

Stellungnahme des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) – Stand: 10.09.2007 -

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung weist nach unserer Ansicht begrüßenswerte Ansätze und Zielsetzungen, jedoch auch erheblichen inhaltlichen Nachbesserungsbedarf auf.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Stärkung von Prävention und Rehabilitation (§ 31 SGB XI)

Der bad e.V. begrüßt die Konkretisierung der Pflichten der Pflegekasse, insbesondere dahingehend, dass Versicherte über den vom MDK festgestellten Bedarf an medizinischer Rehabilitation informiert werden und ggf. vorläufige Leistungen nach § 32 erbracht werden müssen.

Ferner unterstützt der bad e.V. den Ansatz, zur Förderung wünschenswerter Entwicklungen positive Anreize zu setzen. Durch Sanktionen allein kann eine Förderung nicht effektiv erfolgen. Dieser Ansatz sollte weiter verfolgt und ausgebaut werden.

Qualitätssicherung (§§ 72, 113 SGB XI)

1. Säule: Nationale Expertenstandards

Der bad e.V. befürwortet die (Weiter-)Entwicklung und Einhaltung nationaler Expertenstandards in der Pflege. Die vorgesehene Verpflichtung zur Anwendung der nationalen Expertenstandards sollte jedoch abgeändert werden in eine Verpflichtung zur Pflege nach dem „jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft“, ggf. mit einem Verweis „insbesondere“ auch die nationalen Expertenstandards einzuhalten. Dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ist die Beachtung nationaler Expertenstandards immanent, die o.g. Regelung ist jedoch flexibler und umfassender.

Die Verpflichtung zur Anwendung nationaler Expertenstandards ergibt sich außerdem nicht erst aus der Neuregelung. Sie gehört im Rahmen der Sorgfaltspflichten bereits jetzt zu den Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen, was nicht zuletzt die Rechtsprechung und die Qualitätsprüfungsrichtlinien belegen.

2. Säule: Stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und Transparenz der Ergebnisse

Der Gesetzgeber strebt eine verbraucherfreundliche Transparenz der Qualität der Pflegeeinrichtungen an, ohne dass der vorliegende Entwurf die Mittel vorsieht, um dieses Ziel zu erreichen.

chen. Die Prüfberichte des MDK stellen die den Verbraucher interessierende Qualität nicht ausreichend dar, so dass es nicht ausreicht, diese transparenter zu gestalten. Zu kritisieren ist, dass die Qualitätsprüfungen des MDK ausschließlich defizitorientiert sind, d.h. es wird lediglich aufgezeigt, wo nach der Auffassung des Prüfers am Stichtag der Prüfung qualitativer Optimierungsbedarf bestand. Schon dies ist häufig nicht vollumfänglich zutreffend, was die Anhörungsverfahren im Nachgang an die Qualitätsprüfungen zeigen. Die Transparenz, die sich der Verbraucher wünscht, bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf den Optimierungsbedarf einer Einrichtung, vielmehr sind für ihn bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung deren qualitative Stärken von maßgeblichem Interesse, weil er diese gegen ihre Schwächen abwägen möchte. In welchen Kriterien Einrichtungen eine herausragend gute Qualität aufweisen, bilden aktuelle Prüfberichte des MDK jedoch nicht ab. Um dies zu ändern müsste der Gesetzgeber den Inhalt der Prüfung – wie er in § 114 SGB XI vorgesehen ist - entsprechend regeln und er müsste die Leistungserbringer an der Aufstellung und Änderung der Inhalte der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) aktiv beteiligen. Ansonsten ist eine Erreichung der gewünschten verbraucherfreundlichen Transparenz kaum möglich und für Pflegeeinrichtungen droht die Gefahr einer unausgeglichene, wenig aussagekräftigen öffentlichen Darstellung ihrer Qualität, die aufgrund der fehlenden Aussagekraft geschäftsschädigende Auswirkungen haben könnte.

Die stärkere Anerkennung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird vom bad e.V. befürwortet.

3. Säule: Externe Qualitätssicherung durch den MDK

Die Tatsache, dass die externe Qualitätssicherung durch den MDK im Fokus öffentlicher Diskussionen steht, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass sie – im Gegensatz zum Qualitätsmanagements - nicht den Schwerpunkt der Qualitätssicherung darstellt.

