpa:

§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Für Pflegebedürftige mit einem außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwand i.S.v. § 43 Abs. 3 sind angemessene Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 zu vereinbaren.“

Ziffer 50 a), bb), § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI

Die insbesondere in der Gesetzesbegründung vorgesehene Einschränkung bzw. faktische Abschaffung des „externen Vergleichs“ bei der Bemessung der Pflegesätze lehnt der bpa strikt ab.

Die Regelung führt im Zusammenspiel mit § 72 Abs. 3 SGB XI zu einer **weitgehenden Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip mit der Folge deutlich höherer Preise**. Denn der maßgebliche Teil der pflegesatzrelevanten Aufwendungen entfielen auf feststehende Personalaufwendungen. Damit würde an einem

Grundpfeiler der Pflegeversicherung gerüttelt. Statt prospektiver Kalkulationen wären dann starre Gestehungskosten entscheidend. **Die Frage nach dem externen Vergleich betrifft alle Pflegebedürftigen und Angehörigen, die die Unterstützung einer Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen. Mit dem externen Vergleich wird der Wettbewerb gesichert. Wer Markt und Wettbewerb in diesem Bereich ausschaltet, provoziert erhebliche Kostensteigerungen.**

Das BSG hat durch seine Rechtsprechung die Methode des externen Vergleichs etabliert. Offenbar will der Gesetzentwurf das ändern, riskiert dabei aber erhebliche Rechtsunsicherheiten. Allerdings darf bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung die Anwendung des externen Vergleichs nicht beliebig sein.

Der bpa fordert deshalb eine entsprechende Präzisierung.

Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass die Anwendung des externen Vergleichs im Ermessen der Pflegesatzparteien stehen soll („nicht gegen den Willen einer Vertragspartei, S. 172, Zu Doppelbuchstabe bb, Satz 3). Die Anwendung des externen Vergleichs unter den Vorbehalt der Freiwilligkeit stellen zu wollen, bedeutet nichts anderes als die faktische Abschaffung und damit die grundlegende Abkehr von der heutigen Praxis der Entgeltfindung im Konfliktfall.

Weiterhin heißt es richtigerweise, „werden die Vertragsparteien, zur angemessenen Berücksichtigung der Pflegesätze derjenigen Einrichtungen verpflichtet, die im Wesentlichen gleichartig sind“ (S. 172, Zu Doppelbuchstabe bb, Satz 1).

Dieser Widerspruch wird nicht aufgelöst. Es ist weder klar, nach welchen Kriterien Ermessen über das „Ob“ des externen Vergleichs ausgeübt wird. Noch ist klar, wann die Berücksichtigung des externen Vergleichs hinsichtlich des „Wie“ in angemessener Weise erfolgt ist. In der Praxis wird die Regelung zu einer faktischen Abschaffung des externen Vergleichs führen, da eine Einigung der Vertragspartner auf die jeweilige Anwendung nicht zu erwarten ist.

Änderungsvorschlag des bpa:

In der Gesetzesbegründung wird auf alle den externen Vergleich einschränkende Hinweise verzichtet. Der Schwerpunkt des externen Vergleichs kann nur auf einem Vergleich der jeweiligen angebotenen Leistung liegen. Dieser findet selbstverständlich unabhängig von der jeweiligen Trägerschaft der in den externen Vergleich einbezogenen der Leistung nach vergleichbaren Einrichtungen statt.

Ziffer 50 b), § 84 Abs. 5 und 6 SGB XI

Durch diese Regelung werden die bisher in der LQV festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale in die Pflegesatzvereinbarung übertragen (s. oben die Ausführungen zur LQV, § 80 a SGB XI). Das lehnt der bpa ab. Denn nach wie vor gilt, dass die Grundlagen fehlen, um Inhalt und Umfang der Leistungen zu vereinbaren. Bis zur Einführung eines Pflegezeitbemessungssystems sollten diese Detailregelungen daher ausgesetzt werden. Denn die hier vorgeschlagene Lösung bedeutet keine Entlastung von bürokratischen Verfahren, sondern lediglich eine Verschiebung der Inhalte der LQV. Die inhaltlichen Probleme, an denen die Umsetzung einer qualifizierten LQV, so wie sie der Gesetzgeber vorsah, bisher gescheitert ist, werden durch eine bloße Verschiebung in die Entgeltvereinbarung selbstverständlich nicht gelöst. Insofern kann auch nicht von einem Beitrag zum Bürokratieabbau gesprochen werden.

Ziffer 51, § 85 SGB XI, Pflegesatzverfahren, S. 35

Ziffer 51 b), bb), § 85 Abs. 3 Satz 4 SGB XI

Das Pflegeheim hat nach bestehender Regelung unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlung auch „pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluss“ vorzulegen. Dieses soll jetzt ergänzt werden um die Worte „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“. Bei einer Entgeltfindung im Rahmen prospektiver Kosten oder des externen Vergleichs sind die Angaben zum Jahresabschluss weiterhin nicht erforderlich.

Ergänzend wird auf die Ausführungen zu § 75 Abs. 7 SGB XI verwiesen.

Ziffer 51 c), § 85 Abs. 6 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI

Die Bundesregierung beabsichtigt, das **Inkrafttreten von Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen** zu Pflegesatzvereinbarungen an die „**angemessene Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner**“ zu koppeln. Dies ist vom Anspruch gerechtfertigt und bereits heute auch gewährleistet. Die **Verbraucherschutzinteressen** der Pflegeheimbewohner im Zusammenhang mit Entgelterhöhungen sind mit der heimrechtlichen Regelung in § 7 normiert und sorgen durch die gesetzlich vorgeschriebene vierwöchige Ankündigungsfrist bereits für einen angemessenen Interessenausgleich.

