

BKSB

Tel: 0221-77878-34
Fax: 0221-77878-36
eMail: kontakt@bksb.de
sabine.mattes@bksb.de
Internet: www.bksb.de
Datum: 15.01.2008

BKSB • Boltensternstr. 16 • 50735 Köln

**Deutscher Bundestag
- Ausschuss für Gesundheit -
Frau Dr. Martina Bunge**

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Geschäftsstelle Rückfragen an:
Sabine Mattes
V:/bksb2008/BMG

Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

für Ihre Einladung zur Anhörung am 21. und 23.01.2008 im Ausschuss für Gesundheit bedanken wir uns ganz herzlich.

In der Anlage übersenden wir Ihnen unsere Stellungnahme zum Gesetzesentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.

An der Anhörung wird unsere juristische Referentin, Frau Sabine Mattes, teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Otto B. Ludorff

Vorsitzender des BKSB

Bundesverband der kommunalen
Senioren- und Behinderteneinrichtungen



Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Stellungnahme des BKSB zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

A. Grundsätzliche Anmerkungen:

Wir begrüßen, dass sich der Gesetzgeber in einem offenbar sehr engen politischen Rahmen bemüht, Regelungen zu finden, die zu einer besseren Praktikabilität des Gesetzes beitragen, allerdings muss sich dieses Ziel auch in den Einzelheiten widerspiegeln.

Leistungen für Menschen mit demenziellen Einschränkungen

Ein Ziel der angestrebten Reform war es, Menschen mit demenziellen Erkrankungen nicht weiter von den Leistungen der Pflegeversicherung auszuschließen. Seit Jahren fordern die Verbände der Leistungserbringer, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überarbeiten, um es Menschen mit Demenz zu ermöglichen Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen. Schließlich ist es gleich, ob ein Mensch körperlich nicht zu bestimmten Verrichtungen - wie z. B. sich zu waschen - nicht in der Lage ist, oder er die Verrichtungen ohne Anleitung nicht vornimmt, weil er sie vergisst.

Positiv ist zu bewerten, dass nun auch Menschen der Pflegestufe 0 berücksichtigt werden – allerdings nur im ambulanten Bereich. **Menschen in stationären Einrichtungen bleiben wie bisher unberücksichtigt.** Damit wird eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung auf unbestimmte Zeit fortgesetzt.

Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Einsetzung eines Beirats, der bis November 2008 eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen soll, begrüßen wir sehr. Besser spät als nie.

"Verbesserungsprämie"

Als positive Entwicklung sehen wir auch die Begünstigung guter Pflege durch die in § 87 a Abs. 4 SGB XI vorgesehene "Verbesserungsprämie". Im umgekehrten Fall der gesundheitlichen Verschlechterung – trotz guter Pflege - muss es den Einrichtungen aber auch möglich sein, zu bewirken, dass die zutreffende höhere Pflegestufe zeitnah anerkannt wird (s. u. Ausführungen zu Nr. § 87 a). Hier gibt es noch Nachbesserungsbedarf.

Ebenfalls als sinnvolle Maßnahmen sehen wir

- die Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements (Nr. 48 – Änderung zu § 82 b),
- den Wegfall der PflegebuchführungsVO und
- die Berücksichtigung von Hausgemeinschaften, wenn Leistungen von mehreren Mitgliedern der Hausgemeinschaft in Anspruch genommen werden (Nr. 53 b - Änderung zu § 89).

Entbürokratisierung

Angesichts der Vielzahl neuer Informationspflichten, der ein minimaler Wegfall von Informationspflichten gegenübersteht, ist **ein deutlicher Bürokratieabbau nicht erkennbar**. Wenn in der Begründung auf die Reduzierung von Dokumentationspflichten hingewiesen wird, lassen sich die angeblich verringerten Pflichten aus dem Gesetz zumindest nicht herleiten. Schon gar **nicht nachvollziehbar ist das mit 80 Mio. Euro prognostizierte Entlastungspotential** "für die Wirtschaft". Soweit hiermit die Pflegeeinrichtungen gemeint sind, ist ein erhebliches Einsparpotential nicht erkennbar. Dass Pflegedokumentationen mit weniger Aufwand geführt werden können, ist keine Neuigkeit, sondern eine Aufgabe für jede Einrichtung, eine möglichst optimale Balance zwischen Nachweis und Absicherung einerseits und Verzicht auf Überflüssiges andererseits zu finden. Das Gesetz enthält jedoch keine Regelung, die diese Abwägung erleichtern oder Aufzeichnungspflichten eingrenzen würde. Ob die vorgesehene Vereinheitlichung der Pflegedokumentation eine Erleichterung oder eher eine Erschwernis bewirken wird, bleibt noch abzuwarten. Die prognostizierte Ersparnis be-

ruht – da der Inhalt der zu treffenden Vereinbarung völlig unklar ist – bestenfalls auf einer äußerst vagen Mutmaßung.

Das Gegenteil ist demgegenüber leicht erkennbar: statt Doppelprüfungen entgegenzuwirken wird die Erweiterung des Prüfauftrags an den MDK zu **neuen Doppelprüfungen** führen, wenn Prüfbefugnisse und -pflichten, die derzeit nach landesrechtlichen Regelungen von den Gesundheitsämtern wahrgenommen werden, nun auch dem MDK zustehen sollen (Hygiene- und Infektionsschutz)..

Eine Abgrenzung auf Bundesebene von MDK-Prüfung und heimaufsichtlichen Prüfungen dürfte durch die Verlagerung der Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht auf die Länder nun nicht mehr möglich sein.