Die Forderung, alle 3 Jahre Stichprobenprüfungen durchzuführen, ist zu unterstützen. Mit Blick auf die Praxis in einigen Bundesländern würde das Erreichen dieser Vorgabe bereits eine deutliche Verbesserung darstellen.

Der Entwurf sieht ferner vor, dass in jedem Bundesland in 20% der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von einem unabhängigen Sachverständigen oder einer Prüfinstitution nach Abs. 3 geprüft wurden, unangemeldete Stichprobenprüfungen vorgenommen werden sollen. Unangemeldete Qualitätsprüfungen können sehr sinnvoll sein, sie sind es jedoch insbesondere dann, wenn sie anlassbezogen in Fällen durchgeführt werden, in denen zu befürchten ist, dass der anlassgebende Qualitätsaspekt ansonsten nicht in repräsentativer Art und Weise geprüft werden kann. In der Praxis der Qualitätsprüfungen sind diese Fälle, insbesondere in ambulanten Pflegeeinrichtungen, ein sehr seltener Ausnahmefall. Die meisten Qualitätsdefizite können in der Prüfung festgestellt werden, unabhängig davon, ob diese mit Ankündigung durchgeführt wird oder nicht. Auf der anderen Seite führen unangemeldete Prüfungen zu Störungen im Betriebsablauf und sind, insbesondere in ambulanten Pflegediensten, aufgrund der Abwesenheit von Personal zusätzlich ineffizienter, was die Prüfung – auch im Hinblick auf die Veröffentlichung des Prüfberichts – weniger aussagekräftig macht. Ob der Nutzen einer im Gesetz festgelegten Quote unangemeldeter Stichprobenprüfungen in der Praxis deren Nutzen – hier: die seltene Identifizierung von Qualitätsdefiziten, die nach vorheriger Ankündigung nicht festzustellen gewesen wären – wirklich aufwiegt, muss bezweifelt werden. Der bad e.V. mahnt hier zur Sachlichkeit und weist darauf hin, dass schon nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen es dem MDK möglich ist, unangekündigt Qualitätsprüfungen in beliebigem Umfang durchzuführen. Einer Verschärfung bedarf dieser Regelung somit nicht.

Sollte die derzeit vorgesehene Quote gleichwohl in das SGB XI übernommen werden, sollte im Rahmen der Evaluierung der Qualitätsprüfungen ermittelt werden, in wie viel Prozent der Fälle unangekündigte Stichprobenprüfungen tatsächlich notwendig waren.

Ferner befürwortet der bad e.V., dass der immer wieder vorgetragenen Forderung nach einer besseren Koordination der Prüfungen der verschiedenen Prüforgane, wie etwa Heimaufsicht und MDK, durch Anerkennung der gegenseitigen Prüfergebnisse mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf Rechnung getragen wird.

Entbürokratisierung

Die bürokratische Belastung in der Pflege hat erhebliche Ausmaße erreicht. Der bad e.V. unterstützt das grundsätzliche Bemühen, der Tendenz steigender Bürokratie entgegen zu wirken, muss jedoch feststellen, dass der Gesetzesentwurf nur punktuell zu einer Entlastung führen wird. Dem Wegfall von zwei Informationspflichten steht die Schaffung sieben neuen Informationspflichten gegenüber. Eine höhere Prüffrequenz und die Veröffentlichung von Qualitätsberichten wird einen zusätzlichen Anstieg der Bürokratie zur Folge haben. Die Erwartung einer Nettoentlastung für die Wirtschaft von ca. 80 Millionen Euro ist diesseits nicht nachvollziehbar.

Die Möglichkeit, die Anforderungen an Dokumentationen auf Bundesebene zu vereinbaren, ist zwar zu befürworten, das tatsächliche Zustandekommen einer Einigung ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Interessenlagen zweifelhaft.

Die Verbindung der wesentlichen Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den Vergütungsvereinbarungen entspricht einer schon seit langem erhobenen Forderung des bad e.V. und wird entsprechend befürwortet. Es ist sinnvoll, Leistungen, Qualität und Vergütung nicht voneinander losgelöst, sondern in einer Vereinbarung festzulegen.