Die vorgesehene Neuregelung zur Bestimmung des Zeitpunktes

des Inkrafttretens von Pflegesatzvereinbarungen zielt ausweislich der Begründung darauf ab, dass mit dem Abschluss von Pflegesatzverhandlungen bzw. der Festsetzung von Pflegesätzen durch die Schiedsstelle stets ein „interessengeleitetes Zuwarten“ hinsichtlich des Umsetzungszeitpunktes verbunden ist. Das steht **in krassem Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG und zu dem im SGB XI verbürgten Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung.**

Das SGB XI sieht vor, dass jede Partei der Pflegesatzvereinbarung die andere Partei zum Zwecke neuer Verhandlungen anrufen kann. Bis zur Einigung über eine neue Pflegesatzvereinbarung gilt die ehemals vereinbarte fort. Einigen sich die Parteien nicht innerhalb von sechs Wochen nach Aufforderung zu Verhandlungen über eine neue Pflegesatzvereinbarung, ist die Anrufung der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI möglich. Diese hat die Aufgabe, die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung festzusetzen. Nach der Rechtsprechung des BSG (B 3 P 18/00 R und B3 P 19/00 R) steht es im Ermessen der Schiedsstelle, ob sie die Entgelte rückwirkend ab Eingang des Antrags bei der Schiedsstelle festsetzt. Dieses Ermessen will die Neuregelung offensichtlich entscheidend im Sinne einer Festlegung nur für die Zukunft mit Wartezeit einschränken, obwohl das BSG die Einräumung eines solchen weiten Ermessens für geboten hält, weil die Festlegung der Pflegesätze für eine Wirtschaftsperiode erfolgt und es den Parteien nicht zur Last gereichen soll, wenn Verzögerungen im Schiedsverfahren eintreten. Aus Sicht des Trägers der Einrichtung, welcher die Entgelte nicht frei bestimmen kann, weshalb in Art. 12 Abs. 1 GG eingegriffen ist, ist die Möglichkeit rückwirkender Entscheidung unter dem Aspekt des Art. 19 Abs. 4 GG geboten (BSG aaO).

Heimbewohnerinnen und –bewohner, denen ein Antrag gegenüber der Schiedsstelle nach den Vorgaben des § 7 Abs. 3 HeimG angekündigt wurde, kennen das Entgelt, das maximal künftig zu entrichten ist. Auf dieser Basis können sie sowohl ihre Mitwirkungsrechte im Pflegesatzverfahren ausüben als auch ihre Entscheidung über eine etwaige Kündigung des Heimvertrages treffen. Während dem Schutzbedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner also auch unter der jetzigen Regelung hinreichend Rechnung getragen wird, ist aus Sicht der Rechte des Trägers zu beachten, dass sich ein Schiedsverfahren u.U. über Monate oder bei Einschaltung des Sozialgerichts (das im übrigen die Höhe der Pflegesätze nicht festsetzt, sondern in die Schiedsstelle zu diesem Zweck zurückverweist) gar Jahre erstreckt. Die offenbar beabsichtigte Einschränkung des Ermessens der Schiedsstelle, die Pflegesätze rückwirkend ab Antragseingang festzusetzen, greift in Art. 12 Abs. 1 GG ein. Der Träger könnte über Monate trotz seines im SGB XI verbürgten Anspruchs auf leistungsgerechte Vergütung eben diese nicht realisieren. Dass Schiedssprüche rückwirkend ab Antragseingang festgesetzt werden können, ist außerdem Aus-

druck des Art. 19 Abs. 4 GG. Die Einschaltung der Schiedsstelle ist bei Nichteinigung der Vertragsparteien zwingend, wenn der Träger eine Änderung der Entgelte bewirken will. Es entspricht der Rechtsschutzgarantie, dass die Verfahrensdauer – wie im gerichtlichen Verfahren grundsätzlich auch – nicht dem Träger der Einrichtung als Grundrechtsberechtigtem zur Last fällt.

Die vorgesehene Ergänzung des § 85 Abs. 6 S. 1 **konterkariert gerade das erklärte Ziel des Interessenausgleichs und nimmt eine Verschiebung einseitig zulasten der Einrichtungsträger** vor. Das Ziel des Interessenausgleichs wird vielmehr bereits durch die bisherige Regelung im Zusammenspiel mit den heimrechtlichen Normen erreicht.

Änderungsvorschlag des bpa:

§ 85 Abs. 6 SGB XI wird nicht geändert und bleibt in der bisherigen Fassung bestehen.

Ziffer 53, § 87 a Abs. 1 SGB XI, Vorübergehende Abwesenheit, S. 36

Im Falle vorübergehender Abwesenheit eines Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim bei Platzfreihaltung gemäß § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 ändert sich der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse selbstverständlich nicht. Eine Reduzierung wäre insofern auch nicht sachgerecht, als dies zu einer Mehrbelastung des Pflegebedürftigen allein aufgrund etwa Urlaubs oder Krankenhausaufenthaltes führte. Demgegenüber soll mit § 87 a Abs. 1 Satz 7 SGB XI gesetzlich verankert werden, dass bundeseinheitlich rahmenvertraglich für Abwesenheitszeiträume für mehr als drei Kalendertage Abschläge von der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft sowie Verpflegung in Höhe von mindestens 25% vorzusehen sind. Damit reduziert sich die finanzielle Belastung des – abwesenden – Pflegebedürftigen in Form eines geringeren an das Heim zu zahlenden Entgelts. Das wäre nachvollziehbar und richtig, wenn es um die Berücksichtigung bzw. Erstattung ersparter Aufwendungen auf Seiten der Einrichtung ginge. Im Falle vorübergehender Abwesenheit beschränkt sich die Aufwundersparnis einer Einrichtung jedoch – und auch das nur bei Planbarkeit – auf den Rohverpflegungssatz im Rahmen des Verpflegungsentgelts. Eine vorübergehende Abwesenheit geht davon abgesehen kaum mit einer Ersparnis bei den Personal- oder übrigen Sachaufwendungen einher. **Abschläge bei der Pflegevergütung in Höhe von mindestens 25% sind daher mangels Aufwundersparnis betriebswirtschaftlich nicht zu rechtfertigen. Zudem ist nicht ersichtlich, weshalb der Pflegeselbstverwaltung in den Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben werden soll, worauf sie sich in den Verhandlungen zu einigen**

hat. Hier ist zu berücksichtigen, dass Regelungen zur Vergütung bei Abwesenheit in den Landesrahmenverträgen längst enthalten sind.

