

Stellungnahme des Diakonischen Werks der EKD zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – BT-Drs. 16/7439

Einleitung

Für das Diakonische Werk der EKD stellt die pflegerische Versorgung der Bevölkerung und damit auch die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch in Zukunft solidarisch getragen und finanziert werden muss. Das Diakonische Werk der EKD begrüßt deshalb, dass die Bundesregierung sich für eine solidarische Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ausspricht und die Pflegeversicherung weiterhin als zentralen Baustein der sozialen Sicherungssysteme betrachtet.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt viele der beabsichtigten Regelungen, da sie – wie im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen – in einer guten Weise der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung dienen können. Der Gesetzentwurf lässt insbesondere erkennen, dass die Sicherung, Transparenz und Qualifizierung der pflegerischen Versorgung nicht ohne eine partnerschaftliche Einbeziehung der Träger und seiner Verbände erfolgen kann. Diverse der vorgesehenen Regelungen bedürfen der gemeinsamen Erörterung und Ausgestaltung. Das Diakonische Werk der EKD wird sich weiterhin aktiv und konstruktiv auf der Basis der vorhandenen Erfahrungen in die laufenden Prozesse einbringen.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist es allerdings nicht akzeptabel, dass die zentrale Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung nicht gelöst werden soll. Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Erhöhung der Beiträge der sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte zur zukünftigen Finanzierung der Leistungen ist unzureichend. Eine Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist dringlich, sie wird hierdurch jedoch nicht erreicht. Dieses Versäumnis geht zu Lasten der zukünftig pflegebedürftigen Menschen und der an der Versorgung Beteiligten und ist geeignet, die finanzielle und gesellschaftliche Konfliktlage in den kommenden Jahren noch zu verschärfen. In diesem Kontext verweisen wir auf die Vorschläge des Diakonischen Werkes der EKD zur zukünftigen Finanzierung der Pflege-

versicherung, die wir in den Diakonischen Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung dargelegt haben.¹

Da die Leistungen der Pflegeversicherung seit 1995 unverändert geblieben sind, sieht das Diakonische Werk der EKD einen erheblichen Nachholbedarf. Die fehlende Anpassung an die Preis- und Lohnentwicklung führt(e) zu einer deutlichen Kaufkraftreduktion und zu einem Verlust des Wertes der Pflegeleistungen. Darüber hinaus fordern wir, die Leistungen der Pflegeversicherung schon jetzt zu dynamisieren, da die geplanten Leistungsverbesserungen selbst den Kaufkraftverlust nicht ausgleichen werden.

Zu einer Reform der Pflegeversicherung gehört unserer Auffassung nach grundsätzlich auch die für das Jahr 2008 geplante Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Aus fachlicher Sicht müssen die Reformen des Leistungsrechts, der Finanzierung und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs immer verzahnt gedacht werden. Das Diakonische Werk der EKD nimmt in diesem Zusammenhang zur Kenntnis, dass politische und praktische Erwägungen das Vorziehen einzelner Reformaspekte begründen können.

Die Überlegungen zur Reform der Pflegeversicherung müssen in ein Gesamtkonzept der wohnortnahen Versorgung und Begleitung von pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen eingebettet sein. Neben der Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung und der pflegerischen Infrastruktur ist auch der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen wohnortnahen und quartiersbezogenen Angeboten im Bereich des Alltagsmanagements und im Vorfeld von Pflegeleistungen und zur Ergänzung von Pflegeleistungen notwendig. Es gibt große Angebotslücken im Bereich der vorpflegerischen Dienste und der haushaltsnahen Dienstleistungen, so dass ein Ausbau der niedrigschwelligen Angebote im Bereich des Alltagsmanagements und der Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur als wichtige Bestandteile in einem vernetzten Unterstützungs- und Hilfesystem, auch außerhalb des Leistungsbereichs der Pflegeversicherung erforderlich sind. Die leistungsrechtliche Ausgestaltung der niedrigschwelligen wohnortnahen, quartiersbezogenen Angebote und der sogenannten Alltagshilfen ist für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Priorität zu bearbeiten. Angesichts der demographischen Entwicklung erscheint es auch volkswirtschaftlich sinnvoll, in diesen Bereich ausreichend Mittel zu investieren.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung der Bevölkerung sind die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Unserer Ansicht nach müssen Pflegekräfte angemessene Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine hohe Berufszufriedenheit und einen langen Berufsverbleib ermöglichen. Mitarbeitende haben ein uneingeschränktes Recht auf eine tarifliche Bezahlung und die korrekte Erfüllung der geltenden arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen. Gegenwärtig ist ein Trend der Politik zu verzeichnen, sich aus der Verantwortung für eine bedarfsgerechte und wirksame Versorgung zurückzuziehen. Das Diakonische Werk der EKD vermisst eindeutige Aussagen zu den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD müssen stabile und dauerhafte Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine ausreichende und verlässliche Finanzierung und Personalausstattung der Einrichtungen und Dienste sowie innovative Konzeptionen gewährleisten. Hierzu gehören die Respektierung der bestehenden Tarifbindungen der Träger ebenso wie die ethisch-weltanschauliche Ausrichtung und die Gemeinwohlorientierung der freien Wohlfahrtspflege.

Im Folgenden nimmt das Diakonische Werk der EKD zu einzelnen Punkten des Entwurfs eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Stellung.

¹ Diakonisches Werk der EKD: *Diakonische Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. Stuttgart, 2007. (http://www.diakonie.de/de/html/fachforum/4243_5006.html) S.17 f.

Bewertung des DW EKD zu den Punkten im Einzelnen

Pflegeberatung (§ 7a SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Begründung des Leistungsanspruchs auf Begleitung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen durch die Pflegeberatung bzw. durch ein Fallmanagement. Allerdings enthält der Gesetzentwurf nicht akzeptable Elemente, deshalb konstatiert das Diakonische Werk der EKD verschiedene Modifikationserfordernisse. Die Anbindung der Stellen an die Pflegekassen stellt eine ernsthafte Infragestellung der Priorität der Interessen des Klienten dar und ist den fachlichen Anforderungen an das Fallmanagement nicht dienlich. Mitarbeitende der Pflege- und Krankenkassen können nicht gleichzeitig Sachwalter der Rechte der pflegebedürftigen Menschen sein und über die Leistungsgewährung entscheiden, Hilfebedarfe erheben und diese benennen. Die angedachte Ausgestaltung des Anspruchs auf Pflegeberatung in § 7a SGB XI-Reg-E zielt nicht unbedingt darauf, die Hilfesuchenden in der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung durch eine freiwillige, objektive und umfassende Information zu stärken, damit sie über eine passgenaue Leistungsauswahl selbst entscheiden können, sondern dient v.a. der steuernden Beratung. Die Ansiedelung der Pflegeberater bei den Pflegestützpunkten kann diese Kritik nicht mildern. Eine neutrale Anbindung würde dagegen die Einschätzungen der Pflegeberater nach sachlichen Kriterien begünstigen und wäre zu begrüßen.

Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD muss das Fallmanagement vor Ort als zugehende Struktur organisiert sein, frühzeitig einsetzen und ressortübergreifend wirken. Im SGB V erleben wir immer wieder, dass Versicherte falsch (gesetzliche Grundlagen werden nicht beachtet) beraten oder z.B. durch Nennung der Kosten der Versorgung eingeschüchtert werden. Des Weiteren müssen Versicherte teilweise auch ihre Leistungsansprüche gegen die Kranken- und Pflegekassen einklagen. Obwohl sie momentan auch zur Beratung der Versicherten verpflichtet sind, beraten die Mitarbeitenden der Kassen die Versicherten nicht immer umfassend über ihre Möglichkeiten und sachgerecht über alle Leistungsansprüche gegenüber den Pflege- und Krankenkassen. Die Ansiedelung an einer neutralen Stelle wäre hier zielführender.

Das Fallmanagement darf nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD nicht nur die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen, sondern muss auch die über das SGB XI hinausgehenden Versorgungsbedarfe wie haushaltsnahe Dienstleistungen, Leistungen des SGB V, Leistungen des SGB XII und andere beinhalten. Auch aus diesem Grund ist eine neutrale Ansiedlung erforderlich.

Gemäß dem Gesetzentwurf soll der Pflegeberater auch Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI-Reg-E durchführen; er kontrolliert in gewisser Weise das von ihm selbst aufgestellte Hilfesetting (und verschafft ganz nebenbei seinem Arbeitgeber noch Einnahmen, d.h. die Pflegekasse überweist die vorgesehene Vergütung an sich selbst). Vor diesem Hintergrund ist abzulehnen, dass der Pflegeberater auch die Beratungsbesuche durchführt.

Dem Fallmanagement/der Pflegeberatung muss zudem auch eine fachliche Qualifikation zugrunde liegen, die vor allem eine pflegerische und sozialarbeiterische/sozialpädagogische Perspektive mit einbezieht. Eine Qualifikation als Verwaltungs- oder Sozialversicherungsangestellter reicht nicht aus.

Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien bis 30.09.2008 (im Hinblick auf die Qualifikationsanforderungen soll es eine Übergangsfrist bis 30.06.2011 geben). Es ist nicht hinnehmbar, dass die Qualifikation der Pflegeberatung nach internen Richtlinien der Pflegekassen erfolgen soll und diese die Qualitätskriterien selbst festlegen. Für das Fallmanagement bzw. Case Management liegen international anerkannte Weiterbildungsstandards vor. Diese sollten eine Anwendung finden und nicht nur als Orientierungshilfe dienen. Außerdem sind die Kriterien zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation in einem transparenten Verfahren mit einem externen Regulativ festzulegen.

Im Sinne eines umfassenden Fallmanagements ist die Begleitung von 100 Pflegebedürftigen nicht leistbar. D.h., diese Orientierungsgröße wäre nur dann realistisch, wenn nicht mehr als ca. 50 %

der Pflegebedürftigen die Leistung einer Pflegeberatung in Anspruch nimmt. Aus rein fachlichen Erwägungen hält das Diakonische Werk der EKD die Begleitung von mehr als 40-60 Pflegebedürftigen pro Fallmanager für qualitativ nicht leistbar.

Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI-Reg-E)

Zukünftig soll durch Landesrecht bestimmt werden können, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Tragung der von den Pflegeeinrichtungen berechneten Investitionskosten als Förderung der Pflegeeinrichtung gilt. Mit dieser Änderung haben die Länder verschiedene Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Diese Änderung ist ausdrücklich zu begrüßen, allerdings sind jetzt die Länder in der Pflicht, ihrer Aufgabe nachzukommen.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - Fristvorgaben (§ 18 Abs. 3 SGB XI-Reg-E)

Wir begrüßen die im § 18 Abs. 3 SGB XI-Reg-E geplante Fristsetzung von maximal fünf Wochen im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Prüfung auf das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI-Reg-E. Mit der Neuregelung werden erstmals feste Fristen für die Begutachtung und Entscheidung festgeschrieben. Damit wird eine Forderung des Diakonischen Werks der EKD aufgegriffen. Bisher klagen Antragsteller, pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und auch die Einrichtungen oft über zu lange Bearbeitungszeiten, teilweise liegen für die Betroffenen unzumutbare Zeiträume zwischen der Antragstellung und der Entscheidung der Pflegekasse. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen, um die Pflegearrangements zeitnah planen und organisieren zu können. Wir begrüßen deshalb mit Nachdruck die Absicht des Gesetzgebers, den Pflegekassen eine bundesweite einheitliche Frist vorzugeben, innerhalb derer die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu erfolgen hat. Ebenso unterstützen wir die kürzeren Fristvorgaben für die Begutachtung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung sowie bei der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit. Wir halten dies insbesondere bei der Pflegezeit für sehr bedeutsam, da neben dem pflegebedürftigen Menschen und seinem Angehörigen auch die Arbeitgeber von der Entscheidung betroffen sind und es neben der Organisation der häuslichen Pflege auch um betriebliche Arrangements geht.

Die Gesetzessystematik ist jedoch hinsichtlich der Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse noch nicht ganz gelungen. In Satz 2 findet sich die 5-Wochen-Frist; im letzten Satz ist den Pflegekassen vorgegeben, unverzüglich nach Eingang der MDK-Empfehlung zu entscheiden und mitzuteilen. Auf diese Weise können Unklarheiten entstehen, ob beide Aussagen für alle Fälle des Absatzes 3 gelten sollen, oder ob die Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung nur für Sätze 3 und 4 gilt. Hier bedarf es einer klareren systematischeren Fassung des Gesetzeswortlauts, nicht zuletzt um zu verhindern, dass bei den besonders eiligen Fällen die Frist des Satzes 2 von den Kassen als nicht relevant angesehen wird.

Damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen Entscheidungen über passgenaue Versorgungsarrangements treffen können, benötigen sie Informationen. Dazu gehört auch das Ergebnis der MDK-Prüfungen nach § 18 Abs. 6 SGB XI-Reg-E einschließlich des empfohlenen individuellen Pflegeplans. Dieses darf nicht nur den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden, sondern muss auch den antragstellenden Menschen selbst automatisch zugesandt werden.

Die Weiterentwicklung der Transparenz darf sich nicht darauf beschränken, pflegebedürftige Menschen über Leistungen und Qualität von Einrichtungen zu informieren. Das Diakonische Werk der EKD fordert deshalb, dass auch die Verpflichtung in diese Regelung aufgenommen wird, den antragstellenden Versicherten selbst grundsätzlich das Ergebnis der MDK-Prüfungen und damit auch den empfohlenen Pflegeplan zuzuleiten und nicht nur wie bisher auf Antrag. Pflegebedürftige Menschen können den ihnen im Gesetz auferlegten Verpflichtungen zu Eigenverantwortung und Mitwirkung (§ 6 SGB XI) nur dann entsprechen, wenn sie alle notwendigen Informationen zur Verfügung haben.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit/ Spezifizierung der Qualifikation der Gutachter bei Kindern (§ 18 Abs. 7 SGB XI-Reg-E)

Die Begutachtung von Kindern setzt besondere Qualifikationen und Erfahrungen voraus. Deshalb begrüßt das Diakonische Werk der EKD, dass die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern zukünftig in der Regel durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Kinderärztinnen/Kinderärzte vorzunehmen ist.

Bei der Begutachtung von Kindern mit Behinderungen wird des Weiteren vorgeschlagen, aufgrund der Komplexität des Hilfebedarfes, eine Verpflichtung zur interdisziplinären Begutachtung festzulegen und damit das Gutachterprofil für weitere Berufsqualifikationen zu öffnen.

Einleitung geeigneter und zumutbarer rehabilitativer Maßnahmen (§ 18 Abs. 6 SGB XI-Reg-E und § 31 Abs. 3 SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD unterstützt mit Nachdruck, dass die bereits bestehende Verpflichtung des MDK, in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Aussage darüber zu machen, ob im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, konkretisiert wird. Insbesondere positiv zu bewerten ist, dass die - nach Einwilligung des Versicherten erfolgte - Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX gilt. Dadurch werden die in § 14 SGB IX geregelten Entscheidungsfristen in Gang gesetzt. Somit kann zeitnah über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden werden. Aussagen darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, müssen sich an den ICF-basierten Teilhabezielen des SGB IX orientieren. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs hat nach der gemeinsamen Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu erfolgen.

Nach erfolgter Rehabilitation ist eine erneute Begutachtung des MDK zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchzuführen. Ergänzend zu den hier getroffenen Regelungen fordern wir die Einführung eines Anspruchs auf einen präventiven Beratungs- und Hausbesuch für bestimmte Risikogruppen im ambulanten Bereich.

Dynamisierung (§ 30 SGB XI-Reg-E)

Die Bundesregierung soll zukünftig alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, die Notwendigkeit und Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung prüfen. Eine gesetzliche Regelung zur regelmäßigen Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Orientierungswert sollte auf der Basis valider Daten und unabhängig von finanzpolitischen Erwägungen erfolgen. Vor diesem Hintergrund sollten sich die Orientierungswerte an den Daten des Statistischen Bundesamtes orientieren. Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD bietet sich hierzu der Verbraucherpreisindex an. Kritisch anzumerken bleibt zum einen, dass diese Regelungen erstmals 2014 angewandt werden sollen, und zum anderen die automatische Begrenzung der Orientierungswerte durch die Bruttolohnentwicklung, zumal neben diesen Faktoren weitere gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden können. Das Diakonische Werk der EKD spricht sich für eine unbürokratische und eindeutige Lösung aus, die nicht mit vielen Unwägbarkeiten behaftet ist. Der Gesetzentwurf belässt die Überschrift „Dynamisierung“, spricht im Text im Übrigen aber weitestgehend von „Anpassung“. Das Diakonische Werk der EKD geht davon aus, dass es bei dieser Wortwahl nicht darum geht, auch eine Dynamisierung der Leistungen nach unten zu ermöglichen.

Leistungsvoraussetzungen (§ 33 Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Die Einfügung einer Befristungsmöglichkeit in § 33 Abs. 1 SGB XI-Reg-E erweitert das Entscheidungsspektrum für den MDK bzw. die Pflegekasse nur bedingt, da eine Befristung aufgrund von § 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X bereits jetzt möglich gewesen ist. Die mit klareren Voraussetzungen umrissene Vorschrift im Regierungsentwurf kann zu einer gewissen Entbürokratisierung führen, soweit die Befristung realistisch gewählt wird. Sie führt aber auch zu einer Unsicherheit seitens des

Pflegeberechtigten. Er wird sich rechtzeitig vor Fristablauf um eine evt. notwendige Fristverlängerung bemühen müssen. Sofern hier die Fristen zu kurz gewählt werden, wird die Neuregelung also zu zusätzlichem Aufwand für den Pflegeberechtigten wie für den MDK und die Pflegekasse führen. Das Diakonische Werk der EKD hält die Einfügung der Befristung jedenfalls dann nicht für schädlich, wenn der MDK/ die Pflegekasse mit der nötigen Weitsicht die Befristungen festsetzt. Allerdings kann diese Befristung nur für Einzelfälle zielführend sein. Es ist mit einem bürokratischen Mehraufwand verbunden, wenn alle Pflegebedürftigen turnusmäßig einen neuen Antrag stellen müssten.

Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 Abs. 4 SGB XI-Reg-E)

Die hier getroffene Präzisierung sieht eine Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI auch in den ersten vier Wochen einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vor. Das Diakonische Werk der EKD unterstützt diese Regelung, da sie Rechtsklarheit zugunsten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer privaten Pflegepersonen schafft. Des Weiteren schreibt sie die in dem leistungsrechtlichen Rundschreiben der Pflegekassen getroffenen Verfahrensfestlegungen nun auch gesetzlich fest.

Ausgestaltung der finanziellen Leistungen (§§ 36, 37, 39, 42 und 43 SGB XI-Reg-E)

Die Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge bei Fortbestehen bzw. Anhebung der stationären Leistungen wird vom Diakonischen Werk der EKD unterstützt. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die geplante Anhebung in der Pflegestufe I in der ambulanten Pflege für nicht ausreichend erachtet wird, zumal die Höhe des Pflegesachleistungsbetrags auch für die Tagespflege sowie für die Betreuungsleistungen beim Poolen gilt. Die zu niedrige Anhebung des Pflegesachleistungsniveaus in der Stufe I führt weiterhin zu einer Unterversorgung im Bereich der häuslichen Pflege.

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

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

Das Diakonische Werk der EKD gibt zu bedenken, dass die geplanten Anhebungen der Leistungshöhen bei weitem nicht ausreichen, da die Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes einen realen jährlichen Wertverlust der Leistungspauschalen in Höhe von 1,48 v. H. zu kompensieren haben. (Das Basisjahr für die Berechnungen stellt das Jahr 1994 dar.) Der Realwertverlust liegt demnach im Jahre 2008 bei ca. 19 v. H. und würde ohne pauschale Steigerungen in den Jahren 2008, 2010 und 2015 bei ca. 27 v. H. liegen. Auch die geplanten zweijährlichen pauschalen Steigerungen gleichen zu keinem Zeitpunkt den Realwertverlust aus.

Pflegesachleistung und Poolen (§§ 36 und 89 SGB XI-Reg-E)

Diese Regelung, wonach Leistungsansprüche von mehreren Leistungsberechtigten gemeinsam abgerufen werden können, wird vom Diakonischen Werk der EKD unterstützt. Dies könnte bisherige Schwierigkeiten in z.B. ambulant betreuten Wohngemeinschaften lösen helfen.

Mit der Ausgestaltung der Regelung zum „Poolen“ von Leistungsansprüchen werden jedoch Erwartungen geweckt, die kaum einzulösen sind und dadurch Konflikte vorprogrammiert. In der Begründung wird hierzu erläutert: *„Die hierdurch entstehenden Zeit- bzw. Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden. Allerdings dürfen Betreuungsleistungen zulasten der Pflegeversicherung nur erbracht werden, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt sind“.*

In der Praxis gibt es beim Poolen in erster Linie sogenannte „Effizienzgewinne“ bei den Wegezeiten und Einsatzpauschalen. Hierzu sind aber in der Regel auf den Landesebenen Regelungen in den Grundsätzen für die Vergütungsregelungen nach § 89 SGB XI getroffen. Diese berücksichtigen die sogenannten „Effizienzgewinne“ bereits, indem z.B., falls mehrere pflegebedürftige Menschen in einem Haus leben und von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden, nur eine Einsatzpauschale/ Wegepauschale pro Tag abgerechnet werden kann. Eine mögliche Zeitersparnis kann auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft entstehen, die gemeinsame Mahlzeiten einnimmt, einen gemeinsamen Einkauf oder eine gemeinsame Vorratshaltung durchführt und über Gemeinschaftsräume verfügt. Dies trifft aber schon dann nicht mehr zu, wenn mehrere pflegebedürftige Menschen, die von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden, in einem Häuserblock oder einer Straße leben. Im Bereich der Grundpflege sehen wir keine Zeit- und Kosteneinsparungen, die über die sogenannte Wegepauschale/ Einsatzpauschale hinausgehen, so dass die durch „Poolen“ freiwerdende Zeit stark limitiert ist.