Realisierbar und richtig wäre allerdings eine klare Trennung von Leistungsrecht und zivilrechtlichen Regelungen, in Ermanglung derer es schon in der Vergangenheit immer wieder zu Komplikationen gekommen ist. Insbesondere in § 87 a SGB XI kommt es zu Beschränkungen der Vertragsfreiheit, die rechtssystematisch verfehlt und unnötig sind. Das SGB XI betrifft zum einen das Verhältnis zwischen Versichertem und Versicherung zum anderen das Verhältnis der Kostenträger zu den Leistungserbringern. Die Vertragsfreiheit zwischen Einrichtungsträgern und deren Kunden ist zwar durch das sozialrechtliche Sachleistungsprinzip teilweise reduziert, die Ausgestaltung des die Einrichtungsträger und deren Heimbewohner betreffenden Vertragsrechts ist aber grundsätzlich dort zu regeln, wo sie rechtssystematisch hingehört: im Zivilrecht (BGB). Aufgrund des "Teilkasko-Charakters" der Pflegeversicherung gibt es zivilrechtliche Regelungs- und Gestaltungsspielräume, die der Sozialgesetzgeber zunehmend reduziert. Abgesehen davon, dass **bezüglich der zivilrechtlichen Regelungen im SGB XI erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken** bestehen, könnte der Bundesgesetzgeber seine Gesetzgebungskompetenz für das Heimvertragsrecht in Anspruch nehmen und bundeseinheitliche Vorschriften unter stärkerer Berücksichtigung des Sozialversicherungsrechts erlassen, so dass hier Schnittstellenprobleme zukünftig vermieden werden könnten.

Zu welchen unnötigen Problemen die Abweichung zwischen Sozialversicherungsrecht und Zivilrecht führt, zeigen zahlreiche Gerichtsentscheidungen – zuletzt das Urteil des BGH vom 02.10.2007 (Az.: III ZR 16/07), in dem die Richter auf die realitätsferne Idee verfielen, der Heimträger habe dem Bewohner – mit Blick auf sein Sonderkündigungsrecht - die Erhöhung der Pflegestufe möglichst einen Monat vor Antragstellung an die Pflegekasse anzuzeigen.

B. Zu den vorgesehenen Änderungen im Einzelnen:

Zu Nr. 4 und 57 § 7a – Pflegebegleitung / 92 c – Pflegestützpunkte

Dem Entwurf lässt sich nicht eindeutig entnehmen, in welchem Verhältnis die geplanten Vorschriften zur Pflegebegleitung (§ 7a) und zu den Pflegestützpunkten (§ 92 c) zueinander stehen. Auch das Verhältnis der geplanten zu bereits bestehenden Beratungsstellen wird nur unzureichend beschrieben und müsste aus unserer Sicht konkretisiert werden.

Auch wenn eine trägerunabhängige vollständig neutrale Beratungsstelle für die Pflegebedürftigen optimal wäre, muss bei realistischer Betrachtung konzediert werden, dass jede an der Pflege beteiligte Institution – sowohl Pflegekassen als auch Sozialhilfeträger und Einrichtungen bei der Beratung nicht ausschließlich fremde Interessen verfolgen und es somit derzeit keine neutrale Beratung gibt. Dies wird sich voraussichtlich auch durch die geplante Novellierung nicht ändern, denn – da es keine anderen Strukturen gibt – würden auch die bisherigen Berater (Kosten- oder Einrichtungsträger) die Pflegebegleiter und –stützpunkte stellen.

Wir befürworten daher ein "Gutscheinsystem", bei dem jeder Träger zur Beratung berechtigt ist und der Pflegebedürftige die Möglichkeit hat, sich ggf. von mehreren Institutionen beraten zu lassen (Sozialhilfeträger, Pflegekassen sowie 2-3 Einrichtungsträger). Die **Sozialhilfeträger und Pflegekassen sind bereits gesetzlich zur umfassenden Beratung der Pflegebedürftigen verpflichtet** (§§ 8, 10, 11 SGB XII, § 7 SGB XI), 2-3 Einrichtungsträger). Insofern kann es nicht um weitere gesetzliche Verpflichtungen gehen, sondern um die praxisnahe Umsetzung, die auf den Pflegebedürftigen bezogen ist.

Damit Pflegebedürftige von den Beratungsangeboten überhaupt Kenntnis erhalten und somit erst in die Lage versetzt werden, unterstützende Angebote in Anspruch zu nehmen, ist es erforderlich, dass Pflegebedürftige rechtzeitig auf die Beratungsangebote hingewiesen werden. Soweit die Pflegekassen nicht schon bei der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI (im Rahmen ihrer Verpflichtung aus § 7 Abs. 2 SGB XI) auf die örtlichen und überörtlichen Beratungsangebote (bei Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Einrichtungen) hinweisen, sollte der Begutachtungsauftrag an den MDK die diesbezügliche Information des Pflegebedürftigen praktischerweise mit umfassen.

Zu Nr. 13 § 30 – Prüfung der Dynamisierung ab 2014

Die Erhöhungen und Dynamisierung der Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe in § 36 und Tagespflege § 41 begrüßen wir ausdrücklich. Insbesondere die Einführung des § 41 Absatz 4 SGB XI ist erfreulich, da durch die Erhöhung der Leistung auf 150 % bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Tagespflege und häuslicher Pflegehilfe, die Pflegebedürftigen die Tagespflege auch bei häuslicher Pflegehilfe aufsuchen können.

Zu Nr. 23 § 43 – Erhöhung der Pauschalen für Pflegestufe III

Die Erhöhung der Leistungen der stationären Pflege der Pflegestufe 3 in § 43 SGB XI begrüßen wird ebenfalls. Es muss aber festgehalten werden, dass der MDK zunehmend und systematisch weniger Fälle in Pflegestufe 3 einstuft, so dass die Anhebung der Pauschalen nur wenigen Pflegebedürftigen zugute kommen wird. **Für die überwiegende Anzahl der vollstationär untergebrachten Pflegebedürftigen gibt es leider keinerlei Verbesserungen.** Die seit der Einführung der Pflegeversicherung 1996 "eingefrorenen" Beträge der Pflegestufen I und II werden nach dem vorliegenden Referentenentwurf bis 2015 festgeschrieben. Da eine Überprüfung, ob eine Dynamisierung vorzunehmen ist, nach § 30 SGB XI im Jahr 2014 vorzunehmen ist, könnte eine Erhöhung frühestens 2015 stattfinden. Mit Inkrafttreten des Gesetzes werden die bisherigen Pauschalsätze für 20 Jahre festgeschrieben, obgleich die allgemeinen Preis- und Lohnsteigerungen in diesem Zeitraum - wie sich jetzt schon abzeichnet - erheblich sein werden. Da diese Erhöhungen an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden müssen, werden Bewohner vollstationärer Einrichtungen zunehmend zusätzlich Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen, ein Umstand der der ursprünglichen Intention zur Einführung der Pflegeversicherung (Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit im Alter) zuwiderläuft.