Ziffer 53, § 87 a Abs. 2 SGB XI - vor Buchstabe c)

Im Falle einer Höherstufung eines Pflegebedürftigen durch die Pflegekasse sind die Leistungen des Heims bereits dem erhöhten Betreuungsbedarf angepasst worden und werden wegen der Dauer des Begutachtungsverfahrens die entsprechenden höheren Leistungen der Pflegekasse rückwirkend auf den Monat der Antragstellung gewährt. Um zu vermeiden, dass es bei der auf diesen Zeitpunkt bezogenen Zuordnung des Heimbewohners zu der entsprechenden höheren bzw. auch niedrigeren Pflegeklasse durch den Heimträger zu Schwierigkeiten kommt, schlägt der bpa folgende Klarstellung durch Ergänzung des § 87a Abs. 2 SGB XI vor:

Änderungsvorschlag des bpa

In § 87 a Abs. 2 werden folgende Sätze 1 und 2 eingefügt:

„Für die durch den Heimträger dem Heimbewohner zu berechnende Vergütung ist der Pflegesatz der von der Pflegekasse zuerkannten Pflegestufe ab Beginn der Gewährung der entsprechenden Leistungen durch die Pflegekasse maßgeblich. Einer Ankündigung der entsprechenden Entgeltanpassung bedarf es nicht; dies gilt auch dann, wenn heimrechtliche Vorschriften abweichende Regelungen vorsehen. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass“

Ziffer 53 c), § 87 a Abs. 4 SGB XI, Finanzieller Anreiz für aktivierende Pflege, S. 36

Es wird durchaus begrüßt, dass Anstrengungen des Pflegeheims belohnt werden sollen, wenn es gelingt, durch aktivierende Pflege oder rehabilitative Leistungen die Pflegebedürftigkeit soweit zu lindern, dass die Zuordnung zu einer niedrigeren Pflegestufe möglich wird. Es ist allerdings – entgegen der Gesetzesbegründung – angezeigt, diesen **Anreiz auch in der teilstationären und ambulanten Pflege** zu setzen.

Die Pflegekassen haben zu dieser Regelung bereits deutlich gemacht, dass aus ihrer Sicht Pflegeheime den Betrag von 1.536 Euro nur dann erhalten sollen, wenn die Rückstufung ausschließlich auf zusätzliche rehabilitative Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zurückzuführen ist. Damit wird unverständlicherweise ver-

sucht, die Erfolge der aktivierenden Pflege von der Regelung auszunehmen.

Eine solche Interpretation konterkariert die Intention der Bundesregierung. Mit dieser Regelung sollen gerade Erfolge der aktivierenden Pflege belohnt werden. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu:

„Hierbei wird unterstellt, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung für die Herabstufung ursächlich sind, da ein konkreter Nachweis, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der entscheidende oder sogar der einzige Grund für die Herabsetzung der Pflegestufe ist, kaum möglich oder zumindest äußerst schwierig sein dürfte.“

Genau einen solchen Nachweis sollen aber die Pflegeeinrichtungen nach Vorstellung der Pflegekassen wohl erbringen. Der bpa bittet daher die Bundesregierung zu prüfen, ob der Gesetzesbefehl oder die Begründung noch entsprechend präzisiert werden können, um eine Fehlinterpretation, die dem Willen der Regierung zuwider läuft, vermieden werden kann.

Ziffer 54, § 89 SGB XI, ambulante Vergütungsvereinbarung, S. 36 f.

Ziffer 54 a), § 89 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

Auch hier in der Regelung zur Vergütungsvereinbarung wird auf den „nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten **Einzugsbereich**“ Bezug genommen. Der bpa fordert dazu eine entsprechende Klarstellung. Es wird auf die Ausführungen zu § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI verwiesen.

Ziffer 54 b), § 89 Abs. 3 SGB XI

Die Neuregelungen betreffen das „Poolen“ von Leistungen und die Vereinbarung einer Vergütung für Betreuungsleistungen. Beide Neuregelungen werden vom bpa begrüßt. Auf die Ausführungen zu § 36 Abs. SGB XI wird verwiesen.

Ziffer 57, § 92 c SGB XI, Pflegestützpunkte, S. 38 ff.

Der bpa begrüßt den Ausbau der Beratung für und die Begleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Bei auftretender Pflegebedürftigkeit – oder hiermit verbundener Krisensituationen – soll dadurch eine umfassende Unterstützung ermöglicht werden.

Diese soll über die bestehenden, insbesondere regionalen Hilfsangebote sowie über die Leistungsansprüche aufgrund des individuellen Hilfebedarfs gewährleistet werden. Diese Ziele werden vom bpa nachdrücklich unterstützt.

Zur Erreichung dieser Ziele ist die Schaffung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung konsequent. Denn der Rechtsanspruch führt nicht nur zur bloßen Verpflichtung der Kostenträger Beratungsleistungen anzubieten – wie gegenwärtig –, sondern stärkt ausdrücklich den Anspruch der Betroffenen und des Verbrauchers. Um diese Leistung zu gewährleisten, bedarf es flexibler, zugehender, unabhängiger und wettbewerbsneutraler Leistungsangebote. Diese Angebote sollten von einer Vielzahl von Anbietern, Pflegeeinrichtungen oder Pflegekassen oder bestehende Landesberatungsstrukturen wie BeKo-Stellen oder anderen nach Wahl der Betroffenen angeboten werden können.

Die geplante Einführung der Pflegestützpunkte und die Schaffung neuer, bei den Pflegekassen angesiedelter Pflegeberater sind hierzu nicht erforderlich. Weder der Aufbau von Pflegestützpunkten ohne dauerhafte Finanzierungsgrundlagen noch das Ziel einer Koordination der Angebote kann erzwungen werden. Die verbindliche Kooperation der Institutionen anhand einer gemeinsamen Zielsetzung und Aufgabenbewältigung ist über **Verträge zur Integrierten Versorgung** konkret und ohne einen unverhältnismäßigen Mitteleinsatz aus der Pflegeversicherung bereits gegenwärtig sicherzustellen. Es ist im PfWG ausdrücklich geregelt, dass auch die Pflegestützpunkte Kostenträger und Leistungserbringer über solche Verträge miteinander verknüpft werden sollen.

Es bedarf daher keiner neuen umfassenden rechtlichen Regelungen oder kostenträchtiger Institutionen, sondern eines Ausbaus und einer gesetzlichen Flankierung des funktionierenden Bestehenden sowie der Umsetzung der bestehenden Leistungsverpflichtungen der Leistungsträger.

Bereits heute bestehen – neben den Pflichten nach den übrigen Sozialgesetzbüchern – seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen.

Beispiele:

- § 5 SGB XI: Zusammenarbeit der Leistungsträger bei Prävention, Krankenbehandlung, Rehabilitation.
- § 7 SGB XI: Beratungspflicht der Pflegekassen, z. B. auch über Leistungen anderer Träger. Andere Träger wiederum haben die Pflegekassen zu informieren. Dem Pflegebe-

dürftigen ist eine Beratung anzubieten, welche Pflegeleistungen in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.