Die Pflegeversicherung stellt eine Teilleistungsversicherung dar. Es ist bekannt, dass die Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege nicht ausreichen, um den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken. Als besonders problematisch ist bei der geplanten Neuregelung anzusehen, dass die soziale Betreuungsleistung in die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI hineindefiniert wird, ohne dafür zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Nach Berechnung des baden-württembergischen Ministeriums für Arbeit und Soziales fallen für die Pflege durch den ambulanten Pflegedienst für den pflegebedürftigen Menschen (Der ambulante Pflegedienst übernimmt die Grundpflege in Form einer „Großen Toilette morgens“ und einer „kleinen Toilette abends“ an 7 Tagen in der Woche) Kosten in Höhe von 1.311,89 € mit Wegepauschalen für 2 Einsätze täglich bzw. in Höhe von 1.119,03 € ohne Wegepauschalen an.² Hinzu kommen für die pflegebedürftigen Menschen ggf. weitere pflegerische Unterstützungsbedarfe während des Tages und der Nacht, hauswirtschaftliche Versorgungsbedarfe und soziale Betreuungsbedarfe, die bei der Berechnung der Kosten noch nicht berücksichtigt wurden. Den vom Sozialministerium in Baden-Württemberg berechneten Kosten stehen gegenwärtig Leistungsansprüche für pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 384 € monatlich (mit einer geplanten sukzessiven Erhöhung auf 450 € zum 01.01.2012) und in der Pflegestufe II in Höhe von gegenwärtig 921 € monatlich (mit einer geplanten sukzessiven Erhöhung auf 1.100 € zum 01.01. 2012) gegenüber.

Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD reichen die Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der Pflegesachleistung insbesondere in der Pflegestufe I gegenwärtig und auch zukünftig nicht aus, um die pflegerische Versorgung am Morgen und am Abend abzudecken und schon gar nicht zur Finanzierung von Betreuungsleistungen. Deshalb ist der Vorschlag, auch Betreuungsleistungen aus den Effizienzgewinnen des Poolens zu finanzieren, als nicht zielführend zu betrachten. Gleichwohl ist positiv anzumerken, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung das Problem des Bedarfs an Leistungen der sozialen Betreuungen im Bereich der häuslichen Pflege und der

² Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg: Pflegebedürftig - was nun? Stuttgart, Dezember 2006. S.23.

ambulant betreuten Wohnformen erkannt hat, auch wenn die angedachte Lösung für nicht problemlösend gehalten wird.

Eine Öffnung der ambulanten Pflegesachleistungen für soziale Betreuungsleistungen sollte auch ohne die Voraussetzung einer „Poolbildung“ im Rahmen der Leistungskomplexe für die ambulante Pflege - bei einer gleichzeitigen Erhöhung der Pflegesachleistungspauschale - ermöglicht werden. Durch diese Leistungsflexibilisierung hätten pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine höhere Wahlfreiheit und die Option, passgenauere Leistungen zu erhalten.

Das Selbstbestimmungsrecht von pflegebedürftigen Menschen darf nicht eingeschränkt werden, indem diese auf neue Wohn- oder auf Versorgungsformen verwiesen werden, in denen sie angeblich oder tatsächlich kostengünstiger gepflegt werden können. Nach der Begründung kann die Initiative zur Bildung eines „Pools“ jedoch von Dritten, insbesondere von den Pflegestützpunkten ausgehen. Es ist zu befürchten, dass das Recht auf die freie Wahl der Wohnung und der individuelle Leistungsanspruch negiert werden, indem die Mitarbeitenden von Pflegestützpunkten Personen mit besonders aufwändiger Versorgung in neue Wohnformen bzw. zu einer „Poolbildung“ drängen.

Des Weiteren ist auf das Problem der Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege hinzuweisen. Da beim Poolen nicht sichergestellt werden kann, dass jeder nur die Leistung bekommt, die seiner Pflegestufe zusteht, kann es zu anspruchübergreifenden Leistungen kommen. Dies kann insbesondere vor dem Hintergrund des Bedarfsdeckungsprinzips in der Sozialhilfe zu Abrechnungsschwierigkeiten führen. Um sicherzustellen, dass auch sozialhilfeberechtigte Personen sich am Poolen beteiligen können, ist im SGB XII eine Regelung erforderlich, die eine entsprechende Finanzierung durch den Sozialhilfeträger möglich macht. Ein Poolen im Bereich der Sozialhilfe darf jedoch nicht dazu führen, dass das Bedarfsdeckungsprinzip ausgehöhlt wird.

Darüber hinaus weist das Diakonische Werk der EKD auf die Schnittstellenproblematik zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII hin. Der dem Poolen zugrunde liegende Ansatz, dass Leistungen der Grundpflege bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung aufgrund von Effizienzgewinnen sich zu sozialen Betreuungsleistungen umwidmen lassen, ist für den Bereich der Eingliederungshilfe zu verneinen. Soziale Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe können nicht unter dem Vorbehalt effizienter Ausführung hauswirtschaftlicher Leistungen bzw. grundpflegerischer Leistungen gestellt werden. Die Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen verfolgt in der Eingliederungshilfe im Rahmen der zu erbringenden Betreuungsleistungen eine andere inhaltliche Zielsetzung als die originäre soziale Betreuungs-/Teilhabeleistung für den behinderten Menschen. Die Begründung der Leistungsinhalte ergibt sich aus dem individuellen Hilfebedarf des betroffenen behinderten Menschen und nicht aus Effizienzgewinnen der hauswirtschaftlichen Leistungserbringung.

Die Formulierung in § 36 Abs. 1 Satz 6 SGB XI-Reg-E, wonach Betreuungsleistungen als Sachleistungen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden dürfen, wenn sie im Rahmen der Eingliederungshilfe finanziert werden, reicht zur Abgrenzung der Kostenzuständigkeit nicht aus. Der Sozialhilfeträger könnte die Leistungsbewilligung und Finanzierung zulasten der Berechtigten ablehnen und damit die Kostentragungspflicht der Pflegekassen begründen.

Für problematisch halten wir auch, dass der Begriff der „Sozialen Betreuung“ bzw. der „Betreuung“ inhaltlich unzureichend unterlegt wird. Gleichzeitig wird diese unzureichende inhaltliche Definition unter dem Sammelbegriff „Betreuungsleistungen“ als Abgrenzungskriterium zu den Betreuungsleistungen anderer Leistungsträger herangezogen und z. B. auch auf die vorrangigen Betreuungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe verwiesen. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund einer diffusen Definition (umgewidmeter) sozialer Betreuungsleistungen im SGB XI letztlich „Äpfel mit Birnen“ verglichen werden (soziale Teilhabeleistungen in der Eingliederungshilfe) und Menschen mit Behinderungen gefährdet sind, auf SGB XI-Betreuungsleistungen verwiesen zu werden, mit dem Effekt, dass sich der Sozialhilfeträger von Eingliederungshilfeleistungen und -kosten entlastet. Eine solche Regelung verschärft eher die Abgrenzungsproblematik und verstärkt die leistungsrechtliche Verschiebebahndynamik zwischen SGB XII -, SGB XI- und SGB V -

Leistungen für Menschen mit Behinderungen, als dass es einen konstruktiven Beitrag i.S. eines Gesamtkonzeptes durch die Verzahnung der verschiedenen SGB Leistungen befördert.

Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI-Reg-E)

Einen Anspruch auf einen Beratungsbesuch haben zukünftig auch Personen ohne Pflegestufe, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist. Diese Regelung ist zu begrüßen, da gerade diese Personengruppen und deren Angehörige ein Beratungs- und Unterstützungsangebot zur Bewältigung der Pflegesituation benötigen.

Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD erfordern die Beratungsbesuche eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung. Nach den gegenwärtigen Regelungen kann die Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft durchgeführt werden. Dieser Kreis soll zukünftig erweitert werden um die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und um die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 7 SGB XI anerkannten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz.

Die Erweiterung um die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater hält das Diakonische Werk der EKD für bedenklich, da § 7a SGB XI-Reg-E nicht zwingend eine pflegefachliche Qualifikation vorschreibt. Zum anderen handelt es sich um bei der Pflegekasse angestellte Pflegekräfte und dies schließt der Gesetzgeber in § 37 Abs. 3 eigentlich aus (siehe hierzu auch § 7a SGB XI-Reg-E).

Mit den nach § 7 SGB XI anerkannten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz soll eine weitere Struktur aufgebaut werden - neben den im Gesetzentwurf angedachten Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung sowie der Beratung durch die ambulanten Pflegedienste und den Beratungsstellen der Altenhilfe. Der Aufbau von Parallelstrukturen ist abzulehnen. Das Diakonische Werk der EKD hält die Durchführung der Beratungsbesuche durch die bei diesen Beratungsstellen angesiedelten Pflegefachkräfte für verzichtbar.

Mit Blick auf eine zwingend erforderliche Qualität der Durchführung von Beratungsbesuchen wird die Notwendigkeit gesehen, dass die Vergütungen pro Beratungseinsatz deutlich stärker erhöht werden als dies im Gesetzentwurf geplant ist, um die erforderliche qualitätsgesicherte Leistungserbringung auch zu refinanzieren.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI-Reg-E)

Der Gesetzentwurf sieht bei der Verhinderungspflege keine Änderungen hinsichtlich der Vorpflegezeit vor. Es soll also weiterhin gelten, dass der Anspruch erst dann entsteht, wenn der Pflegebedürftige mindestens 12 Monate gepflegt worden ist. Das Diakonische Werk der EKD spricht sich indes dafür aus, pflegende Angehörige besser zu entlasten und die häusliche Pflege zu stärken, indem diese 12-Monathürde ersatzlos aufgehoben wird. Die seinerzeit befürchteten „Mitnahmeeffekte“ sind praxisfern.

Sollte auf die Voraussetzung einer Vorpflegezeit nicht verzichtet werden, dann ist auch die Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI-Reg-E, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, als Vorpflegezeit gemäß § 39 SGB XI anzuerkennen.

Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI-Reg-E)

Die Tagespflege stellt einen wichtigen Baustein im Angebotssystem für pflegebedürftige Menschen dar, da sie eine Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit maßgeblich unterstützt. Die bisherigen unzureichenden Regelungen zur Finanzierung verhindern eine Nutzung der Tagespflege. Sie machen damit einen längeren Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Wohnung unmöglich und verhindern eine sinnvolle Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Das Diakonische Werk der EKD hat bereits in den Diakonischen Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Jahr 2005 eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die Tagespflege im SGB XI unabhängig vom Pflegegeld und den Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich gefordert.

Der angedachte „Ausbau des Anspruchs auf Tagespflege“ ist deshalb nachdrücklich zu unterstützen. Das Diakonische Werk der EKD hält dies für einen wichtigen Schritt, um die Nutzung der Tagespflegeangebote zu erhöhen, und sieht dies als einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur insbesondere für Menschen mit Demenz an.

Perspektivisch erscheint uns eine eigenständige Finanzierung von Tagespflege, Pflegesachleistung ambulant und Pflegegeld für angezeigt.

Inhalt der Leistungen (§ 43 Abs. 5 SGB XI-Reg-E)

Die Vereinbarung von Abwesenheitsvergütungen zwischen den Vertragspartnern auf der Landesebene hat sich in der Praxis bewährt. Mit Blick auf die von uns geforderte Streichung von § 87a Abs. 1 Sätze 5 bis 7 SGB XI-Reg-E ist der neue § 43 Abs. 5 ebenfalls zu streichen.

Berechtigter Personenkreis und Zusätzliche Betreuungsleistungen (§§ 45a und 45b SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt sowohl die Erhöhung des Leistungsbetrags für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz auf bis zu 200 € monatlich als auch die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten auch auf diejenigen Versicherten, die noch nicht die Voraussetzung für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, jedoch nach der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 45a SGB XI-Reg-E in der Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Die Höhe des Anspruchs soll zukünftig von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt werden. Dazu sollen die Spitzenverbände der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2008 Richtlinien beschließen. Mit Blick auf eine unbürokratische Leistungsgewährung und im Hinblick auf eine zielführende zeitnahe Inanspruchnahme der Leistungen durch den berechtigten Personenkreis halten wir eine Leistungsgewährung von 200 € monatlich für alle Leistungsberechtigten für notwendig. Der erweiterte Leistungsbetrag für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz stellt eine Interimslösung bis zum Abschluss der Reform der Pflege(bedürftigkeits-)begriffs im Jahr 2008 dar. Da es sich um eine Zwischenlösung handelt, ist unserer Ansicht nach ein einfaches und zeitnah umsetzbares Verfahren zur Festlegung des entsprechenden Betreuungsaufwands erforderlich. Deshalb sollte bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ein einheitlicher Leistungsbetrag ohne zusätzliche Festlegung im Einzelfall vergeben werden. Vor diesem Hintergrund sind die hier für jeden Einzelfall geplanten Festlegungen der Höhe des Anspruchs von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK abzulehnen.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt jedoch, dass der Anspruch (weiterhin) grundsätzlich ins nächste Jahr bzw. Quartal übertragen werden kann, lehnt jedoch die geplante Einschränkung auf das folgende Kalenderquartal ab. Der vergleichsweise niedrige Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sollte möglichst flexibel eingesetzt werden können, um positive Wirkungen für die Entlastung pflegender Angehöriger zu erzielen. Die bisherige Regelung, nach der nicht verbrauchte Beträge in das Folgejahr übertragen werden können, ist beizubehalten.

Das Diakonische Werk der EKD hält es weiterhin für zielführend, dass die Leistungsbeträge nur für qualitätsgesicherte Betreuungsangebote und nur unter Nachweis der entstandenen Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. Die Erweiterung des § 45b Abs. 1 Satz 5 SGB XI um die Nr. 5 ist abzulehnen, da es sich bei den von den Pflegestützpunkten abweichend von den in § 45b Abs. 1 Satz 5 Nr. 1 bis 4 SGB XI nach Nr. 5 SGB XI-Reg-E zukünftig zu vermittelnden niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nicht um nach Landesrecht anerkannte Angebote handeln muss bzw. handelt. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD ist der § 45b Abs. 1 Satz 5 Nr. 5 SGB XI-Reg-E ersatzlos zu streichen.

Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD muss der zusätzliche Leistungsbetrag allen Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz offen stehen. Das Kriterium „Wohn- und Betreuungsform“ bzw. „ambulant oder stationär“ darf nicht leistungsauslösend bzw. leistungsausschließend sein.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Förderung ehrenamtlicher Strukturen (§§ 45c und 45d SGB XI-Reg-E)

Zukünftig sollen auch Gruppen von ehrenamtlich Tätigen sowie von sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und der Selbsthilfe in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI einbezogen werden, und zwar sowohl für Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf als auch für Pflegebedürftige mit somatischen Erkrankungen und deren Angehörige. Diese Erweiterung wird vom Diakonischen Werk der EKD unterstützt. Auch begrüßt wird die Integration des neuen § 45d SGB XI-Reg-E in die Förderregelungen des § 45c SGB XI, da hierdurch dem Aufbau von Parallelstrukturen vorgebeugt werden kann. Die Erhöhung des Fördervolumens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen um 5 Millionen € auf jährlich 15 Millionen € halten wir für die logische Konsequenz aus der Erweiterung des Kreises der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen. Des Weiteren verweist das Diakonische Werk der EKD mit Nachdruck darauf, dass die Länder und Kommunen ihrer Verpflichtung zur Kofinanzierung nachkommen müssen, da nur hierdurch die getroffene Erweiterung der Fördervolumina wirksam werden und die mit den §§ 45c und 45d SGB XI-Reg-E verfolgten Zielsetzungen auch realisiert werden können.

Unserer Ansicht nach sollten die Fördergelder zukünftig auch dafür eingesetzt werden können, qualitätsgesicherte niedrigschwellige Betreuungsleistungen, die nach Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes gefördert wurden, von der Modell- in die Regelförderung zu überführen. Denn nur so kann die erforderliche Nachhaltigkeit der geförderten Modelle gewährleistet werden. Hier bedarf es entsprechender gesetzlicher Regelungen.

Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI-Reg-E)

Die Zielsetzung der Förderung des ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements und der Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings ist die Regelung der Refinanzierung über die ambulanten Entgelte und Pflegesätze abzulehnen, da mit dieser Form der Refinanzierung - bei den gedeckelten Leistungsbeträgen der Pflegekassen – nicht die Pflegekassen, sondern die Pflegebedürftigen belastet werden. Diese Form der Refinanzierung würde dazu führen, dass den Pflegebedürftigen weniger finanzielle Mittel zur Sicherstellung ihrer eigenen Pflege zur Verfügung stehen würden. Vor diesem Hintergrund sollten die Mittel zur Refinanzierung nicht auf die gedeckelten Leistungsbeträge angerechnet werden. Es bietet sich hierzu eine Finanzierungsalternative an, demzufolge die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen entsprechend ihrer Versichertenzahl ein Fördervolumen zur Verfügung stellen, welches für die Aufwendungen für die ehrenamtliche Unterstützung zur Verfügung gestellt wird.

Zur Umsetzung einer regelhaften Förderung des Ehrenamts bietet sich eine analoge Vorgehensweise wie bei der gesonderten Förderung der ehrenamtlichen Hospizdienste nach § 39 SGB V an. Die Förderung sollte sich an den tatsächlichen Kosten orientieren, die für die ehrenamtliche Unterstützung anfallen. Um die Transparenz der verwendeten Fördermittel zu gewährleisten, müssten diese Aufwendungen gesondert ausgewiesen werden. Die Refinanzierung dieser Aufwendungen sollte aus einem Fonds erfolgen, in den alle Pflegekassen einen Zahlbetrag pro Versichertem einzahlen. In Abhängigkeit vom tatsächlichen Ausgabevolumen bzw. dem Fördervolumen für die ehrenamtliche Unterstützung müsste die Höhe des Zahlbetrages pro Versichertem festgelegt werden.

Zulassung von Pflegeeinrichtungen/Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft (§ 71 Abs. 3 Satz 6 SGB XI-Reg-E)

Der Gesetzentwurf beabsichtigt die Festschreibung der Anforderungen der verantwortlichen Pflegefachkraft. Diese soll u.a. an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich teilnehmen.

Durch diese Neuregelung soll Rechtsklarheit geschaffen werden. Die Anforderungen sind inhaltlich unstrittig. Sie können jedoch in der Praxis nicht in dieser Absolutheit umgesetzt werden. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD bedarf es hier einer Übergangslösung/-regelung für den Fall, dass der Träger einer Pflegeeinrichtung die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft neu besetzen muss und keinen geeigneten Bewerber findet, der bereits über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügt.

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag – Verweis auf § 84 Abs. 4 SGB XI (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-Reg-E)

Der Verweis auf § 84 Abs. 4 in § 75 Abs. 1 SGB XI-Reg-E trägt nicht zu einer redaktionellen Klarstellung bei, deshalb schlägt das Diakonische Werk der EKD vor, den Verweis in der Klammer ersatzlos zu streichen.

Gesamtversorgungsverträge (§ 72 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI-Reg-E)

Durch die Anfügung des Halbsatzes 2 in § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI-Reg-E wird die Option eröffnet, dass zukünftig für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI-Reg-E) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, ein einheitlicher Versorgungsvertrag geschlossen werden kann. Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Option zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags. Dieser dient u.a. der Unterstützung und Erleichterung der Diversifizierung von Versorgungsangeboten, aber auch der Entwicklung von neuen innovativen Angebotsformen und dem Aufbau von wohnortnahen quartiersbezogenen Diensten/Einrichtungen, insbesondere im ländlichen Raum.

Voraussetzungen für den Abschluss von Versorgungsverträgen – Qualitätsmanagement (§ 72 Abs. 3 SGB XI-Reg-E)

Pflegeeinrichtungen brauchen Zeit und Gestaltungsräume, um die Expertenstandards zu implementieren und in ihre konzeptionelle Ausrichtung einzubetten. Vor diesem Hintergrund sollte § 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 4 SGB XI wie folgt formuliert werden: *„4. sich verpflichten, alle Expertenstandards in ihre Konzeption und ihr Qualitätsmanagement zu implementieren und nach der Implementierung anzuwenden.“*

Voraussetzungen für den Abschluss von Versorgungsverträgen – ortsübliche Vergütung (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 2 SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt, dass der Gesetzentwurf bei der Formulierung seiner Anforderungen an die Leistungsbringer auch dem Faktor der Personalkosten und der Auswirkung Rechnung trägt, die eine angemessene Vergütung auf die Qualität der erbrachten Leistungen hat.