Trotz zusätzlicher Unterstützung durch Pflegegeld in einigen Bundesländern ist bereits jetzt die überwiegende Anzahl der Pflegeheimbewohner von ergänzender Sozialhilfe abhängig.

Hier bitten wir um eine klare Aussage des Gesetzgebers, ob diese abzusehende Folge tatsächlich politisch erwünscht ist.

Zu Nr. 43 b) § 76 Abs. 6 – "Schiedsperson" statt Schiedsstelle

Es erscheint zunächst sinnvoll, eine gemeinsam bestellte Schiedsperson entscheiden zu lassen statt ein kostenaufwendiges größeres Gremium - die Schiedsstelle - anzurufen. Dies könnte auch einer Verfahrensabkürzung dienen. Aus der Begründung ergibt sich jedoch, dass die Entscheidung der Schiedsperson nicht rechtsmittelfähig sein soll. Bei der Entscheidung für eine Schiedsperson wird somit der Rechtsweg entzogen, so dass kaum ein Leistungserbringer diesen Weg wählen dürfte.

Damit die in mehrfacher Hinsicht sinnvolle Ergänzung auch tatsächlich eine praktische Alternative bieten kann, schlagen wir vor, die Entscheidung der Schiedsperson rechtsmittelfähig zu gestalten. Wenn die Parteien dies wünschen, ist ein Rechtsmittelverzicht, mit dem das Verfahren entsprechend verkürzt werden kann, jederzeit möglich.

Zu Nr. 46 / 47 §§ 80 / 80 a – Aufhebung

Die §§ 80, 80a SGB XI sind zwar formell aufgehoben worden, die Inhalte finden sich aber in den neu formulierten § 84 Absatz 5 SGB XI und § 113 SGB XI wieder. Die Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind nun Teil der Vergütungsvereinbarung nach § 84 SGB XI. **Eine tatsächliche Entbürokratisierung kann darin nicht gesehen werden.** Ob die Vereinbarungen aus zwei Papieren bestehen oder aus einem ist nicht erheblich, da die Inhalte weiterhin identisch sein werden.

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 befinden sich nunmehr in § 113 SGB XI – auch dies stellt keine Änderung des bisherigen Rechtszustandes dar.

Zu Nr. 50 §§ 84 – Externer Vergleich und Trägervielfalt (§§ 69 Satz 3, 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI)

Wir begrüßen zwar die Entscheidung der Bundesregierung, entgegen den Vorschlägen des Bundesrates den externen Vergleich nicht zwingend in das Gesetz aufzunehmen, allerdings ist auch die jetzt vorgesehene Formulierung, die den externen Vergleich als Möglichkeit zulässt, eine Bevorzugung tarifungebundener Unternehmen. Auch ist es unrealistisch anzunehmen, eine Einrichtung, die mit den Pflegekasernen über höhere Pflegevergütungen verhandelt, habe es in der Hand einen externen Vergleich abzulehnen.

Aus unserer Sicht widerspricht das BSG-Urteil vom 14.12.2000 (Az: B 3 P 18/00 R), das die Tarifbindung des Einrichtungsträgers im Rahmen des externen Vergleichs für irrelevant hält, der gesetzgeberischen Intention einer Trägervielfalt, wie sie in § 69 Satz 4 SGB XI ausdrücklich normiert ist.

Zit. BSG: "Soweit (...) als besondere Gestehungskosten ein ungünstiger Alterskegel des Pflegepersonals, besondere nicht für alle Einrichtungsträger geltende Tarifbindungen und übertarifliche Aufwendungen (...) geltend gemacht

werden, kann dies nach der gesetzlichen Abkehr vom Kostenerstattungsprinzip grundsätzlich keine Berücksichtigung mehr finden. Die hiergegen in der Literatur geäußerten Bedenken (...) verkennen, dass alle Einrichtungen nach den geltenden Bestimmungen des Arbeitsrechts wirtschaften; wer einen vergleichsweise zu hohen Personalaufwand hat, muß diesen reduzieren, wenn er nicht das Ausscheiden aus dem Wettbewerb in Kauf nehmen will. (...)"

Die konsequente Umsetzung dieser Rechtsprechung, die in der Praxis in einigen Bundesländern schon zur regelmäßigen Anwendung des externen Vergleichs geführt hat, **erfordert einen rücksichtslosen Abbau von Arbeitsstellen insbesondere älterer Mitarbeiter/innen**, der im krassen Widerspruch zu der gesetzgeberischen Intention im allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz steht. Hier ist fraglich, ob ein Gericht auch heute noch ein Urteil sprechen könnte, das unverhohlenen Arbeitgeber zur Entlassung langjähriger und deshalb teurer Mitarbeiter auffordert. Auch wird nicht berücksichtigt, dass arbeitsrechtliche Bedingungen maßgeblich durch unterschiedliche Tarifverträge geprägt sind, die im Wesentlichen dem Schutz der Arbeitnehmer dienen und seitens der tarifgebundenen Arbeitgeber nicht beeinflusst werden können.

Für Anbieter mit abweichenden Tarifverträgen bedeutet ein externer Vergleich auf der vom BSG vorgezeichneten Grundlage bei einem Personalkostenanteil an den Gesamtkosten von etwa 70-80 % eine erhebliche strukturelle Benachteiligung gegenüber Anbietern ohne Tarifbindung, die bereits ihre Wirkungen zeigt und zu einer Reduzierung der Trägervielfalt (insbesondere Verkauf kommunaler Einrichtungen) geführt hat.