- § 71 SGB XII: Altenhilfe: Hiernach steht alten Menschen unabhängig von deren Einkommen umfangreiche Beratung und Unterstützung, z. B. bei der Wohnraumbeschaffung und Erhaltung oder der Einrichtungsauswahl, durch den Sozialhilfeträger zu.

§ 37 Abs. 3 Beratungsbesuche für Pflegegeldempfänger

Eine mindestens zweimal jährliche Beratung von Pflegebedürftigen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch Pflegedienste vor. Die Pflegedienste müssen hierfür Pflegekräfte einsetzen die über spezifisches Wissen verfügen und die möglichst auf Dauer die gleichen Personen aufsuchen (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Damit kommt Pflegediensten die Aufgabe zu, für ca. 70 % der Pflegebedürftigen eine Pflichtberatung durchzuführen, die Qualität zu sichern und den Pflegenden Unterstützung zu gewähren. Nur wenn der Pflegedienst bestätigt, dass die Versorgung gewährleistet ist wird die Zahlung der Pflegegeldleistung fortgesetzt.

Pflegeberatung nach § 45 SGB XI

Eine wachsende Bedeutung im Rahmen der Beratung, Unterstützung und Schulung, insbesondere von pflegenden Angehörigen, kommt den Leistungen nach § 45 SGB XI zu. Hiernach sollen die Pflegekassen Schulungen und Kurse für Pflegenden auch in der Häuslichkeit anbieten. Ziel ist es, die ehrenamtliche Pflege zu fördern und die „Pflege und Betreuung zu erleichtern, zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern“ (§ 45 Abs. 1 SGB XI).

Mit der Erbringung dieser Leistungen können die Pflegekassen Pflegeeinrichtungen beauftragen. Vor diesem Hintergrund hat der bpa im Jahr 2000 zusammen mit einer Krankenkasse ein dreistufiges bundesweites Konzept zur Schulung und Beratung entwickelt. Dieses umfasst die Leistungen häusliche Schulungen, Pflegekurse und die Überleitungspflege aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung. Die durchschnittliche Frequenz liegt bei ca. 2,4 Einsätzen im Rahmen einer Pflegeberatung. Die mittlere Dauer einer Pflegeberatung liegt bei 90 Minuten. Bei den Pflegepersonen, die häufigere Schulungen benötigten, handelt es sich insbesondere um die Diagnosen Apoplex, Demenz, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und Parkinson. Zwischenzeitig ist dieses Konzept von diversen Pflegekassen übernommen worden.

Allein der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) hat im Rahmen dieser Verträge ein flächendeckendes Netz

von 2.500 Pflegeberater nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind.

Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Erfahrungen lassen sich folgende **Feststellungen treffen**:

1. Der Bedarf an Pflegeberatung entsteht vor allen Dingen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit, bei dessen Verschlimmerung und vor der Überleitung aus akutmedizinischen Versorgungseinheiten (insbesondere Krankenhäuser) in die Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtungen.
2. In solchen Situationen bedarf es einer flexiblen und **zugehenden Pflegeberatung**. In ca. 80 % der Beratungssituationen ist eine pflegerisch orientierte Beratung mit Elementen des Fallmanagement unter Einbeziehung der familiären Ressourcen mit durchschnittlich drei Beratungseinsätzen ausreichend.

Schlussfolgerungen

Die Leistungen nach § 45 SGB XI haben sich in der Praxis bewert und sind zu einem wichtigen Instrument der Stabilisierung des Hilfebündnisses zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegeeinrichtungen geworden.

Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Beratung und Begleitung insbesondere dort anzusiedeln,

- wo diese Leistungen auch bisher schon erbracht werden,
- wo eine Einbindung in lokale Versorgungsnetzwerke bereits besteht und
- wo die pflegerische Kompetenz bereits ausgewiesen und die Nähe zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Der bpa hält daher eine Stärkung und Verknüpfung der bereits existierenden Beratungsleistungen für konsequent. Daraus ergeben sich folgende Maßnahmenvorschläge:

1. Zunächst sollte **§ 37 Abs. 3 ff SGB XI aufgehoben und in die Leistungen des § 45 SGB XI integriert** werden. Damit wäre für die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen, aber auch der ehrenamtlich Pflegenden, die Beratung, Anleitung und Schulung sowie die Qualitätssicherung in einer Leistungsrechtsgrundlage verankert.

2. **§ 45 SGB XI sollte so ausgebaut** werden, dass sowohl der Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen als auch der pflegenden Angehörigen auf die drei genannten Leistungen (Kurse, Überleitungspflege, individuelle häusliche Beratung und Schulungen) ermessensfrei sichergestellt ist. Ausgangslage für die Erhebung des Unterstützungs- bzw. Beratungsbedarfs sollte die verpflichtende Vorlage des MDK-Pflegeplans sein, denn trotz gesetzlicher Verpflichtung liegt der Pflegeplan des MDK gegenwärtig in aller Regel nicht vor.
3. Die Leistung sollte als **Einzelleistungsanspruch** oder aber auch in Form eines **Beratungsgutscheins** ausgestaltet werden.
4. Die **Pflegekassen** sind zu verpflichten, diesen Leistungsanspruches durch **Verträge mit Leistungserbringern oder selbstständig** sicherzustellen.
5. Weiterhin sollte eine Pflicht der Pflegekassen zur **internetgestützten aktuellen Darstellung der regional bestehenden relevanten Einrichtungen**, Leistungsträger und Institutionen sowie deren Leistungsspektrum verankert werden. Ziel wäre die transparente Darstellung der regionalen Strukturen und Netzwerke.
6. Die Verträge zur Erfüllung der Leistungsansprüche sollten einerseits als Leistungserbringerverträge oder als **Integrationsversorgungsverträge** ausgestaltet werden können.
7. Im Rahmen der Integrationsversorgungsverträge sind die **Leistungen der Koordinierung**, der Bereitstellung und der Vernetzung festzuschreiben, die als Aufgaben den Pflegestützpunkten zugeordnet sind.