Im Hinblick auf die Ausführungen in der Begründung wird allerdings eine Korrektur für dringend notwendig erachtet: Die Begründung stellt grundsätzlich zutreffend darauf ab, dass üblicherweise geltende tarifliche Regelungen das Maß des Ortsüblichen bestimmen können und verhindert damit, dass Einrichtungen wegen ihrer tariflichen Bindung im Wettbewerb um den Abschluss von Leistungsverträgen nach § 72 SGB XI gegenüber tariflich nicht gebundenen Konkurrenten benachteiligt werden. Allerdings greift die Begründung zu kurz, wenn sie allein auf die Tarifverträge abstellt. Diese mögen als das im TVG allgemein-gesetzlich geregelte Gestaltungsinstrument am bekanntesten sein. Keinesfalls sind sie aber das einzige Regelungsinstrument zur kollektiv-rechtlichen Setzung von Arbeitsrechtsregelungen. Neben diesen stehen die von Art. 141 GG i. V. mit Art. 137 WRV als Ausdruck des kirchlichen Selbstverwaltungsrechts geschützten Regelungen des

kirchlichen Arbeitsrechtes (Arbeitsvertragsrichtlinien). Diese Regelungen kommen ebenfalls durch Konsensfindung im Rahmen eines geregelten Verfahrens zustande und sind deshalb als „tarifliche Regelungen“ anerkannt.

Wenn die Begründung zu § 72 SGB XI-Reg-E allein auf Tarifverträge abstellt, entsteht deshalb der unzutreffende Eindruck, dass sich die Gesetzesbegründung allein auf dieses eine Gestaltungsmittel zur Regelung tariflicher Vergütungen bezieht. Dieser Fehlschluss, der die Arbeitsvertragsregelungen mit den anderen ortsüblichen aber nicht Tariflöhnen auf eine Stufe stellt, hätte für Leistungserbringer, die Mitglieder Diakonischer Werke und von Diözesan-Caritasverbänden sind, schwerwiegende Auswirkungen. In vielen Regionen gibt es nämlich keine tarifvertraglich gebundenen Leistungserbringer wohl aber die an kirchliche Tarifregelungen gebundenen Einrichtungen der Diakonie und der Caritas.

Wegen dieser insoweit mit Tarifverträgen durchaus vergleichbaren Bindungswirkung kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen bittet das Diakonische Werk der EKD um eine Darstellung sowohl im Wortlaut des § 72 SGB XI als auch entsprechend in der Begründung (auf S. 161 und 162 des Gesetzentwurfs), die nicht auf Tarifverträge sondern tarifliche Regelungen abstellt. Es wird vorgeschlagen, § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI wie folgt zu ergänzen: „*sowie eine in Pflegeeinrichtungen angemessene tarifliche oder ortsübliche Arbeitsvergütung*“.

Örtliche Beschränkung des Einzugsbereichs für ambulante Pflegedienste (§ 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-Reg-E)

Eine Beschränkung des örtlichen Einzugsbereichs für ambulante Pflegedienste entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG ist nicht zielführend und schränkt die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen gemäß § 2 Abs. 2 SGB XI ein. Zudem würde eine solche Regelung, sowohl die Begrenzung des Versorgungsgebietes betreffend, als auch die Pflicht die Versorgung sicherzustellen (Kontrahierungszwang) eine Einschränkung der Berufsfreiheit der Pflegedienste darstellen, die nach der Rechtsprechung des BSG gegen Art. 12 Abs.1 GG verstößt.

Abgesehen davon führt das insbesondere zwischen den Gebietsgrenzen zu unnötigem bürokratischem Mehraufwand und zweckwidrigen Einschränkungen des Leistungsbereiches ohne eine bessere Versorgung oder eine Steigerung von Leistungen- und Preisvergleichslisten zu erreichen.

Kündigung von Versorgungsverträgen (§ 74 Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Die Einfügung nach Satz 1 in § 74 Abs. 1 SGB XI-Reg-E benennt Pflichten der Pflegeeinrichtung, deren Verletzung zu einer Kündigung des Versorgungsvertrages führen kann. Wird davon abgesehen, dass die in § 74 Abs. 1 SGB XI-Reg-E genannten Kriterien kaum justiziabel sind, so fällt insbesondere die Formulierung der oben genannten Einfügung auf. Der neue Gesetzestext spricht von der Pflicht der Pflegeeinrichtungen, „Pflegebedürftigen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten“. Ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben kann aber nur gelingen, wenn Pflegebedürftige und Einrichtungen in einer Wechselbeziehung ihren jeweiligen Teil dazu beitragen und den Einrichtungen die dafür erforderliche Personalausstattung gewährt wird. Selbstständiges und selbstbestimmtes Leben von Bewohnern kann keine einseitige Verpflichtung der Pflegeeinrichtung sein. Folgt man der Gesetzesbegründung, dann ist dies auch nicht gemeint. Der Halbsatz „*Pflegebedürftigen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten*“ könnte durch folgende Formulierung ersetzt werden: „*den Pflegebedürftigen bei seinem Bemühen um eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung in geeigneter Weise zu unterstützen*“.

§ 74 Abs. 1 SGB XI-Reg-E nennt Gründe, die die Pflegekassen zur Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI berechtigen. Daneben gibt § 74 Abs. 1 SGB XI-Reg-E den Pflegekassen die Möglichkeit, Maßnahmen zu ergreifen, die eine Kündigung des Versorgungsvertrages vermeidet und trotzdem die Einrichtung zu einer Vertragseinhaltung wirkungsvoll verpflichtet. Unter

Nr. 2 wird beispielhaft ein sogenannter Belegungsstopp, der den Pflegeeinrichtungen untersagt, neue Pflegeverträge abzuschließen, als mögliche Sanktionsmaßnahme durch die Pflegekasse beschrieben. Dies bedeutet eine Kompetenzerweiterung für die Pflegekassen durch das SGB XI. Die Auflage eines Belegungsstopps ist nach gegenwärtigem Recht dem Heimrecht des Bundes vorbehalten. Diese Regelung hat sich als Sanktion unterhalb einer Heimschließung grundsätzlich bewährt und es ist zu erwarten, dass die Landesheimgesetze entsprechende Regelungen weiterhin vorsehen werden.

Die vorgesehene Kompetenzerweiterung der Pflegekassen führt voraussichtlich dazu, dass für stationäre Einrichtungen zukünftig ein Belegungsverbot sowohl nach dem Heimrecht als auch nach dem SGB XI ausgesprochen werden kann. Damit werden für einen Sachverhalt zwei unterschiedliche Rechtsgrundlagen mit unterschiedlichen Entscheidungsgrundlagen geschaffen, die zu Abgrenzungsproblemen zwischen Heimrecht und Pflegerecht führen können. Im Sinne einer klaren Verantwortungszuordnung sollte die Sanktionsmöglichkeit eines Belegungsverbots für stationäre Einrichtungen dem Heimrecht vorbehalten bleiben und die Kompetenzerweiterung im SGB XI auf ambulante Pflegedienste beschränkt werden. Auf Anregung der Pflegekassen kann die zuständige Heimaufsichtsbehörde einen Belegungsstopp für eine stationäre Einrichtung verhängen, so dass die Pflegekassen durchaus die Möglichkeit haben, auf gravierende Qualitätsprobleme differenziert zu reagieren.

Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Abs. 7 SGB XI-Reg-E)

Absatz 7 in § 75 SGB XI-Reg-E ist zu streichen. Die Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung lassen sich nicht auf dem Vereinbarungswege erzielen, sondern müssen aus betriebswirtschaftlich inhaltlichen Erwägungen geregelt und weiterentwickelt werden. Die Pflegebuchführungsverordnung hat sich in der Praxis bewährt und sollte beibehalten werden. Gleichwohl gibt es bei einzelnen Fragestellungen Optimierungsbedarf, die eine punktuelle Überarbeitung der Verordnung nach § 83 SGB XI als sinnvoll erscheinen lassen.

Einzelpflegekräfte (§ 77 SGB XI-Reg-E)

Nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung soll die Erweiterung der Voraussetzungen zum Abschluss von Einzelverträgen in erster Linie die Rechte Pflegebedürftiger stärken und es ihnen ermöglichen, eine ihren individuellen Vorstellungen entsprechende Versorgung verwirklichen zu können. Eine Beschäftigung von Einzelpflegekräften ist dann sinnvoll und unterstützenswert, wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch der pflegebedürftigen Menschen entspricht und diese selbst geeignete Kräfte auswählen können, wie dies z.B. in Assistenzverhältnissen von Menschen mit Behinderungen der Fall ist.

Die vorgesehene Änderung, die häusliche Pflege durch Einzelpersonen generell zu öffnen, ist aus Sicht des Diakonischen Werks der EKD nicht erforderlich.

Der Einsatz von Einzelpflegekräften muss die Gewährleistung beinhalten, dass der Betroffene beim kurzfristigen Ausfall der Einzelpflegekraft (z.B. Krankheit) gepflegt wird und eine verlässliche pflegerische Versorgung garantiert wird. Hierzu muss es in § 77 SGB XI-Reg-E entsprechende Regelungen geben. Die Vertragsgestaltung muss für die Betroffenen transparent nach allgemeinen Verbraucherschutzrechtlichen Kriterien erfolgen. Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass pflegerische Tätigkeiten auch nur von hierzu qualifizierten Einzelpflegekräften durchgeführt werden und von Personen mit sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen erbracht werden.

Angemahnt wird auch, dass die Erfordernisse an die Qualität der Pflege nicht hinter denen des vorhandenen Leistungsangebots zurückfallen dürfen, dies gilt sowohl in Bezug auf die Zulassung als auch im Hinblick auf die externen Qualitätsprüfungen durch den MDK. Hierzu bedarf es der Aufnahme entsprechender Regelungen in den §§ 112 bis 116 SGB XI-Reg-E.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 SGB XI-Reg-E)

Eine überzogene Umsetzung des Instrumentes der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein bürokratischer Mehraufwand und eine Ressourcenverschwendung, die in keinem Verhältnis zur Sicherung der pflegerischen Versorgung mehr zu setzen ist. Die Beschränkung des Instrumentes der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf das Vorliegen hinreichender tatsächlicher Anhaltspunkte ist ausdrücklich zu unterstützen.

Refinanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege (§ 82a SGB XI und § 25 AltPflG)

In 20 Jahren werden mehr als drei Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Der Bedarf an Pflegefachkräften wird zukünftig steigen. Bereits gegenwärtig zeichnet sich in einigen Regionen ein Mangel an Pflegefachkräften ab. Die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflegeausbildung ist rückläufig. Altenpflegesschulen müssen qualifizierte Bewerber abweisen, da sie keine Ausbildungsplätze für die praktische Ausbildung anbieten können. Das BMFSFJ hat deshalb gerade ein Servicenetz Altenpflegeausbildung ins Leben gerufen. Dieses will wirkungsvolle Impulse geben, damit die Pflegeeinrichtungen jungen Menschen mehr Ausbildungsplätze in der Altenpflege anbieten. Das Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung ist zu begrüßen, es ist jedoch nur ein erster Schritt, um die Ausbildungsbereitschaft der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sind v.a. aufgrund der geltenden Regelungen zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütung im SGB XI sehr zurückhaltend bei der Implementierung und Besetzung von Ausbildungsplätzen.