Abbau von Schnittstellen

Schnittstellen von SGB XI und Heimgesetz

Hier wurden Schnittstellen zu Lasten von vorzugswürdigeren Regelungen im Heimgesetz abgebaut. Dies gilt insbesondere für die Berechnung und Zahlung des Heimentgelts nach § 87a SGB XI. Der bad e.V. fordert, die Regelung aus dem Heimgesetz, die die vertragliche Ausgestaltung einer Fortzahlungspflicht über 14 Tage ermöglicht, in den vorliegenden Gesetzesentwurf zu übernehmen. Diese ist sachgerechter und trägt den Problemen der Praxis Rechnung.

Die für Satz 4 vorgesehene Regelung lehnt der bad e. V. ab, weil es in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI Regelungen gibt, die sachgerechter sind, als die vorliegende Regelung.

Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)

Ambulante Pflegedienste informieren schon heute ihre Kunden umfassend über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen und vermitteln diese im Bedarfsfall. Pflegedienste schätzen auch regelmäßig die individuelle Versorgungssituation ihrer Kunden ein und weisen in diesem Zusammenhang auf Versorgungsdefizite und -möglichkeiten hin. Vor diesem Hintergrund wäre es nur sachgerecht, die im Entwurf vorgesehene Pflegeberatung von den zugelassenen Pflegediensten durchführen zu lassen. Die bislang im Gesetzesentwurf vorgese-

hene Alternative hätte vielfältige Nachteile: zum einen wäre es ineffizient, bürokratisch und zeitaufwändig, bundesweit vollständig neue, unerfahrene Institutionen zu schaffen, deren Infrastrukturaufbau allein schon die Solidargemeinschaft der Versicherten viel Geld kosten würde, anstatt auf die bewährten Infrastruktur der Leistungserbringer zurück zu greifen.

Hinzu kommt, dass bei einem Pflegeberater, der von der Pflegekasse beschäftigt wird, die Gefahr bestehen würde, dass Versicherte die Leistungen nicht abrufen, weil sie eine Kontrolle der erhaltenen Leistungen unter der Zielsetzung befürchten, dass ihnen diese im Rahmen des Versorgungsplans verwehrt wird. Aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Pflegekasse werden Pflegeberater nicht als unabhängig und unparteilich anzusehen sein. Die Erfahrungen mit den so genannten „Pflegeberatern“ der Krankenkassen, deren Einsichtnahme in die Pflegedokumentation zum Zweck der Leistungs- und Kostenkontrolle vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz in der Vergangenheit erfolglos gerügt wurde, haben gezeigt, dass bezweifelt werden muss, dass bei der Pflegekasse beschäftigte Pflegeberater in der Praxis ausschließlich die Interessen des Versicherten wahren würden. In jedem Fall wird die Bereitschaft der Versicherten zu ihrer Inanspruchnahme aufgrund des o.g. Verdachts eingeschränkt sein.

Der bad e.V. lehnt ferner Regelungen ab, die die Übertragung von Entscheidungskompetenzen der Sozialleistungsträger auf den Pflegeberater vorsehen. Eine solche Übertragung würde dem Interessenskonflikt, den wirtschaftlichen Interessen der Kostenträger Vorrang vor den berechtigten Interessen des Versicherten einzuräumen, Vorschub leisten. Dieser Gefahr ist vielmehr effektiv vorzubeugen, indem die Pflegeberatung so geregelt wird, dass sie nicht durch Angestellte der Pflegekassen durchgeführt wird.