Vorteile:

- Der Versicherte ist frei in der Wahl eines Leistungsanbieters, bei dem er seinen Anspruch auf Pflegeberatung einlöst.
- Es gibt einen Wettbewerb der Anbieter um die beste Beratung.
- Beratung und Leistungsentscheidung bleiben weiterhin getrennt.
- Das erfolgreiche Instrument der Integrationsversorgung wird weiter ausgebaut und auch Leistungen der Krankenversicherung können nach § 140 a ff SGB V einbezogen werden.
- Durch den Verzicht auf die Pflegestützpunkte stehen erhebliche finanzielle Mittel für weitere Leistungsverbesserungen zur Verfügung, z.B. insbesondere für stationär versorgte dementiell erkrankte Menschen, die nach den bisherigen Vorschlägen in keiner Weise besser gestellt wer-

den sollen.

Es bedarf keiner zusätzlichen neuen Institution, die mit erheblichen finanziellen Mitteln aufgebaut werden müsste. Dieses geht zu Lasten von Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen:

Denn was nützt dem Pflegebedürftigen eine exzellente Beratung und Vernetzung der Angebote, wenn er aber kein Budget mehr hat, um die ausgewählten Leistungen in Anspruch zu nehmen?

Ziffer 70, § 113 SGB XI, Qualitätsgrundsätze, S. 46 f.

Der bpa begrüßt, dass der Gesetzgeber die erheblichen Anstrengungen der Träger und ihrer Verbände zu einer stetigen Qualitätsentwicklung künftig stärker berücksichtigen möchte.

Die in § 113 SGB XI neu in Absatz 1 aufgezählten Kriterien werden größtenteils unterstützt. Hier ergibt sich die Möglichkeit, auf erhebliche Vorbereitungen, z.B. in einem Bundesland wie Rheinland-Pfalz zurückzugreifen und Anforderungen an eine praxistaugliche **Pflegedokumentation** umzusetzen.

Ziffer 71, § 113 a SGB XI, Expertenstandards, S. 47 f.

Die Selbstverwaltung wird beauftragt, Expertenstandards entwickeln zu lassen. Nach Beschlussfassung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Kostenträger sind diese für alle Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verbindlich. Damit wird **Klarheit über die Geltung der Expertenstandards** geschaffen. Die Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen an der Beschlussfassung von Expertenstandards wird ausdrücklich begrüßt. Der bpa kritisiert aber die vorgesehene „unmittelbare“ Umsetzung der Standards; der Gesetzentwurf fordert die Vertragsparteien auf, die Einrichtungen bei der Einführung zu unterstützen, die Gesetzesbegründung nennt beispielhaft Schulungen und Multiplikatorenkonferenzen. Damit wird anerkannt, dass die Umsetzung der Standards nicht mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger gewährleistet sein kann, sondern Zeit braucht. Die Standards sollten deshalb zwei Jahre nach Veröffentlichung verbindlich werden.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 113 a Abs. 3 Satz 2 wird das Wort „unmittelbar“ durch die Wörter „zwei Jahre nach Veröffentlichung“ ersetzt.

Ziffer 71, § 113 b SGB XI, Schiedsstelle Qualitätssicherung, S. 53 f.

Die Schaffung einer Schiedsstelle Qualitätssicherung wird nachdrücklich begrüßt. Diese kann angerufen werden, wenn es bei der Vereinbarung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung“ keine Einigung gibt. Dadurch wird verhindert, dass zukünftig die Verabschiedung der Qualitätsgrundsätze an dem Veto einzelner Kostenträger scheitert, wie es in der Vergangenheit der Fall war.

Ziffer 72 f., §§ 114, 114 a SGB XI, Qualitätsprüfungen, S. 49 ff.

Eine Festschreibung der Prüffrequenz ist sinnvoll. Es sei aber angemerkt, dass auch bisher jede Möglichkeit gegeben war, die Prüffrequenz zu erhöhen. Hinsichtlich der Anforderungen des **In-fektionsschutzgesetzes** verweist der bpa darauf, dass die Übertragung der Anforderungen an die Krankenhaushygiene auf die Pflegeeinrichtungen problematisch ist, weil der Aspekt des Wohnens in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich im Vordergrund steht.

Missverständlich ist die Regelung in § 114 Abs. 3 SGB XI mit der Einbeziehung von nach **Landesrecht** durchgeführten Prüfverfahren. Hier ist aus Sicht des bpa darauf zu achten, dass nicht parallel unterschiedliche Qualitätsanforderungen gestellt werden. Unglücklich wären Ergebnisse, die nach bundesrechtlichen Vorgaben eine gute Leistung bescheinigen, nach landesrechtlichen Vorgaben jedoch zu einem anderen Ergebnis kommen.

Dass der Träger der Einrichtung gem. § 114 Abs. 4 SGB XI verlangen kann, dass seine Trägerorganisation an der Prüfung beteiligt wird, begrüßt der bpa. Allerdings weisen wir darauf hin, dass bei unangemeldeten Prüfungen das Unterstützungspotential der Trägerverbände nicht genutzt werden könnte.

Es ist aus Sicht des bpa nicht sinnvoll, vorzuschreiben, dass die Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind, wie es der Gesetzesentwurf in § 114 a Abs. 1 SGB XI vorsieht. Es ist auch bei diesen Prüfungen durchaus sinnvoll, die Prüfung anzumelden, um z.B. zu ermöglichen, dass die Personalplanung so erfolgen kann, dass insbesondere die Leistungskräfte die durch die Qualitätsprüfung erforderlichen zusätzlichen Aufgaben erledigen können, ohne hierdurch die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen einzuschränken.

Kritisch bewertet wird die bisher vorgesehene Beschlussfassung der „**Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität**“ gem. § 114 a Abs. 7 SGB XI. Damit wird versäumt, die höchst problematischen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (**QPR**) auf eine neue Grundlage zu stellen. Es besteht die Gefahr, dass damit weiterhin Prüfrichtlinien bestehen bleiben, die nur defizitorientiert sind, sich zu wenig an der Ergebnisqualität orientieren, nur schematische Aussagen treffen und deren Objektivität und Aussagekraft zweifelhaft ist. Notwendig sind stattdessen anerkannte Prüfkriterien, die die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen und die von den Verbänden der Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund unter Beteiligung des MDS beschlossen werden.

Änderungsvorschlag des bpa:

§ 114 a Abs. 7 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Bundesverbände der privaten ambulanten Dienste und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (oder der Spitzenverbände der kommunalen Sozialhilfeträger) beschließen unter Beteiligung des MDS, der Verbände der Pflegeberufe sowie der Bundesverbände der Betroffenenorganisationen Richtlinien und Kriterien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Ziffer 74, § 115 SGB XI, Ergebnisse von Qualitätsprüfungen und deren Veröffentlichung, S. 55 f.