Gegenwärtig sind prinzipiell zwei Formen der Refinanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflegeausbildung möglich.

Nach § 82a Abs. 2 SGB XI sind während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses die Ausbildungskosten in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs.1, § 89) berücksichtigungsfähig. Dies führt zu höheren Pflegesätzen bzw. Punktwerten der ausbildenden Einrichtungen im Vergleich zu nicht ausbildenden Pflegeeinrichtungen. Aus den hierdurch entstehenden Wettbewerbsbenachteiligungen resultiert eine reduzierte Ausbildungsbereitschaft.

Um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern bzw. zu beseitigen sind nach § 25 AltPflG die Landesregierungen ermächtigt, ein Ausgleichsverfahren durchzuführen. Diese Ausgleichsverfahren führen zu einer Gleichbehandlung von ausbildenden und nicht ausbildenden Einrichtungen und sie erhöhen die Ausbildungsbereitschaft der Pflegeeinrichtungen. Die Umlage-/Ausgleichsverfahren erfordern jedoch den Nachweis des (drohenden) Mangels und sind mit juristischen Unwägbarkeiten behaftet. Darüber hinaus erfordern sie einen hohen bürokratischen Aufwand, der auch aus den Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden muss und der weder den Auszubildenden noch den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt. Gleichwohl müssen auch diese Ausbildungskosten über die Pflegesätze/Vergütungen refinanziert werden.

Beide Verfahren reichen – angesichts des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung - die Kosten der Ausbildungsvergütung an die pflegebedürftigen Menschen bzw. die Sozialhilfeträger weiter.

Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD bedarf es dringend der Modifikation bei der Ausgestaltung der Regelungen zur Ausbildungsvergütung. Der Lösungsweg ist unserer Ansicht nach die Finanzierung der Ausbildungskosten über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Hierzu sollte eine Fondslösung implementiert werden, die direkt über den Ausgleichsfonds der Pflegekassen finanziert wird. Damit wäre auch gewährleistet, dass alle Beitragszahler zu einer ausreichenden und gesicherten Altenpflegeausbildung beitragen würden. Dies würde eine ausreichende Anzahl an Ausbildungsplätzen sicherstellen, in Relation zum Umlageverfahren auch die Verwaltungskosten erheblich reduzieren, eine Beschneidung der Ressourcen und Leistungen der pflegebedürftigen Menschen verhindern sowie die Ausbildungsbereitschaft und die Attraktivität des Altenpflegeberufes erhöhen.

Voraussetzung für eine Fondslösung, die direkt über den Ausgleichsfonds finanziert wird, ist eine Bedarfsplanung zur Festlegung der erforderlichen Anzahl der Ausbildungsplätze. Diese müsste zeitgleich gesetzlich verankert werden.

Bemessungsgrundsätze – Härtefallregelung (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-Reg-E)

Der Gesetzentwurf definiert damit erstmalig einen gesonderten Pflegesatz für sogenannte Härtefälle. Damit sind stationäre Einrichtungen legitimiert, einen erhöhten Pflegesatz für „Härtefälle“ zu berechnen, der auch von den Sozialhilfeträgern gezahlt werden muss. Die Einführung der sogenannten Härtefälle als eigene vierte Pflegeklasse entspricht einer langjährigen Forderung des Diakonischen Werks der EKD. Die Differenz zwischen der Leistungspauschale, zwischen der Pflegestufe III (zum 01.07.2008) und dem Härtefall beträgt monatlich 280,00 €. Das bedeutet, dass für sogenannte „Härtefälle“ der in der Pflegestufe III vereinbarte pflegetägliche Pflegesatz um 9,20 € (280:30,42) erhöht wird.

Im Jahre 2003 betrug der durchschnittliche Pflegesatz für Pflege in der Pflegestufe III in den alten Bundesländern 69,14 € (neue Bundesländer 58,68 €). Gegenüber der Pflegestufe II war das ein Unterschiedsbetrag von 14,73 € (alte Bundesländer) bzw. 14,66 € (neue Bundesländer)³. Gegenüber den Unterschiedsbeträgen der Pflegesätze in Pflegestufe I und II, der ähnlich hoch ist, sowie zwischen den Pflegestufen II und III ist der vorgesehene Unterschiedsbetrag zwischen Pflegestufe III und „Härtefall“ nicht angemessen. Berücksichtigt man die hohen pflegerischen Anforderungen, die das SGB XI an eine Einstufung als „Härtefall“ stellt, so deckt der Aufstockungsbetrag in § 84 Abs. 2 SGB XI nicht den pflegerischen Mehraufwand.

Das bedeutet, dass dem Satz 4 des § 84 Abs. 2 SGB XI („Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“) nicht entsprochen wird. Es liegt kein nachvollziehbarer Grund vor, warum die Pflegesatzregelungen zum „Härtefall“ nicht in das reguläre Pflegesatzverfahren nach § 85 SGB XI einbezogen werden und in den Zuständigkeitsbereich der Vertragspartner des Pflegesatzverfahrens fallen sollen. Eine gesetzlich regulierte Entgeltfestsetzung ist ein Systembruch, für den keine Notwendigkeit besteht.

Bemessungsgrundsätze – Externer Vergleich (§ 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI-Reg-E)

Satz 7 des § 84 Abs. 2 SGB XI-Reg-E bezieht den sogenannten „externen Vergleich“ des BSG-Urteils vom 14. Dezember 2000 in das SGB XI ein. Allerdings schränkt § 84 SGB XI-Reg-E den Anwendungsbereich des externen Vergleichs ein, indem er Anforderungen an die Vergleichbarkeit der Einrichtungen stellt. Damit wird eine Forderung des Diakonischen Werks der EKD aufgegriffen. Jedoch gehen die Anforderungen an die Vergleichbarkeit von Einrichtungen nicht weit genug. Insbesondere eine Tarifbindung des Einrichtungsträgers nennt das Gesetz nicht als Vergleichsmerkmal. Dies ist jedoch zwingend notwendig, um die Besonderheiten von tarifgebundenen Einrichtungen gebührend zu berücksichtigen. Zur Sicherstellung der qualitativen Rahmenbedingungen der Pflegeleistungserbringung ist die Refinanzierung der Personalausstattung maßgeblich. Die ethisch-weltanschauliche Ausrichtung als Qualitätsmerkmal diakonischer Einrichtungen ist vor allem auch über deren Tarifbindungen verankert, welche traditionell eng an denen des öffentlichen Dienstes orientiert sind. Gerade auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung muss die tarifliche Bindung der Einrichtung als Vergleichsmerkmal berücksichtigt werden und deshalb in den Gesetztext aufgenommen werden.

Bemerkenswert erscheint, dass es sich um eine „Kann-Bestimmung“ handelt, die den an der Pflegesatzvereinbarung Beteiligten nach diesem Wortlaut die Anwendung des externen Vergleichs nicht aufzwingt. Die derzeitige Anwendungspraxis in den Bundesländern ist unterschiedlich, so dass in einzelnen Bundesländern einseitig Vergleichskriterien von einer Vertragspartei vorgegeben werden und selbst im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen keine Transparenz hergestellt wird, ob und inwieweit die Pflegeeinrichtungen, die einseitig als Vergleichsmaßstab herangezogen werden, tatsächlich vergleichbar sind. Die Änderung in der Begründung zum Gesetzwurf trifft hierzu eine klare Aussage, der zufolge „die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung erkannten Grundsätze und Maßstäbe nicht gegen den Willen einer Vertragspartei, sondern nur noch auf gemeinsamen Wunsch aller Vertragsparteien zur Anwendung kommen dürfen.“ Das Diakonische

³ Vgl. BMGS: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin, 2004. S.126

Werk der EKD begrüßt die Absicht, die Umsetzung des externen Vergleiches als einvernehmliche Aufgabe der Vertragsparteien vorzusehen und sieht zur Zielerreichung die Notwendigkeit, dieses Einvernehmen auch in den Gesetzestext aufzunehmen.

Der nach § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB XI-Reg-E eingefügte Satz könnte lauten: *„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können auf gemeinsamen Wunsch der Vertragsparteien die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe und ihren tariflichen Bindungen bzw. Verpflichtungen sowie hinsichtlich der in § 84 Abs. 5 SGB XI genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.“*

Regelungen zur Ausstattung mit Verbrauchsgütern in den Pflegesatzvereinbarungen/ Korrespondierende Regelung in den Landesrahmenverträgen (§ 84 Abs. 5 SGB XI-Reg-E und § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI-Reg-E

Abweichend vom Referentenentwurf soll nach dem Kabinettsentwurf im § 84 Abs. 5 und 6 SGB XI in der Pflegesatzverhandlung nicht mehr die Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln sowie die sächliche Ausstattung geregelt, sondern es sollen die Art und der Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern vereinbart werden. Die Streichung der Vereinbarung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln ist ausdrücklich zu begrüßen. Pflegehilfsmittel, die keine Verbrauchsgüter sind, dürfen nicht in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden, sondern sind entweder Bestandteil der Fördermaßnahmen nach § 9 SGB XI oder es bedarf einer Vereinbarung zur Refinanzierung der Investitionskosten nach § 75 SGB XII. Der Anspruch auf Hilfsmittel ist ein individueller Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse und beide sind keine Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, auf die Vereinbarung von Hilfsmitteln und Investitionsgütern in der Pflegesatzvereinbarung zu verzichten. Allerdings gibt das Diakonische Werk der EKD zu bedenken, dass mit der avisierten Vereinbarung von Verbrauchsgütern in der Pflegesatzvereinbarung eine stärkere Differenzierung von Details in der Pflegesatzvereinbarung vorgesehen ist und deren bürokratischer Mehraufwand für die Pflegesatzparteien in keinem wirtschaftlichen Verhältnis zur Schaffung der Leistungstransparenz mehr steht. In den Pflegesatzverhandlungen ist unstreitig, dass Pflegeeinrichtungen alle Verbrauchsmaterialien, die zur Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflege, sozialer Betreuung und Unterkunft und Verpflegung notwendig sind, zur Verfügung stellen. In der Praxis werden Verbrauchsgüter über pauschale Ansätze zu den einzelnen Leistungsbereichen refinanziert. Eine detaillierte Auflistung nach Art und Umfang in der Vereinbarung ist nicht möglich und dient nicht der Schaffung von mehr Leistungstransparenz in der Vereinbarung. Diese stärkere Differenzierung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale ist bei wirtschaftlicher Abwägung vernachlässigbar und daher sollte § 84 Abs. 5 Satz 2 Ziffer 3 SGB XI-Reg-E ersatzlos gestrichen werden.