Die Pflegeberatung wird darüber hinaus ineffektiv sein, wenn von einem Pflegeberater - wie vorgesehen – bis zu 100 Pflegebedürftigen zu betreuen sind. Wenn man Urlaubs- und Krankheitstage berücksichtigt und so pro Arbeitnehmer von einer Rechnungsgröße von ca. 220 Arbeitstage pro Jahr ausgeht, würde ein Pflegeberater mit 100 zu betreuenden Personen durchschnittlich nur 2,2 Tage pro Person und Jahr Zeit haben. Dieses Ergebnis, dass aus Sicht des bad e.V. bereits der anspruchsvollen Tätigkeit nicht gerecht werden kann, bezieht noch nicht mit ein, dass durch einen Wechsel der zu betreuenden Personen in einem Jahr eine Betreuung von weit mehr als 100 Personen zustande kommen kann, was die Situation zusätzlich verschärft. Hinzu kommt, dass die Erfahrungen mit dem Case Management im Bereich der Behindertenhilfe gezeigt haben, dass ein Case Manager effektiv maximal 15-20 Personen betreuen kann. Ein entsprechendes Maximum ist auch für die Arbeit der Pflegebegleiter vorzusehen.

Demenzielle Versorgung, Pflegebedürftigkeit

Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 14, 18 SGB XI)

Der bad e.V. begrüßt die längst überfällige Berücksichtigung erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Gleichzeitig muss es als bedauerlich erachtet werden, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff aus § 14 SGB XI – trotz langjähriger Forderung der Fachöffentlichkeit – noch immer nicht geändert worden ist.

Leistungen für Pflegebedürftige nach §§ 45a – 45b SGB XI

Die Neuregelungen zu den o.g. Vorschriften werden vom bad e.V. befürwortet. Dies gilt insbesondere für die Einbeziehung der Versicherten mit der so genannten Pflegestufe 0.

Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Der bad e.V. befürwortet die Neuregelung als Beitrag zur Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Menschen.

Stärkung der Versorgung

Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)

Die faktische Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Pflegestützpunkte wird in der Praxis kaum zu erreichen sein. Gleiches gilt für eine gerechte Verteilung der zu vergebenden Stützpunkte unter den Einrichtungen in öffentlicher und privater Trägerschaft, die sich um die Einrichtung eines Pflegestützpunktes bewerben werden. Der Entwurf sieht keine Mittel vor, um den als bloße Zielsetzung formulierten Anspruch, den Wettbewerb durch die Pflegestützpunkte nicht beeinträchtigen zu wollen, zu erfüllen. Deshalb lehnt der bad e.V. die aktuelle Fassung der Regelung zu den Pflegestützpunkten ab.

Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)

Siehe hierzu die obigen Anmerkungen unter „Abbau von Schnittstellen“.

„Poolen“ von Leistungsansprüchen (§ 36 SGB XI), Grundsätze der Vergütungsregelung (§ 89 SGB XI)

Der bad e.V. plädiert für eine Klarstellung im Gesetz, dass die vorgesehene Regelung der Versorgung mehrerer Pflegebedürftiger sich ausschließlich auf die Versorgung durch zugelassene ambulante Pflegedienste bezieht, so dass diese sich darauf einstellen können, für die Zukunft ein entsprechendes Spektrum an Betreuungsleistungen anzubieten.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

Der bad e.V. lehnt die Neuregelung zur Vertragsgestaltung mit Einzelpflegekräften ab. Schon die bisherige Regelung ermöglicht im Einzelfall den Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften, diese sind aber zu Recht als nachrangig anzusehen gegenüber der Leistungserbringung durch zugelassene Pflegeeinrichtungen. Diese können die Nachfrage flächendeckend sicherstellen. Auch wenn die Motive des Gesetzes angeben, dass die Regelung nicht so weit führen dürfte, dass es zu einem „deutlichen“ Zurückdrängen der Leistungsangebote von Pflegediensten“ kommt, würde die bestehende Infrastruktur zweifellos Schaden in unbekanntem Ausmaß nehmen. Soweit der Gesetzesentwurf vorsieht, dass Verträge mit einzelnen Pflegekräften geschlossen werden, damit die Versorgung kostengünstiger erfolgen kann, ist dies zu kritisieren, denn aus Kostengründen dürfen keine Abstriche bei der Strukturqualität vorgeschrieben und die Beauftragung eines herkömmlichen zugelassenen Pflegedienst verweigert werden. Der Anspruch, der derzeit zu Recht an die Qualität der Pflege gestellt wird, darf nicht zu Lasten der Qualität und somit zu Lasten des Versicherten aufgegeben werden.