Damit keine Missverständnisse entstehen: Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip ist keinesfalls erwünscht. Allerdings sollte der Gesetzgeber, wenn die Trägervielfalt kein "Papiertiger" sein soll, sondern ernst genommen wird, eine klarstellende Formulierung in die Gesetzesbegründung aufnehmen, dass zu den vergleichbaren Bedingungen auch Tarifverträge und die Altersstruktur der Mitarbeiter zählen. Andernfalls ist damit zu rechnen, dass Bestimmungen, die dem Schutz der Mitarbeiter dienen, zum Verlust der Arbeitsplätze führen, weil die Arbeitgeber, die diese Schutzzwecke erfüllen, vom Markt verdrängt werden. Da die Rechtsprechung dies anders bewertet, besteht aus unserer Sicht ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf: Eine klare Positionierung zur Stärkung der tarifgebundenen Unternehmen wäre dringend erforderlich.

Die Gesetzesbegründung (S. 169 / 176) entspricht nicht dem Gesetzeswortlaut: Darin ist weiterhin die Rede von einer **verpflichtenden Anwendung** des externen Vergleichs:

"Mit der Regelung werden die Vertragsparteien zur angemessenen Berücksichtigung (...) verpflichtet. (...)."

Das Gesetz spricht dagegen nur von einer **Kann-Regelung**, an der die Bundesregierung ausdrücklich festhalten will.

Zu Nr. 51 § 87 – Trennung des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung

Die Neufassung des § 87 SGB XI sieht vor, dass Unterkunft und Verpflegung getrennt voneinander zu vereinbaren sind. Dies führt bei den Einrichtungen und den Pflegekassen zu einem völlig unnötigen bürokratischen Aufwand, da zwischen den Leistungen Unterkunft und Verpflegung zukünftig eine Abgrenzung vorgenommen werden muss, die bei Kenntnis der kostenmäßigen Verflechtungen zwischen diesen beiden Positionen keineswegs leicht erscheint. Erstaunlich ist insbesondere die Begründung der Neufassung, da diese eine **Harmonisierung mit heimrechtlichen Vorschriften** anführt. Dabei wird ausdrücklich § 5 Abs. 3 Satz 3 Heimgesetz erwähnt. Aufgrund der Föderalismusreform ist das Heimrecht aber zur Ländersache geworden, die einzelnen Bundesländer sind bereits dabei, Landesheimgesetze zu formulieren, so dass diese Begründung nicht zukunftsorientiert erscheint.

Auch der Transparenzfaktor für den Verbraucher - als mögliche weitere Begründung - ist als gering einzuschätzen, zumal bereits die obersten Zivilgerichte die jetzige Form der Berechnung unter AGB-rechtlichen Gesichtspunkten für zulässig halten (BGH III ZR 411/04 vom 03.02.2005), so dass wir dringend empfehlen, von dieser Änderung Abstand zu nehmen.

Nr. 53 a) aa) § 87 a – Vertragsende mit Tod des Bewohners ohne Ausnahme (Ausschluss der Verlängerung des Heimvertrages nach dem Tod des Bewohners)

Wie die Begründung ausführt, soll diese Änderung klarstellen, dass "die Zahlungspflicht mit dem Tag endet, an dem Bewohner aus dem Heim ausziehen oder versterben" – richtig wäre hier der Einschub "... die Zahlungspflicht **grundsätzlich** mit dem Tag endet ...".

Unbestreitbar haben die Kostenträger ein legitimes Interesse, nicht über Gebühr in Anspruch genommen zu werden. Unnötig ist es hingegen, eine (zivilrechtliche) Regelung zu untersagen, die lediglich dem Wunsch der Angehörigen Rechnung trägt, wenn diese sich zur Kostentragung verpflichten und keinerlei Ansprüche gegen Kostenträger entstehen können.

Im Todesfall wünschen sich viele Angehörige, auf eigene Kosten den Heimvertrag noch einige Tage fortsetzen zu können, damit sie das Zimmer in Ruhe nach der Beerdigung räumen können und nicht am Sterbetag aufgefordert werden, die Sachen unverzüglich mitzunehmen – **denn das ist die Folge dieser Regelung, die oftmals als würdelos empfunden wird**. Ist eine vertragliche Verlängerung nicht möglich, werden Angehörige zum Vertragsbruch gezwungen, wenn sie den Nachlass nicht fristgerecht abholen (wollen).

Soweit sich der Gesetzgeber nicht unserer grundsätzlichen Erwägungen anschließt, sich der Regelung zivilrechtlich relevanter Sachverhalte vollständig zu enthalten, schlagen wir vor, die nach Nr. 52 a) aa) vorgesehene Vorschrift wie folgt zu ergänzen:

"Zivilrechtliche Vereinbarungen über die Fortsetzung des Vertrages nach dem Tod der Bewohnerin / des Bewohners sind nach Satz 2 nicht ausgeschlossen, wenn die Verlängerung auf Wunsch von Angehörigen erfolgt, diese die Dauer der Verlängerung frei wählen können und die hierfür entstehenden Kosten tragen. Ansprüche gegen Pflegekassen oder andere Sozialleistungsträger sind insofern ausgeschlossen."

Aus dieser Formulierung folgt, dass die Vereinbarung mit den Angehörigen nicht als AGB-Klausel im Heimvertrag stehen kann, sondern eine gesonderte Vereinbarung mit Angehörigen zu treffen ist. Allerdings halten wir es für praktisch zweckmäßig und sinnvoll, wenn Angehörige eine solche Vereinbarung bereits während des laufenden Vertragsverhältnisses vorsorglich vereinbaren können und nicht erst im Falle des Todes, da viele Angehörige - vor allem ältere Ehegatten - trotz des zu erwartenden Vertragsendes bereits mit den Formalitäten, die eine Beerdigung mit sich bringt, überfordert sind.