Neben der oben dargestellten Änderung des § 84 Abs. 5 SGB XI bedarf es einer Änderung des § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI. Neben der personellen Ausstattung sollen auch Maßstäbe und Grundsätze für eine sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vereinbart werden. Begründet wird dies in der Gesetzesbegründung mit der Erforderlichkeit, die Grundausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln zu regeln. Für die Rahmenverträge gelten die gleichen Aussagen wie zur Pflegesatzvereinbarung. Vor diesem Hintergrund sollten im § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI die Worte *„und sächliche“* gestrichen werden. Diese Änderung ist zwingend notwendig, damit die Pflegesatzverhandlungen auf den Rahmenverträgen aufbauen können.

Bemessungsgrundsätze – Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5 und 6 SGB XI-Reg-E)

Der neue § 84 Abs. 5 SGB XI-Reg-E übernimmt nicht nur die Inhalte aus § 80a Abs. 2 SGB XI, sondern benennt auch neue Inhalte, die zukünftig Gegenstand der Verhandlungen sein werden. Hierzu gehört die personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen. Mit dem Wegfall der gesonderten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen will der Gesetzgeber die Pflegesatzparteien sowie Schiedsstellen und Gerichte von verzichtbarem bürokratischem Aufwand entlasten. Es ist

daher nicht nachvollziehbar, dass die personelle Ausstattung auch noch nach den Berufsgruppen unterteilt werden soll und somit zusätzlicher bürokratischer Aufwand geschaffen wird. Eine Vereinbarung der personellen Ausstattung ist für die Vergütungsfindung und für die Schaffung von der Transparenz der Leistungserbringung notwendig und in der alten Form ausreichend. Eine zusätzliche Vereinbarung der personellen Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, konterkariert die Absicht, unnötige Bürokratie abzubauen und ist abzulehnen.

Bemessungsgrundsätze – Regelungen zum Personal und Personalabgleich (§ 84 Abs. 6 SGB XI-Reg-E)

Die Regelungen im § 80a SGB XI zum Personal und zum Personalabgleich werden in den § 84 Abs. 6 SGB XI übernommen. Darüber hinaus sollen die Einzelheiten des Personalabgleichs in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI geregelt werden. Diese Ergänzung ist ausdrücklich zu begrüßen, da die Vertragspartner eine Vereinbarung über einheitliche Kontroll- und Bemessungsgrundsätze abschließen müssen. Eine solche Vereinbarung schützt vor Willkür, schafft Transparenz zwischen den Vertragspartnern und hilft somit Streitigkeiten zu vermeiden.

Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI-Reg-E) und der Vergütungsvereinbarung (§ 89 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI-Reg-E)

Durch die vorgesehenen Änderungen sollen zukünftig die für die Bewohner des Pflegeheims bzw. die für die vom Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständigen Sozialhilfeträger Vertragspartei der Pflegesatzvereinbarung und Vergütungsvereinbarung sein. In der Praxis kann das einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand allein zur Feststellung der jeweils zuständigen Vertragsparteien auslösen. In der Sozialhilfe wurde mit dem Ziel der Entbürokratisierung gerade erst mit der letzten Änderung des SGB XII in § 77 SGB XII eingeführt, dass Verträge mit dem örtliche zuständigen Sozialhilfeträger für alle anderen Sozialhilfeträger bindend sind.

Pflegesatzverfahren (§ 85 Abs. 6 SGB XI-Reg-E)

§ 85 Abs. 6 SGB XI-Reg-E verpflichtet die Schiedsstelle zu einer angemessenen Berücksichtigung der Interessen der Bewohner bei der Festlegung des Zeitpunkts, ab dem die Erhöhung wirksam wird. Die Gesetzesbegründung nennt als Ziel der Regelung einen Interessenausgleich zwischen Heimträger und schutzwürdigen Interessen von Bewohnern. In der Praxis kann dies zu einer weiteren Verzögerung der Erhöhung führen, die bereits durch Anrufung der Schiedsstelle hinausgezögert wurde. Die Interessen der Bewohner sind durch die heimrechtlichen Bestimmungen des Bundes, die den Träger zu einer frühzeitigen Ankündigung des Erhöhungsbegehrens verpflichten, ausreichend berücksichtigt, so dass kein hinreichender Grund für ein weiteres Hinauszögern der Entgelterhöhung zu erkennen ist. Für eine Änderung des SGB XI an dieser Stelle wird keine Notwendigkeit gesehen.

Beendigung des Heimvertrages (§ 87a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI-Reg-E)

§ 87a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI-Reg-E bekräftigt die bisherige Position des SGB XI zur Beendigung des Heimvertrages und bestimmt für Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, dass der Heimvertrag mit dem Tag des Auszugs oder des Todes des Bewohners endet. Das SGB XI erklärt nun ausdrücklich, dass die Regelungen des Heimgesetzes des Bundes (§ 8 Abs. 8 HeimG) und evtl. entsprechende nach der Föderalismusreform entstehende Landesvorschriften die Regelungen des SGB XI nicht modifizieren. Eine Anwendung der Bestimmung des § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI-Reg-E hätte zur Konsequenz, dass das Zimmer des Bewohners noch am Todestag von den Angehörigen zu räumen ist. Aus ethischen Gründen hat ein Mensch ein Recht, nach seinem Tode noch eine Weile in seiner Wohnung oder seinem Zimmer zu bleiben. Daher ist dies eine Regelung, die häufig auf Unverständnis und Ablehnung stößt und darüber hinaus den Angehörigen nicht zuzumuten ist. Durch die Gewährung einer angemessenen Auszugsfrist erbringen Einrichtungen häufig Leistungen, die nicht refinanziert werden. Das Diakonische Werk der EKD hat sich in der Diakonischen Positionierung zur Modernisierung des Heimrechts

entschieden dafür ausgesprochen, die Regelungen des Heimgesetzes des Bundes auch auf SGB XI- Einrichtungen anzuwenden. Dies würde den Angehörigen einen angemessenen Zeitraum geben, um den Nachlass zu ordnen. Die Zeit, die für das Herrichten des Zimmers benötigt wird, geht zu Lasten des Heimes und ist in der Regel in den Vereinbarungen zum Pflegeentgelt berücksichtigt. Die Regelungen des SGB XI sollten an die Regelungen des Heimgesetzes des Bundes angeglichen werden.

Berechnung und Zahlung des Heimentgeltes/ Abwesenheitsvergütung (§ 87a Abs. 1 Sätze 5 bis 7 SGB XI-Reg-E)

Die Vertragspartner konnten sich bisher partnerschaftlich auf Regelungen zur Vergütung von Abwesenheitszeiten verständigen. Eine detaillierte gesetzliche Vorgabe, die letztendlich nur noch in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI vereinbart werden muss, schränkt die Vertragsfreiheit der Selbstverwaltung ein und ist abzulehnen.

Anerkennungsbetrag für aktivierende und rehabilitative Pflege (§ 87a Abs. 4 SGB XI-Reg-E und § 40 Abs. 3 SGB V-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD spricht sich für unterstützende Anreize zur Umsetzung von Prävention und Rehabilitation und für eine entsprechende leistungsrechtliche Absicherung aus.

Die im Gesetzentwurf festgeschriebenen finanziellen Anreize, wonach die Pflegeeinrichtungen einen Geldbetrag erhalten, wenn pflegebedürftige Menschen durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft werden, sind als ein positives Signal in Richtung einer verantwortungsvollen und qualitätsorientierten Pflege anzusehen. Das Diakonische Werk der EKD mahnt jedoch an, die Regelungen so auszugestalten, dass das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht wird. Die Formulierungen im Gesetzentwurf lassen diesbezüglich viele Fragen offen. Ebenso ist zu befürchten, dass die vorgesehenen Regelungen zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand führen.

Es ist zu bezweifeln, dass die geplante Ausgleichszahlung der Krankenkassen an die Pflegekassen in Höhe von 1.536 €, ein wirklicher Anreiz dazu ist, dass die Krankenkassen ihre Pflichten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bzw. zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen vor oder während der Pflege künftig tatsächlich wahrnehmen werden und die dafür erforderlichen Versorgungsstrukturen fördern.

Die Kostenerstattungsregelung, die der Gesetzentwurf für das sogenannte Anreizmodell vorsieht, ist im Sinne der betroffenen Menschen nicht zielführend. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD sind hier vom SGB V getrennte Regelungen zu treffen.

Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI-Reg-E)

Das Ziel, wohnortnah die Angebote für pflegebedürftige Menschen besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen, wird vom Diakonischen Werk der EKD unterstützt. Ältere und/oder pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen haben erhebliche Informationsdefizite über das Angebot an professionellen und ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten und Leistungen. Ein nach wie vor stark segmentiertes Versorgungssystem erschwert ihnen die Zugänge zu notwendigen Angeboten und Leistungen.

Vor allem ältere Menschen mit einem Unterstützungsbedarf unterhalb der Pflegestufe I haben heute kaum Zugänge in das Versorgungssystem. Gerade die Leistungen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit können aber den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit erheblich hinauszögern, manchmal gar verhindern. Vielfach entsteht Pflegebedürftigkeit auch aus einer Mangel- bzw. Unterversorgung im hauswirtschaftlichen Bereich oder anderen Bereichen der Lebensführung. Wenn Menschen eine Pflegestufe haben, sind diese Zugänge oft bereits erheblich leichter.

Die Zielgruppen der Pflegestützpunkte müssen deshalb ältere Menschen mit Informations-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf unterhalb der Pflegestufe I, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige/ Personen des sozialen Umfeldes bilden.

Die im Gesetzentwurf angedachten Pflegestützpunkte sollten aus Sicht des Diakonischen Werks der EKD die zentralen Informations- und Anlaufstellen im Quartier für die Information, Beratung und Koordination sowie bei Bedarf für die konkrete Vermittlung von Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegeleistungen darstellen.

Als wohnortnahe Angebote sollten die sogenannten Pflegestützpunkte das Ziel verfolgen, umfassend über gesundheitsrelevante, spezielle pflegerrelevante, sozialpflegerische und niedrigschwellige Dienste, Einrichtungen und Leistungen trägerübergreifend und trägerneutral zu informieren und zu beraten, bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen zu vermitteln und die Kooperation der Leistungsanbieter und die Koordination ihrer Angebote in der Region zu fördern.

Diese Anforderungen können nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD aber durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht bzw. nur in minimalen Ansätzen eingelöst werden.