Sollte der Gesetzgeber sich entschließen, die o.g. Neuregelung zu verabschieden, so ist diese im Mindestmaß dahingehend zu ergänzen, dass die Einzelpflegekräfte – von den personellen Mindestvoraussetzungen abgesehen - die gleiche Struktur-, prozess- und Ergebnisqualität vorzuhalten haben, wie es herkömmlichen zugelassenen Leistungsanbieter abverlangt wird.

Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI)

Der bad e.V. befürwortet aus Qualitätsgesichtspunkten das Erfordernis einer Weiterbildung im Umfang von 460 Stunden. Wir weisen jedoch auf die Problematik hin, dass – weil diese Weiterbildungsverpflichtung im SGB XI bislang nicht allgemeinverbindlich war – viele Einrichtungen über Jahre von verantwortlichen Pflegefachkräften geführt wurden, die eine entsprechende Weiterbildung noch nicht absolviert haben. Für diese hat das Gesetz eine Über-

gangsregelung vorzusehen, damit die langjährige Leitung nicht vorübergehend – für die Dauer der Weiterbildungsmaßnahme – ausgesetzt und ersetzt werden muss.

Aus Praktikabilitätsgründen schlägt der bad e.V. ferner vor, die folgende, in einzelnen Landesrahmenverträgen bereits enthaltene Ergänzung in das Gesetz aufzunehmen, um eine flexible Einzelfallgestaltung, die der derzeitigen Praxis entspricht, auch zukünftig zu ermöglichen:

„Bei Ausscheiden oder dauerhaftem Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft ist die Stelle unverzüglich neu zu besetzen. Hat die neue verantwortliche Pflegefachkraft die Weiterbildung im Umfang von 460 Stunden noch nicht abgeschlossen, ist hierfür im Einzelfall eine Übergangsregelung mit den Vertragspartnern zu treffen. Mit der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen sollte spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft begonnen worden sein.“

Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI), Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)

In Anbetracht der Tatsache, dass die Pflegesätze seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 noch nicht erhöht worden sind, war eine Dynamisierung und Erhöhung der Leistungen längst überfällig. Die Höhe der „Erhöhung“ muss jedoch als unzureichend angesehen werden, wenn man sich vergegenwärtigt, dass sie nicht einmal die Inflation der vergangenen Jahre nachträglich zu kompensieren vermag.

Abzulehnen ist dagegen, dass die Dynamisierung rückwirkend festgelegt werden soll. In Anbetracht der absehbar notwendigen Erhöhungen ist über einen Dreijahreszeitraum vielmehr jeweils prospektiv eine jährliche Erhöhung vorzusehen. Nach Abschluss des o.g. Zeitraums ist der prognostizierte Wert nachträglich entsprechend der tatsächlichen Entwicklung auszugleichen und eine neue Prognose für den anstehenden Dreijahreszeitraum aufzustellen.

Der bad e.V. lehnt auch die Begrenzung der Härtefallregelung auf maximal 3% aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III ab. Ein sachlich gerechtfertigter Härtefall muss im Einzelfall entsprechend behandelt werden, unabhängig von der Anzahl gleich gelagerter Fälle.

Leistungsvoraussetzungen (§ 33 SGB XI)

Der bad e.V. lehnt die vorgesehene Regelung des § 33 Absatz 1 Satz 4-6 SGB XI ab. Die der Regelung laut der Gesetzesbegründung zugrunde liegende Fallkonstellation ist praxisfremd und erfordert deshalb keine bundesweite Regelung.

Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI)

Der bad e.V. befürwortet die Regelung des Entwurfs zu § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI.

Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

An der Auffassung des bad e.V., dass das Pflegegeld im Interesse der Pflegequalität abzuschaffen ist, hat sich nichts geändert. Eine Erhöhung des Pflegegeldes wird entsprechend abgelehnt.

Pflegeeinsatz (§ 37 SGB XI)

Die Erhöhung der Vergütung für Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI (von EUR 16 auf EUR 21 bzw. von EUR 26 auf EUR 31) stellt zwar eine Verbesserung dar, ist im Ergebnis dem zeitlichen Aufwand und der angestrebten Qualität der Leistung jedoch noch immer nicht angemessen. Der bad e.V. fordert ferner die Einführung von Festbeträgen durch Streichung des Passus „bis zu“.