Nr. 53 a) bb) § 87 a - Vergütung bei Abwesenheit

Auch hier führt die Vermischung von Leistungsrecht und Zivilrecht zu seltsamen Ergebnissen: Eine generelle Freihaltedauer von 42 Tagen, die sich bei Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausaufenthalten entsprechend verlängert, ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar: Entweder besteht Heimpflegebedürftigkeit – dann kann der Bewohner zu Hause nicht mehr angemessen versorgt werden – oder nicht, dann ist eine Alternative zum Heim zu suchen und der Heimvertrag zu kündigen. Soll die Pflegekasse verpflichtet sein, für 42 Tage zu zahlen? Im Gesetz steht nur die Verpflichtung der Einrichtung. Welche rechtlichen Folgen ergeben sich, wenn die 42 Tage vorbei sind? Soll der Heimvertrag dann automatisch enden und der Bewohner (wohin?) entlassen werden (hier wäre auch Art. 13 GG zu berücksichtigen)? Kann der Heimbetreiber dem Bewohner dann fristlos kündigen, weil er von der Pflegekasse kein Geld mehr bekommt? Zählen Aufnahme- und Entlassungstage bei den "3 Kalendertagen" mit oder zählen nur solche Kalendertage als Abwesenheitstage, in denen der Bewohner 24 Stunden im Heim abwesend ist (so die derzeitige Regelung in NRW)? Wenn das Gesetz diese Fragen nicht beantwortet, entsteht erneute Rechtsunsicherheit in einem Bereich, der bisher landesrechtlich eindeutig geregelt war.

Unabhängig von der Frage, für welche Zeiten **die Kostenträger** aufzukommen haben, muss der **zivilrechtliche Anspruch der Einrichtung auf die gesamte Vergütung** - unter Berücksichtigung von § 615 BGB – **sichergestellt sein**. Daher sollte auf jeden Fall aufgenommen werden:

"Zivilrechtliche Ansprüche des Einrichtungsträgers gegen den Bewohner bleiben hiervon unberührt."

Alle Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI enthalten zu diesem Thema zum Teil stark abweichende Regelungen. Ist diese Änderung als Vereinheitlichung gedacht? Wenn ja, weshalb wird sie für notwendig gehalten? Auch dies lässt sich der Begründung nicht entnehmen.

Insgesamt enthält die vorgesehene Regelung **mehr Fragen als Klarheit**. Schon aus diesem Grund halten wir die Regelung der Abwesenheitsvergütung – zumindest in der vorgesehenen Weise – im SGB XI für verzichtbar.

Zu Nr. 53 b) § 87 a Abs. 3 Satz 3 – Zahlungszeitpunkt von Leistungen der Pflegekasse an Pflegeheime

Der Begründung ist nicht zu entnehmen, welcher Sinn sich hinter der Änderung verbirgt. Die Bestimmung regelt bisher den Zahlungszeitpunkt der Pflegekassen an Einrichtungsträger für stationäre und teilstationäre Leistungen. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" bezog sich aus unserer Sicht auf die Art der notwendigen Pflegeleistungen – nicht auf den Vor- oder Nachrang von Zahlungsansprüchen der verschiedenen Leistungserbringern, auch wenn die Pflegekassen dies - ohne rechtliche Grundlage - so gehandhabt haben. Wenn der Gesetzgeber dies nun zu regeln beabsichtigt, sollte zumindest die Gesetzesbegründung eine kurze Erläuterung enthalten. Hier müsste zumindest klargestellt werden, **dass die Zahlungsfrist auch für eingestrente Kurzzeitpflegeplätze gilt**. Eine Abweichung gegenüber stationären Leistungen erscheint zumindest in diesem Punkt nicht nachvollziehbar.

Zu Nr. 54 § 89 Abs. 2 – Vertragspartner des Pflegedienstes

Hier geht der Gesetzgeber von einer veralteten Rechtslage im Sozialhilferecht aus: die Sozialhilfeträger können wählen, ob sie die Leistungen direkt mit dem Pflegedienst abrechnen oder an den Sozialhilfeempfänger auszahlen wollen. Auch dem Sozialhilfeempfänger selbst steht im Rahmen des persönlichen Budgets eine Wahlmöglichkeit zu. Oftmals hat der Pflegedienst daher keine Kenntnis, ob sein Kunde überhaupt Sozialhilfeempfänger ist oder nicht.

Die bisherige Regelung sollte verhindern, dass gerade Dienste, die grenzübergreifend tätig sind, nicht mit vielen verschiedenen Sozialhilfeträgern verhandeln müssen.

Hier sollte vereinfachend nur der Sozialhilfeträger als Vertragspartei beteiligt werden, der am Standort des Pflegedienstes zuständig ist. Harmonisierend sollte in § 75 Abs. 5 Satz 2 SGB XII klargestellt werden, dass die Sozialhilfeträger, die nicht an den Vergütungsverhandlungen beteiligt waren, an die Vereinbarungen gebunden sind, andernfalls wäre der Pflegedienst verpflichtet, jeden **möglichen** Sozialhilfeträger an den Verhandlungen zu beteiligen. In stationären Einrichtungen könnten Bewohner aus anderen Kommunen erst aufgenommen werden, wenn zuvor die Vergütungsvereinbarung auch mit dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger geschlossen wurde – ein in der Praxis geradezu absurdes Verfahren, das jeder Sinnhaftigkeit entbehrt.

Wir schlagen daher vor, § 75 Abs. 5 Satz 2 SGB XII wie folgt zu ändern :

"Satz 1 gilt nicht, soweit Vereinbarungen nach dem Achten Kapitel des Elften Buches nicht im Einvernehmen mit dem für den am Standort der Pflegeeinrichtung zuständigen Träger der Sozialhilfe getroffen worden sind."

Auch wenn sich dies aus dem vorhergegangenen Verweis auf § 72 SGB XI ergibt, müsste in der Begründung klargestellt werden, dass die Regelung für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen gleichermaßen gilt.

Das gleiche Problem besteht auch bei dem nächsten Satz (§ 75 Abs. 5 Satz 3 SGB XII), der die Investitionskosten betrifft: auch hier sollte es ausreichen, wenn die Investitionskosten mit **einem** Sozialhilfeträger vereinbart worden sind. Sozialhilfeträger anderer Kommunen müssen an solche Vereinbarungen gebunden sein, die Einrichtungsträger mit den zuständigen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern nach allgemein gültigen Maßstäben (Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots) getroffen haben.