Der bpa unterstützt, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Ergebnisse der MDK-Prüfung sind hierzu nur bedingt geeignet. So kann z.B. die fachliche Diskussion darüber, ob es sich bei einer Hautrötung um vernarbtes Gewebe oder um einen Dekubitus handelt, dazu führen, dass der Einrichtung im ungünstigen Fall attestiert wird, die geforderten Kriterien nur zu 50 % zu erfüllen. In einem anderen Beispiel würde bei Vorliegen eines richterlichen Beschlusses zur Fixierung, aber unsachgemäßer Anwendung eine 50 %ige Erfüllung der Kriterien attestiert. Diese Beispiele zeigen, dass die der MDK-Prüfung hinterlegten Bewer-

tungskriterien keineswegs bereits geeignet sind, Aussagen zu der Qualität der Leistung zu machen. Zudem sei daran erinnert, dass nicht unterschieden wird zwischen potentiellen Risiken, welche sich aus Abweichungen von den vom MDK hinterlegten Anforderungen ergeben, und den festgestellten tatsächlich unangemessenen Pflegesituationen.

Dass die Kriterien und die Form der **Veröffentlichung der Ergebnisse der Prüfungen** von der Selbstverwaltung festgelegt werden soll, findet die volle Zustimmung des bpa. Hierauf kann nicht verzichtet werden.

Ziffer 75, § 116 SGB XI, Kostenregelungen, S. 56

Neben den bundesweit geltenden Anforderungen an Qualitätsprüfungen wird an dieser Stelle bei den Kostenregelungen ein weiteres Instrument zur Wirksamkeitsprüfung geschaffen. Im Sinne einheitlicher Anforderungen und Instrumente sollten die Wirksamkeitsprüfungen hier gestrichen werden.

Änderungsvorschlag bpa:

In § 116 Abs. 1 Satz 1 (neu) SGB XI werden die Worte „Wirksamkeits- und“ gestrichen.

Ziffer 78, § 120 SGB XI, Patientenvertrag, S. 60

Die Straffung dieser Regelung dient der Entbürokratisierung und wird begrüßt.

Zu Artikel 3, Pflegezeitgesetz, S. 58 ff.

Es wird auf die Ausführungen zu Artikel 1, Ziffer 25, § 44 a SGB XI verwiesen.

Zu Artikel 5, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Ziffer 3, § 11 Abs. 4 SGB V, Entlassungsmanagement, S. 66

Die durch das GKV-WSG eingeführte Regelung zur Überleitung und insbesondere zum Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus soll hier erneut geändert werden. Der bpa begrüßt diese Klarstellung dem Grunde nach. Dadurch werden eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geschaffen. Wichtig ist, allerdings, das Entlassungsmanagement eng mit den Pflegeeinrichtungen zu verbinden. Die entlassende Einrichtung muss mit den Pflegeeinrichtungen verbindlich zusammenarbeiten. In diesem Zusammenhang ist auf die bestehende Leistungsstruktur der Überleitungspflege durch Pflegeeinrichtungen hinzuweisen. Hinsichtlich der Pflegebegleiter wird auf die Ausführungen zu § 7a SGB XI verwiesen.

Änderungsvorschlag des bpa:

In § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nach „Dabei ist eine enge Zusammenarbeit“ die Worte „mit den nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeeinrichtungen“ eingefügt.

Ziffer 6, § 40 Abs. 3 SGB V, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, S. 66

Die Einführung eines **Strafbetrags für Krankenkassen**, die nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, ist richtig. Allerdings ist der Betrag in Höhe von 1.536 Euro viel zu gering. Der Gesetzgeber hat hierin ein grundsätzlich wirkungsvolles Mittel zur raschen Umsetzung insbesondere der durch das GKV-WSG eingeführten ambulanten Rehabilitationsleistungen geschaffen. Dieses wirkt umso besser, je höher der Betrag ausfällt. In der Umsetzung ist jedoch darauf zu achten, dass der vom MDK im Rahmen der Begutachtung festgestellte Rehabilitationsbedarf so beschrieben wird, dass er auch ohne Zweifel wie vorgesehen als Antrag gegenüber der Krankenkasse gilt. Geschieht dies nicht, steht zu befürchten, dass Leistungen der geriatrischen Rehabilitation weiterhin nur restriktiv gewährt werden. Damit würde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ nicht umgesetzt, den Versicherten entsprechende Leistungen nicht gewährt und Pflegeeinrichtungen zusätzlich belastet.

Ziffer 8, § 63 Abs. 3 b und 3 c SGB V, Modellversuche zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten, S. 67

In Modellversuchen soll es Krankenpflegekräften erlaubt werden, Verbandsmittel, Pflegeverbandsmittel und häusliche Krankenpfe-

ge zu verordnen. Dieses ist ein richtiger und wichtiger Schritt, der die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen im Sinne einer integrierten Versorgung neu ausrichtet.. Der **bpa begrüßt** diesen Vorstoß ausdrücklich. Damit wird einer langjährigen Forderung des bpa entsprochen. Zugleich löst die Bundesregierung damit auch einen Prüfauftrag aus dem Koalitionsvertrag ein. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem aktuellen Gutachten (2007) die Notwendigkeit einer besseren Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen im deutschen Gesundheitssystem bekräftigt und eine stärkere Einbeziehung sowie eine stärkere eigenständige Leistungserbringung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in der Versorgung gefordert. Genau dieses soll jetzt mit Modellversuchen umgesetzt werden.

Ziffer 10, § 119 b SGB V, Heimärzte, S. 68

Eine bessere ärztliche Versorgung kann durch einen angestellten Heimarzt erreicht werden, sofern die Finanzierung systemgerecht im Rahmen der Krankenversicherung erfolgt; wahrscheinlich aber wesentlich besser durch verbindliche Kooperation. Der bpa begrüßt die Neuregelung, dass bei einer drohenden Unterversorgung eine weitere Zulassung eines **Arztes im Pflegeheim erfolgen kann, der dann auch an der vertragsärztliche Versorgung** teilnehmen kann. Nach Ansicht des bpa kann über diesen Weg sowohl das Problem der Auslastung und damit der Finanzierung über die vertragsärztliche Versorgung gelöst werden wie das der regelmäßigen Visiten im Heim und der kurzfristig verfügbaren Rufbereitschaft.