Schließlich lehnt der bad e.V. die Regelung ab, die Beratungseinsätze u.a. auch durch Beratungsstellen durchführen zu lassen. Es liegt kein überzeugender Sachgrund vor, der es recht-

fertigen würde, das bewährte System der Leistungserbringung durch zugelassene Pflegedienste abzuändern.

Kurzeitpflege, Inhalte der Leistungen vollstationärer Pflege (§§ 42, 43 SGB XI)

Nach den teilweise erhobenen Forderungen in der Vergangenheit befürwortet der bad e.V. zunächst die Beibehaltung der Pflegestufe I, sowie die Anhebung der Leistungen bei Pflegestufe III und in Härtefällen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Pflegesätze seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 noch nicht erhöht worden sind, ist eine Erhöhung der Pflegesätze nach unserer Auffassung – auch im stationären Bereich – geboten. Im Mindestmaß ist die Inflation zu kompensieren. Die Beibehaltung der bestehenden Sätze bei Pflegestufe I und II würde eine faktische Absenkung darstellen.

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsverträge (§ 72 SGB XI)

Der bad e.V. befürwortet die in Absatz 2 vorgesehene Möglichkeit des Abschlusses eines Gesamtversorgungsvertrags.

Abgelehnt wird hingegen die Einmischung in die Tarifautonomie, die nicht Regelungsgegenstand des SGB XI ist. Pflegediensten darf nicht vorgeschrieben werden, Mitarbeitern höhere oder niedrigere Löhne zu zahlen (z.B. um niedrigere Vergütungen der gesetzlichen Kostenträger zu rechtfertigen). Die bestehende gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer zur Wirtschaftlichkeit genügt den berechtigten Kostenträgerinteressen vollumfänglich.

Auch eine verbindliche Beschränkung der Tätigkeit eines zugelassenen Pflegedienstes auf einen festgelegten Einzugsbereich ist abzulehnen. Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die eine solche Beschränkung in der Vergangenheit abgelehnt hat, ist zu folgen. Sachliche Gründe für eine regionale Beschränkung der Leistungen der Pflegedienste, welcher eine Beschränkung des Wahlrechts des Versicherten immanent wäre, gibt es nicht. Soweit die Regelung gefordert wird, um den Pflegekassen die Feststellung zu ermöglichen, inwiefern die Leistungserbringung flächendeckend gegeben ist, schlagen wir vor, die Mitteilung eines verbindlichen Einzugsbereichs, durch die Mitteilung eines unverbindlichen „örtlichen Tätigkeitsschwerpunkts“ zu ersetzen.

Kündigung von Versorgungsverträgen (§ 74 SGB XI)

Der Gesetzesentwurf sieht ferner vor, dass der Versorgungsvertrag gekündigt werden kann, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre „Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten, und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.“

Es bedarf nicht der Regelung im Entwurf, vielmehr ist es schon nach der aktuellen Rechtslage eine Selbstverständlichkeit, dass die wiederholte gröbliche Verletzung jeglicher vertraglicher Verpflichtungen des Pflegedienstes letztendlich eine Kündigung rechtfertigen kann. Die gesetzliche Betonung, dass dies auch für die Pflichten reaktivierender Maßnahmen gilt, ist vor diesem Hintergrund juristisch nicht erforderlich. Zudem impliziert sie zu Unrecht, dass den genannten Bereichen große Defizite die Praxis bestimmen würden. Richtig ist vielmehr, dass Pflegeeinrichtungen die o.g. Pflichten in der Praxis regelmäßig einhalten.

Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI)

Die individuelle Ausstattung der Einrichtungen wird durch die Regelung des Absatz 2 Satz 7 nicht berücksichtigt. Die Erfahrungen mit dem externen Vergleich in der Vergangenheit haben gezeigt, dass diese nicht zu einer Individualisierung und Verbesserung der Qualität führen, sondern zum Anlass unsachgemäßer Vergütungsabsenkungen genommen werden, die wünschenswerte Ausgestaltungen behindern. Deshalb lehnt der bad e.V. die Regelung ab.