Wir schlagen daher auch für § 75 Abs. 5 Satz 3 SGB XII folgende Änderung vor:

"Der Träger der Sozialhilfe ist zur Übernahme gesondert berechneter Investitionskosten nach § 82 Abs. 4 des Elften Buches nur verpflichtet, wenn hierüber entsprechende Vereinbarungen mit dem für den am Standort der Pflegeeinrichtung zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zehnten Kapitel getroffen worden sind."

Zu Nr. 70 § 113 – Vereinbarung von Qualitätsmaßstäben und Einrichtung einer "Qualitäts-Schiedsstelle"

Die **Maßstäbe und Grundsätze** zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind von § 80 SGB XI in § 113 SGB XI verschoben worden. Über die Inhalte von § 80 SGB XI hinaus wird von den Vereinbarungsparteien erwartet, dass u.a. eine Einigung über eine praxistaugliche Pflegedokumentation und eine externe Darstellung der MDK-Prüfberichte stattfinden soll. Nach § 113 Abs. 3 des Entwurfes soll eine Einigung bis zum 31. März 2009 erzielt werden. Dies ist unrealistisch, da die Vereinbarungsparteien die gekündigten Vereinbarungen nach § 80 seit mehreren Jahren verhandeln und keine Einigung erzielen konnten, da die Träger der Sozialhilfe die Qualitätsanforderungen aus Kostengründen nicht mittragen konnten. Da es bis zum etwaigen Erlass des Gesetzesentwurfes noch einige Zeit dauern dürfte, erwartet der Gesetzgeber, dass sich die Vereinbarungsparteien in etwa einem Jahr nicht nur auf die Maßstäbe und Grundsätze der Pflegequalität sondern auch über eine einheitliche Pflegedokumentation und die Darstellung der MDK-Prüfberichte einigen können. Es ist zu bezweifeln, dass eine Einigung insbesondere mit den Trägern der Sozialhilfe in diesem kurzen Zeitraum erzielt werden kann. Wenn keine Einigung erzielt werden kann sieht § 113 Abs. 3 vor, dass die Schiedsstelle gemäß § 113 b binnen 3 Monaten den Inhalt der Vereinbarungen festlegt. Auch hier ist der Zeitrahmen extrem eng gewählt.

Die **Einrichtung einer Schiedsstelle** für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien sehen wir kritisch. § 80 sieht vor, dass die Bundesregierung bei fehlender Einigung den Inhalt der Maßstäbe und Grundsätze durch Rechtsverordnung festlegen kann. Nach § 113b des Entwurfes, soll die neu zu gründende "Schiedsstelle Qualitätssicherung" die Entscheidung über die Inhalte der Vereinbarungen nach § 113 des Entwurfes festlegen. Gegen die Entscheidung soll der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben sein. Neben der Einführung einer weiteren Instanz, die weitere bürokratische Hürden schafft, dürfte die Festlegung von Maßstäben und Grundsätzen zur Pflegequalität aus unserer Sicht kaum justiziabel sein.

Wir bitten zu beachten, dass zu den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene auch der BKSB e.V. gehört, der zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung 1995 noch nicht existierte und damals folglich nicht zu den Vertragspartnern nach § 80 SGB XI zählte. An zukünftigen Verhandlungen ist der BKSB zu beteiligen.

Zu Nr. 71 § 113a – Expertenstandards

Der Einführung von Expertenstandards durch die Vertragsparteien beurteilen wir positiv. Bislang wurden die Expertenstandards von dem Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben. Die Leistungserbringer und Kostenträger werden sollen jetzt erstmals an der Entscheidung zu welchen Themen Expertenstandards notwendig und wünschenswert sind beteiligt. Die Parteien erhalten ebenfalls die Möglichkeit, die entwickelten Expertenstandards aktualisieren zu lassen. Die Frist, eine Verfahrensordnung für die zu entwickelnden Expertenstandards bis zum 30. September 2008 zu beschließen, ist wie bei § 113 zu knapp bemessen. Im Übrigen sind bereits aus zivilrechtlichen (haftungsrechtlichen) Gründen die Expertenstandards einzuhalten.

Nr. 72 § 114 – Qualitätsprüfungen

Durch die formelle Verkürzung der Prüfintervalle von durchschnittlich 5 auf 3 Jahre dürfte sich in der Praxis kaum etwas ändern, so lange die medizinischen Dienste nicht personell erheblich verstärkt werden. Ob die nun in § 114 Abs. 3 vorgesehene Verlängerungsmöglichkeit bei anderweitigen Prüfungen praxistauglich ist, wird sich erweisen müssen. Zumindest ist die Überlegung richtig, unnötige Prüfungen in gut funktionierenden Einrichtungen auf das Nötige zu beschränken. Aus unserer Sicht konkretisiert die vorgesehene Änderung den verwaltungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit: Durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen entsteht bei guten Bewertungsergebnissen ein Beweis des ersten Anscheins, dass die Einrichtung tatsächlich gute Leistungen erbringt. Dieser Anscheinsbeweis kann durch negative Prüfungsergebnisse z.B. der Heimaufsicht entkräftet werden. Soweit aber alle Indizien für gute Leistungen sprechen, ist eine Verlängerung sachgerecht und verhältnismäßig und auch darüber hinaus sinnvoll, da sie Personalkapazitäten für die Prüfung und Beratung weniger guter Einrichtungen freisetzt.

Was wir bei der Ausgestaltung des Abs. 2 vermissen, ist eine **ausdrückliche Formulierung**, die der **Ergebnisqualität einen Vorrang vor Prozess- und Strukturqualität** einräumt und dass diese den Schwerpunkt der Prüfung bilden sollte. Auch müsste in zukünftigen Berichten der medizinischen Dienste der Krankenkassen die Ergebnisqualität getrennt vom Prozeß- und Ergebnisqualität ausgewiesen werden.