Zum Antrag der Fraktion der FDP:

Für eine zukunftsfest und generationsgerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege (BT-Drs. 16/7491)

Es ist richtig, die **Würde der Pflegebedürftigen** zum Ausgangspunkt zu nehmen und vor allen Dingen die pflegerische Ergebnisqualität zu betonen. Zu Recht verweist der Antrag darauf, dass unflexible Vorschriften und starre Vorgaben hierbei in der Praxis zu Hemmnissen werden. Deswegen unterstützt der bpa das Anliegen, überbordende bürokratische Anforderungen in der Pflege abzuschaffen und dort, wo es sinnvoll ist, eine weitergehende Flexibilisierung zu ermöglichen.

Der bpa teilt die Einschätzung, dass es angesichts der demographischen Entwicklung bei den Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung einer weitergehenden Reform bedarf. Auch wenn der möglichst frühzeitige Aufbau einer kapitalgedeckten Finanzierung der Pflegeversicherung favorisiert wird, bliebe aus Sicht des bpa selbst eine Spitzenbeitragsbelastung von 4 % in 2050 durchaus eine geeignete Finanzierungsalternative. Insofern kann auch nicht auf die vorgeschlagenen Leistungsverbesserungen verzichtet werden. Insbesondere durch die bisher ausgebliebene **Dynamisierung** der Sachleistungen haben die Pflegebedürftigen in den letzten Jahren einen immensen Wertverlust hinnehmen müssen, wie im Antrag richtig beschrieben wird. Je geringer die Leistungen ausfallen, umso größer ist die Gefahr, dass Versicherte beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit wieder auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Der bpa hat sich deshalb in den letzten Jahren mit einer Kampagne entschieden gegen entsprechende Kürzungspläne bei den Sachleistungen eingesetzt; der bpa begrüßt daher außerordentlich, dass auch die FDP-Fraktion in ihrem Antrag auf diese Problematik ausdrücklich hinweist und sich für eine entsprechende Dynamisierung einsetzt. Einsetzende Pflegebedürftigkeit darf nicht in die Sozialhilfeabhängigkeit führen.

Der bpa begrüßt nachdrücklich, dass sich die FDP-Fraktion für eine Verbesserung der Situation **Demenzkranker** einsetzt. Der bpa teilt die Einschätzung, dass dazu unabdingbar der Begriff der Pflegebedürftigkeit überarbeitet werden muss.

Die FDP-Fraktion setzt sich schon seit längerem für die notwendige **Entbürokratisierung** der Pflege ein (vgl. Antrag „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“, Bundestags-Drucksache 16/672 vom 15.02.2006). Dieses wird vom bpa nachdrücklich begrüßt, da die Entlastung von nicht notwendigen administrativen Tätigkeiten den Pflegebedürftigen zugute kommen kann.

Grundsätzlich begrüßt der bpa das Bekenntnis zu mehr Wahlfreiheit. Allerdings ist es dabei nicht der richtige Weg, in der Pflegeversicherung die Gewährung der **Sachleistungen** durch **Geldleistungen** zu ersetzen. Im Antrag selbst wird der Hinweis gegeben, dass dieses nur dort umgesetzt werden soll, wo es möglich ist. Nach den Erfahrungen u.a. mit dem Persönlichen Budget und angesichts einer immensen Schwarzarbeit in Haushalten mit Pflegebedürftigen (vgl. Kleine Anfrage der FDP-Fraktion „Illegale Beschäftigung in Privathaushalten mit Pflegebedürftigen“, Bundestags-Drucksache 16/2278) ergeben sich nach Ansicht des bpa keine Anhaltspunkte, die eine Ausweitung des Geldleistungsprinzips rechtfertigen. Die Gefahr eines Missbrauchs bzw. der Zweckentfremdung der Mittel darf hierbei nicht vernachlässigt werden.

Hinsichtlich der **Transparenz** der Pflegeangebote begrüßt es der bpa, dass sich die FDP-Fraktion auch hier vor allem an der Er-

gebnisqualität orientieren will. Bei der Festlegung entsprechender Kriterien für einen Qualitätsvergleich sind in jedem Fall die Verbände der Einrichtungsträger zu beteiligen, um deren Bemühungen und Verfahren mit zu berücksichtigen und um praxisferne und bürokratische Verfahren von vorneherein zu vermeiden.

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.:

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung (BT-Drs. 16/7472)

Der bpa teilt nicht die Einschätzung, dass die von der Bundesregierung vorgelegte **Pflegereform vollkommen unzureichend** ist, wie es im Antrag dargelegt wird. Mit dem PflWG werden Leistungsverbesserungen in Höhe von 2,5 Mrd. Euro umgesetzt, von denen Pflegebedürftige und Angehörige profitieren. Auch wenn im Einzelnen höhere Leistungen wünschenswert und auch notwendig sind, ist anzuerkennen, dass mit dieser Reform zum ersten Mal seit Einführung der Pflegeversicherung die Leistungsbeträge angehoben werden.

Der bpa stimmt aber mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. überein, dass eine nachhaltige **Finanzierung** notwendig ist, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit langfristig abzusichern.

Es ist richtig, dass die vorgesehenen **Erhöhungen der Sachleistungen** bis 2012 den bereits entstandenen Realwertverlust nicht ausgleichen. Der bpa begrüßt es, dass in dem Antrag darauf hingewiesen wird, dass die rund 530.000 Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II in Heimen keine Leistungserhöhungen erhalten. Allerdings muss umgekehrt auch benannt werden, dass angesichts der im Vorfeld der Pflegereform geäußerten Kürzungsabsichten, die bis zu einer kompletten Streichung der Pflegestufe I reichten, die jetzt beabsichtigte Erhöhung der Sachleistungen für stationär versorgte Pflegebedürftige in der Stufe III und bei Härtefällen ein wichtiger Fortschritt ist.

Die von der Fraktion DIE LINKE. vorgeschlagenen nachfolgenden Leistungsverbesserungen sind:

- sofortige 15 %ige Erhöhung der Leistungen zum Realwertverlust,
- Anhebung der Sachleistungen um weitere 25 %,
- jährliche Dynamisierung ab 2009 und
- Erhöhung des zusätzlichen Betreuungsbetrags für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz von derzeit 460 Euro auf 6.000 Euro.