Zu welchen verfälschenden und unqualifizierten Feststellungen man gelangen kann, wenn Ergebnis- und Prozessqualität nicht getrennt voneinander ausgewiesen werden, zeigt der jüngste MDS-Bericht. Nach unseren Erfahrungen überwiegen bei MDK-Prüfungen bei weitem die Beanstandung von Prozeß- und Strukturqualität ("nicht angemessene Versorgung" bei mangelhafter Pflegeplanung oder -dokumentation) im Vergleich zu Mängeln bei der Ergebnisqualität (eine tatsächliche Unterversorgung wurde nur ausgesprochen selten festgestellt). Eine zusammenfassende Statistik (s. MDS-Bericht S. 19 a.E. und S. 177) musste daher unweigerlich zu verfälschenden Schlussfolgerungen führen.

Dass Abs. 2 nun den Auftrag des MDK um die Prüfung von Hygiene- und Infektionsschutz erweitert, trägt nicht zur Entbürokratisierung bei: Diese Prüfung erfolgt in der Regel jährlich durch die Gesundheitsämter. Soweit die **Vermeidung von Doppelprüfungen** eines der Ziele des Gesetzgebers ist, ist diese Änderung nicht nur entbehrlich, sondern kontraindiziert.

Um den Beratungsansatz stärker zu betonen würden wir uns einen **Anspruch der Heimträger auf Beratung durch den MDK** wünschen. Wie die Praxis zeigt, trägt eine solche präventive Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und MDK wesentlich besser zur Qualitätsverbesserung bei als die im Wesentlichen als ordnungsrechtliche Maßnahmen verstandenen Prüfungen. Leider zeigen sich nicht alle MDKs aus eigenem Verständnis beratungsbereit.

Nr. 74 b) § 115 (1a) – Veröffentlichung von MDK-Prüfberichten

Die Veröffentlichung der Ergebnisse von MDK-Prüfungen, wird von uns ausdrücklich begrüßt. Ebenso, dass hierbei die Ergebnisqualität im Vordergrund steht und die anzuwendenden Kriterien von den Vertragsparteien einvernehmlich festzulegen sind. Allerdings müssen hierzu die Prüfergebnisse in einer für Bewohner und Angehörigen verständlichen Form aufbereitet werden.

Auch dürfen nur solche Inhalte veröffentlicht werden, die Bestandteil bestandskräftiger Bescheide sind (Erläuterung: Bestandskräftig sind Bescheide, gegen die keine rechtlichen Maßnahmen mehr möglich sind). In der Praxis bestünde dann die Möglichkeit, Bescheide zunächst ohne Rechtsmittelbelehrung zu erteilen, so dass über beanstandete Einzelheiten Einvernehmen erzielt werden kann, ohne die Sozialgerichte zu belasten.

Allerdings ist der Zeitplan für eine Vereinbarung bis zum 30.09.2008, auch angesichts der verschiedenen bereits in der Entwicklungsphase befindlichen Projekte, die vor einer Vereinbarung bewertet werden müssen, allzu optimistisch.

C. Was aus unserer Sicht vom Gesetzgeber ergänzend zu regeln wäre:

Wenn von den Einrichtungen Wirtschaftlichkeit verlangt wird und der Gesetzgeber ihnen eine "angemessene" Vergütung zubilligt, muss es – nicht nur theoretisch - sondern auch praktisch möglich sein, diese Grundsätze umzusetzen.

Unter diesem Aspekt sind zwei Punkte in der Praxis besonders prekär:

1. Zivilrechtliche Regelungen zur Höherstufung und Abwesenheit (§ 87a SGB XI)

Wie bereits mehrfach ausgeführt, sind wir der Ansicht, dass schon die bisherige Einflussnahme des SGB XI auf das Zivilrecht rechtssystematisch verfehlt war – dies gilt für die nun vorgesehene Änderung zur Vertragsbeendigung bei Tod der Bewohner erst recht.

Der SGB XI – Gesetzgeber darf an dieser Stelle nicht weiterhin ignorieren, dass die Leistungen der Pflegekasse **nur einen Teil der stationären Pflegekosten** decken und der Rest von den Bewohnern selbst aufzubringen ist – bzw. ergänzend von dem Sozialhilfeträger. Dieser Kostenanteil wird zunehmend größer - zumal mit der zwischenzeitlichen Festschreibung der Pauschalen von der ursprünglichen Idee, zumindest die reinen Pflegekosten durch die Pflegeversicherung vollständig zu decken, endgültig abgerückt wurde.

Da die Pflegeversicherung im Gesamtkontext der stationären Pflege nur einen Teil - oftmals weniger als die Hälfte der Kosten - ausmacht, kann das sozialrechtliche Sachleistungsprinzip nur in eingeschränktem Umfang gelten. Auch werden Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 nicht erfasst.

Die derzeitige Regelung in § 87 a SGB XI ist eine unangemessene Risikoverteilung zulasten der Einrichtungen, denn die Vorschrift

- verpflichtet die Bewohner bei Verschlechterungen des Gesundheitszustandes nur zur Antragstellung – nicht zu Maßnahmen gegen falsche Bescheide der Pflegekassen,
- gilt – wie sich aus § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB XI ergibt - ("... dass der pflegebedürftige Heimbewohner ...") nur für bereits Pflegebedürftige, nicht für Bewohner der Pflegestufe 0 (diese Bewohner könnten ohne Rechtsfolgen den Antrag auf Höherstufung verweigern),
- verpflichtet die Einrichtungen für mindestens einen Monat zu einer höheren Leistung, für die nachweislich zu wenig gezahlt wird (meist werden die höheren Leistungen schon längere Zeit erbracht, weil zunächst abgewartet wird, ob sich der Zustand wieder verbessert, stabilisiert oder tendenziell noch weiter verschlechtert),

- gibt der Einrichtung keine Möglichkeit, gegen falsche Bescheide der Pflegekasse vorzugehen.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung (BSG-Urteil vom 01.09.2005, Az.: B 3 P 4/04 R) gesteht in Fällen falscher Einstufungsbescheide durch die Pflegekassen – mangels eigenen Widerspruchsrechts der Einrichtungen – den Einrichtungen ein unmittelbares Klagerecht gegenüber den Pflegekassen zu, wenn Bewohner nachweislich einer höheren Pflegestufe zuzuordnen sind. Die Klagebefugnis umfasst aber – nach den Ausführungen des BSG - **ausschließlich die Pflegekas- senleistungen**, nicht die meist überwiegenden Kostenanteile, die von Bewohnern und ergänzend von Sozialhilfeträgern zu zahlen sind.

Wenn das BSG feststellt, dass die Bestandskraft des Einstufungsbescheides der Pflegekassen keine Bindungswirkung im Verhältnis Heim – Pflegekasse entfaltet, gilt dies umgekehrt genauso: Selbst wenn im Rechtsstreit zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekasse festgestellt wird, dass eine höhere Pflegestufe vorliegt und die Pflegekasse einen höheren Betrag zu entrichten hat, wirkt sich dies nicht auf das zivilrechtliche Vertragsverhältnis zwischen Heim und Bewohner / Sozialhilfeträger aus, insbesondere können Ansprüche nicht wegen der tatsächlich aufwändigeren Pflege rückwirkend geltend gemacht werden.

Von dieser deutlichen Gesetzeslücke profitieren – zu unrecht und auf Kosten der Einrichtungen – die Bewohner (meist eher deren Angehörige) und die Sozialhilfeträger. Auch hierzu hat das BSG ausdrücklich festgestellt, der Sozialhilfeträger werde für den durch die Pflegekasse nicht abgedeckten Teil der Kosten nicht selbst zum Schuldner des Pflegeheims. Auch dort kann der Heimbetreiber seine Forderung folglich nicht realisieren.

Ohne eine Feststellung der korrekten Pflegestufe können zivilrechtliche Forderungen in Bezug auf die über die Pflegepauschalen hinausgehenden Selbstkosten gegenüber Bewohnern und Sozialhilfeträgern nicht geltend gemacht werden.

So lange die derzeitige Rechtslage den stationären Einrichtungen verwehrt, unrichtige Einstufungen anzugreifen, bleiben sie verpflichtet, Leistungen nach einer höheren Pflegestufe zu erbringen und hierfür eine unangemessen geringe Vergütung zu berechnen. Damit konterkariert der Gesetzgeber sowohl seine eigene an die Einrichtungen gestellte Forderung zu wirtschaftlichem Handeln als auch den gesetzlichen Anspruch nach angemessener Vergütung.

Wir halten es daher für **unverzichtbar**, den stationären Einrichtungen als (un-)mittelbar Betroffenen

- a) im Rahmen des § 33 SGB XI **ausdrücklich ein Anregungsrecht** für eine MDK-Prüfung von Amts wegen einzuräumen (die Pflegeeinrichtung müsste durch die Vorlage der Pflegedokumentation die Pflege nach einer höheren Pflegestufe glaubhaft machen),
- b) ein **Dritt widerspruchs- und Klagerecht gegen den Einstufungsbescheid** einzuräumen (hierzu gehört auch die Überlassung des Einstufungsgutachtens, damit ein qualifizierter Vortrag möglich ist).

Mit der hier vorgeschlagenen Regelung verbliebe den Pflegeeinrichtungen immer noch das normale unternehmerische Risiko eventueller Forderungsausfälle bei den Leistungserbringern - verringert würde lediglich das derzeit nicht beeinflussbare Risiko falscher Einstufungen.

2. Bindung des Sozialhilfeträgers an die Feststellungen des MDK zur Heimpflegebedürftigkeit (§ 62 SGB XII)

Zwischenzeitlich gibt es in einigen Kommunen zunehmend Streit um die Frage, wer die Heimpflegebedürftigkeit festzustellen hat. Aus unserer Sicht ergibt sich dies aus § 18 SGB XI, Abs. 1 und 3. Der MDK hat die Art des Pflegebedarfs – ambulante oder stationäre Versorgung – festzustellen. Anlass zur gegenteiligen Ansicht bieten Kommentierungen zu § 62 SGB XII, gemäß derer sich die Bindungswirkung der MDK-Prüfung nur auf die Feststellung der Pflegestufe nicht auf die Frage der Versorgungsart (ambulant / stationär) bezieht. Das praktische Problem: wird in der stationären Pflegeeinrichtung bei einer Nachbegutachtung zu einem späteren Zeitpunkt (ggf. nach Eingewöhnung und Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes) festgestellt, dass Heimpflegebedürftigkeit nicht (mehr) besteht, verweigern Sozialhilfeträger die Zahlung für die stationäre Unterbringung.

Unabhängig davon, ob die Forderung der Einrichtungen im Klageweg erstritten werden kann (nach dem BSG Urteil vom 01.09.2005, Az.: B 3 P 4/04 R, wohl eher nicht), halten wir **ein zusätzliches eigenes Prüfrecht der Sozialhilfeträger für nicht sachgerecht, zumal unklar ist, was gelten soll, wenn MDK/Pflegekassen und Sozialhilfeträger zu unterschiedlichen Beurteilungen kommen.**

Insbesondere die betroffenen Pflegebedürftigen befänden sich dann in einem Zwiespalt, der nicht aufzulösen wäre. Sie (und mit ihnen ihre Angehörigen) wären erheblich verunsichert, ob für den Pflegedürftigen ein Heim gesucht werden muss oder ggf. weitere (welche?) Maßnahmen für den weiteren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unternommen werden können. Bei der Aufnahme in ein Heim besteht außerdem für den Bewohner die Gefahr zusätzlich unverschuldet in eine finanzielle Notsituation zu geraten, wenn der Sozialhilfeträger die Zahlung (gerechtfertigt oder nicht) verweigert. Infolge der anstehenden Änderungen (Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegebegleitern) wird der MDK bei der Feststellung der Art des Pflegebedarfs verstärkt das soziale Umfeld und ambulante Möglichkeiten berücksichtigen.

Aus diesem Grund halten wir es für zweckmäßig und erforderlich, in § 62 SGB XII eine entsprechende Klarstellung in dem Sinne vorzunehmen, dass **die Sozialhilfeträger auch an die Feststellungen des MDK zur Art des Pflegebedarfs gebunden sind**, damit in einer für die Pflegebedürftigen so schwierigen Situation widersprüchliche Entscheidungen vermieden werden.