Dazu finden sich allerdings in dem Antrag keine Hinweise, welcher Finanzierungsbedarf dadurch entsteht und wie dieser zu decken wäre. Die Hinweise auf die Einführung einer Bürgerversicherung und einen Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung sind dafür nicht ausreichend.

Die Einführung eines bundesweit einheitlichen und verbindlichen Personalbemessungssystems wird weiterhin unterstützt.

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung (BT-Drs. 16/7136)

Der bpa teilt die Einschätzung, dass die Reform der Pflegeversicherung überfällig ist. Zu Recht verweist die Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN auf den Wertverlust, der sich durch die seit 1995 ausgebliebene **Dynamisierung** der Leistungen ergibt. Der bpa begrüßt es daher ausdrücklich, dass der Antrag eine jährliche, regelgebundene Dynamisierung vorsieht.

Neben den notwendigen Leistungsverbesserungen muss es nach Ansicht der Fraktion auch zu einer grundlegenden **Finanzierungsreform** bei der Pflegeversicherung kommen. Diese Einschätzung teilt der bpa. Der Aufbau einer entsprechenden Demographiereserve befürwortet der bpa als Schritt in die richtige Richtung.

Der bpa unterstützt ausdrücklich die Forderung nach einem Anspruch auf individuelle **Pflegeberatung** und ein entsprechendes **Fallmanagement**. Dafür sind allerdings nicht die Organisationsstrukturen erforderlich, wie sie im Antrag beschrieben werden, die dem Gedanken der Pflegestützpunkte im Gesetzesentwurf der Bundesregierung sehr nahe stehen.

Im Antrag heißt es (S. 4 unten, zu II.4):

„Um ein Pflegearrangement individuell und zielorientiert planen und etablieren zu können, brauchen [die Pflegebedürftigen und ihre Bezugspersonen] Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die ihnen fachlich qualifiziert mit Rat und Tat zur Seite stehen. Besonders in fragilen Lebenssituationen, wie sie infolge von Pflegebedürftigkeit entstehen, brauchen die Betroffenen einen Anspruch auf niedrigschwellige, verlässliche und vertrauenswürdige Beratung und Aufklärung“

Diese Einschätzung teilt der bpa. Nachdrücklich verweist der bpa darauf, dass bereits heute schon viele Pflegeeinrichtungen vor Ort genau die hier beschriebenen Leistungen erbringen. Pflegedienste

und Pflegeheime, die vor Ort bekannt und vernetzt sind, sind häufig die ersten Ansprechpartner und Experten, wenn Menschen plötzlich pflegebedürftig werden oder für einen Angehörigen auf einmal und sehr schnell pflegefachliche Ratschläge und Unterstützung benötigen. Es ist daher nicht sinnvoll, eine neue Institution des **Case-Managements** aufzubauen, in das alle Beteiligten zugleich verpflichtend, aber auch gleichberechtigt eingebunden werden sollen. Obwohl dieser kooperative Ansatz den Anspruch auf Neutralität eher erfüllt als die von der Bundesregierung vorgeschlagene Lösung mit Pflegestützpunkten und Pflegeberatern, braucht es neue Institutionen nicht. Die regionale Versorgungsstruktur gibt es bereits heute und es ist durchaus sinnvoll, deren Zusammenarbeit durch die Stärkung ihrer Kompetenzen zum Wohle des Pflegebedürftigen zu fördern. Zielführend ist es insbesondere, die bestehenden Beratungsstrukturen, vor allem der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI, auszubauen und die Leistungserbringer über Verträge der Integrierten Versorgung miteinander zu verbinden.

Dabei wird die Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gerade nicht gesichert, wenn die Beratung zentralisiert wird wie bei den Pflegestützpunkten im Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Gleiches gilt für das Case Management im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN: zwar soll das Case Management „quasi-anwaltlich“ tätig sein, aber gleichzeitig wird die Pflegeberatung bei „dieser Instanz“ (S. 5) zentralisiert. Welche Möglichkeiten aber hat der Pflegebedürftige diese Instanz zu wechseln? Warum muss eine neue Instanz geschaffen werden, wenn bundesweit über 20.000 qualifizierte zugelassene Pflegeeinrichtungen vorhanden sind?

Im Antrag wird unterstellt, dass die Anbindung an einen einzelnen Träger die originären Ziele der Beratung konterkariere. Dem ist genau nicht so. Vielmehr hat der Pflegebedürftige dadurch jederzeit die Möglichkeit, den Anbieter der Beratungsleistung zu wechseln, sofern er mit dessen Angebot nicht zufrieden ist. Ähnlich wie bei der Rechtsberatung ist auch der Pflegebedürftige gut beraten, wenn es nicht nur eine zentrale Instanz gibt, sondern er aus mehreren Angeboten auswählen kann. – Offen bleibt in dem Antrag, wie die Finanzierung des Case Managements erfolgen soll.

Bei der **Transparenz und Qualitätssicherung** der Pflege sollen verbindliche Kriterien in einem transparenten Verfahren entwickelt werden. Bei der Festlegung entsprechender Kriterien für einen Qualitätsvergleich sind in jedem Fall die Verbände der Einrichtungsträger zu beteiligen, um deren Bemühungen und Verfahren mit zu berücksichtigen und um praxisferne und bürokratische Verfahren von vorneherein zu vermeiden.

Die Schaffung einer „**unabhängigen und multidisziplinär besetzten Instanz für die Qualität in der Pflege**“ lehnt der bpa

strikt ab. Die Formulierung von Qualitätsanforderungen durch eine externe, neue Institution ist der falsche Weg. Es gibt keinen Mangel an pflegfachlicher oder pflegewissenschaftlicher Expertise. Die Ansicht, dass bei der Entwicklung von Qualitätsanforderungen von einer rein pflegfachlichen Perspektive Abstand genommen werden muss, weist der bpa in aller Deutlichkeit zurück. Eine Berücksichtigung von „teilhabeorientierten Aspekten“ bei Qualitätsprüfungen, auf die eine solche Forderung womöglich hinauslaufen könnte, würde kaum zu einer Qualitätsverbesserung führen, aber dafür vermutlich die Pflegekräfte mit zusätzlichen bürokratischen Anforderungen belasten. Dieses lehnt der bpa ab.

Es bedarf nicht weiterer Institutionen, um die Qualität der Pflege zu sichern. Institutionen schaffen keine Qualität, sondern die Qualität muss von den Einrichtungen von innen heraus entwickelt werden, wie schon die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer konstatiert hat.