Die nun vorliegende Gesetzesformulierung einschließlich der Begründung lässt zu diesem neuen Strukturelement viele Fragen offen. Es ist letztlich nicht erkennbar, welche Aufgaben, die nicht den Pflegeberatern zugeordnet sind bzw. bereits von den Leistungserbringern erbracht werden, von den Pflegestützpunkten zu erbringen sind.

Sofern die Pflegestützpunkte umgesetzt werden sollten, sind folgende Anmerkungen zu berücksichtigen:

Den Begriff „Pflegestützpunkte“ hält das Diakonische Werk der EKD für problematisch, da er anderweitig als pflegerische Organisationsform besetzt ist; es sollte ein anderer gewählt werden. Um Missverständnissen vorzubeugen schlagen wir vor, ihn durch „Informations- und Anlaufstelle“ zu ersetzen.

Eine „Bereitstellung, Vernetzung und Abstimmung der Hilfen“ ist eine unter Marktgegebenheiten problematische Aufgabe der Pflegestützpunkte, sofern sie von einem Pflegestützpunkt in Trägerschaft eines Leistungsträgers ausgeübt wird. Bedauerlicher Weise wird aus den Erfahrungen aus einzelnen Ländern den beteiligten Pflegeeinrichtungen nicht immer die nötige Neutralität unterstellt. Das Konzept der Pflegestützpunkte muss unter der Prämisse einer neutralen und qualitätsgesicherten Arbeit stehen. Eine von bestimmten Leistungsträgern oder Leistungserbringern interessengeleitete Aufgabenwahrnehmung ist deshalb auszuschließen.

Die vorgesehenen Rollen von Pflege- und Krankenkassen lassen eine dominierende und steuernde Rolle dieser Leistungsträger befürchten, welche einer unabhängigen und primär klientenorientierten Arbeit entgegensteht; das ist umso bedeutender, als bei der Einrichtung der Pflegeberater (siehe § 7a) die gleiche Kritik erhoben werden muss.

Beim Aufbau der „Informations- und Anlaufstellen“ sind die regional bereits vorhandenen Netzwerke sowie die gegenwärtigen Angebots- und Dienstleistungsstrukturen - insbesondere die Sozialstationen - zu berücksichtigen. Die „Informations- und Anlaufstellen“ müssen eng mit allen bestehenden Angeboten zusammen arbeiten und dürfen keine Parallelangebote entwickeln oder in Konkurrenz zu den bereits vorhandenen Dienstleistungsanbietern treten. Die Pflegestützpunkte müssen deshalb dergestalt konzipiert und organisiert sein, dass alle regionalen Leistungsträger und Anbieter freiwilliger und professioneller sozialer Dienstleistungen mit der Stelle und untereinander kooperieren können. Pflegestützpunkte können nur dann in den Bereichen Auskunft und Beratung sowie Vernetzung und Koordinierung positiv wirken, wenn sie vor Ort akzeptiert sind. Deshalb sind klare Abstimmungsverfahren zu beschreiben, die eine allseitige Beteiligung sicherstellen und Vorbehalte minimieren. Über die Inhalte und Formen der Zusammenarbeit sind vor Ort allseits verbindliche Vereinbarungen und Regelungen zu treffen. Dies kann in Form trägerübergreifender Verbünde bzw. von Trägernetzwerken auf örtlicher Ebene geschehen.

Um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte durchaus auf bereits vorhandene und differenzierte Strukturen in den Ländern zurückgegriffen werden. Die in Rheinland-Pfalz bestehenden BEKO- Stellen bilden dabei ein Best-Practice-Beispiel, das durchaus auch als Modell für andere Länder dienen kann.

Damit die Arbeit der Pflegestützpunkte gelingen kann, ist es wichtig, dass tatsächlich auf die regionalen Besonderheiten Rücksicht genommen wird und die Pflegestützpunkte auf der Basis der jeweiligen bisherigen Erfahrungen mit Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinierungsstellen aufgebaut werden können. Grundsätzlich ist zu solchen neuen Strukturelementen zu fordern, dass die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung wesentlich stärker in die Verantwortung der Länder und

dann der Kommunen gelegt wird, damit so die bisher entwickelten Strukturen einbezogen werden können.

Des Weiteren werden die vorhandenen Beratungsstrukturen und -kompetenzen nicht ausreichend berücksichtigt: die Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI und die Beratung und Schulung in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI. Diese Strukturen sind in die Konzeption der Pflegestützpunkte mit einzubeziehen.

Die vorliegende Gesetzesformulierung kann im Hinblick auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI-Reg-E und die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen für Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung und den Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften durchaus dahingehend interpretiert werden, dass die Pflegestützpunkte selbst Leistungen anbieten bzw. bestimmte Leistungsformen präferieren. Dies kann und darf nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD nicht zu den Aufgaben eines Pflegestützpunktes gehören. Die Leistungserbringung, die Qualifizierung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern und die bevorzugte Vermittlung von (nicht qualitätsgesicherten) Angeboten bilden keine Aufgaben der Pflegestützpunkte. Sie sind strikt von der strukturellen Ebene zu trennen.

Des Weiteren müssten die Anspruchsvoraussetzungen verändert bzw. präzisiert werden. Es darf kein kriteriengesteuerter Zugang des Klientels anhand von Diagnosen oder in Anbindung an leistungsrechtliche Voraussetzungen (z.B. Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI oder des Alters) erfolgen.

Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD fehlt eine ausreichende bzw. nachhaltige Finanzierungsgrundlage. Die Förderung i. H. v. 45.000 € für den Zeitraum bis 30.06.2011 und die laufende Finanzierung durch die beteiligten Träger sind klarer und v. a. länderübergreifend zu beschreiben, weil ansonsten die Ausgestaltung der Stellen in einer arbeitsfähigen Größe von der jeweiligen landespolitischen Situation abhängig gemacht wird. Die Anschubfinanzierung von bis zu 50.000 € ist sicher zu begrüßen, sie stellt aber kein nachhaltiges Finanzierungskonzept dar. Für die Zeit nach der Förderphase ist bereits bei Einrichtung der Stelle zwingend die Anschlussfinanzierung verbindlich mit den Beteiligten zu sichern.

Das Diakonische Werk der EKD vermisst Aussagen zur Qualifikation des dort einzusetzenden Personals. Hierzu finden sich in der Begründung zum Gesetzentwurf auf S. 184 f lediglich kryptische Hinweise: *„Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten- und Leistungsträger kompetente Mitarbeiter in die Pflegestützpunkte entsenden, um die Aufgaben dort zu bewältigen.“* und *„Darüber hinaus eröffnet die Auslagerung des entsprechenden Verwaltungsverfahrens vom zuständigen Kostenträger in den Pflegestützpunkt die Möglichkeit, das beim Kostenträger aufgrund der Verlagerung nicht mehr benötigte Personal im Pflegestützpunkt einzusetzen.“* Auch hier gibt es deutlichen Nachbesserungsbedarf.

Das Diakonische Werk der EKD hat erhebliche Zweifel, ob das Ziel, wohnortnah die Angebote für pflegebedürftige Menschen besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, mit den im Gesetzentwurf geplanten Regelungen wirksam umgesetzt werden kann. Deshalb ist zu prüfen, ob nicht auch eine Gutscheinregelung mit dezidierten Leistungs- und Qualitätsbeschreibungen eine für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen zielführendere Alternative wäre. Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD sollten die Gutscheine/Beratungsschecks bei den anerkannten regionalen Beratungsstellen, den Verbraucherzentralen, den Pflegeeinrichtungen und -diensten eingelöst werden können. Neben den Leistungsinhalten und der Qualitätsbeschreibung müsste auch geklärt werden, wer den Gutschein ausstellt, wer ihn wo einlösen kann, wer den Gutschein bezahlt und wie er monetär bewertet wird. Durch die Gutscheinelösung wären die Beratungsleistungen für die Hilfesuchenden und ihre Angehörigen verfügbar und sie könnten auch ihr Wahlrecht ausüben.

Akteneinsichtsrecht in der Privaten Pflegeversicherung (§ 110 Abs. 5 SGB XI-Reg-E)

§ 110 Abs. 5 SGB XI-Reg-E räumt den Privatversicherten ein Akteneinsichtsrecht ein. So haben nun endlich auch die Privatversicherten das gleiche Akteneinsichtsrecht bei ihrer Versicherung wie es die Sozialversicherten bei ihrer Kasse schon seit langem gehabt haben. Damit wird die Verbraucherposition nachhaltig gestärkt.

Qualitätssicherung - Grundsätzliche Einschätzung (§§ 112 bis 117 SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD unterstützt nachdrücklich alle Bestrebungen, die mehr Transparenz und eine Erhöhung der Qualität sowohl in der stationären, teilstationären, ambulanten als auch der häuslichen Pflege durch Angehörige und Ehrenamtliche zum Ziel haben. Aus diesem Grund begrüßen wir auch den in diesem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Ansatz zum Ausbau der Qualitätssicherung im Allgemeinen.

Die Einrichtungen und Dienste des Diakonischen Werks der EKD arbeiten seit vielen Jahren intensiv an der Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe und Pflege. Die Entwicklung des Diakonie-Siegels Pflege, welches angesichts sich weiter entwickelnder fachwissenschaftlicher Erkenntnisse einem kontinuierlichen Revisionsverfahren unterliegt, ist nur ein Beispiel dafür. Bisher fand diese Arbeit und deren Ergebnisse aber keine Anerkennung in der Rechtsetzung. Von daher wird begrüßt, dass der Gesetzgeber im vorliegenden Entwurf in den §§ 112 bis 115 SGB XI-Reg-E dem Prinzip der Selbstverantwortung der Träger für Qualitätsentwicklung einen gewissen Stellenwert einräumt und sie teilweise gleichwertig neben die Qualitätsprüfungen des MDK stellt.

Das Diakonische Werk der EKD interpretiert dies als einen ersten Schritt in die richtige Richtung: weg vom Prinzip extrinsisch motivierter Qualitätskontrolle der Leistungserbringer durch den Staat, bei dem die Leistungserbringer trotz intensiver Arbeit und Kompetenz in diesem Feld auf eine passive Rolle festgelegt wurden. Der Gesetzentwurf erkennt ansatzweise an, dass bestmögliche Qualitätsentwicklung aus den Einrichtungen heraus entwickelt werden muss, mit dem Blick auf das Wohlbefinden der Gepflegten und dem aktuellen fachwissenschaftlichen Stand. Für eine zukunftsorientierte Ausgestaltung der Regelungen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege muss auf diesem Weg weiter gearbeitet werden. Das Diakonische Werk der EKD bringt seine Kompetenz zu Fragen des Qualitätsmanagements und der Herstellung von Transparenz hier gerne ein. Es ist eine Aufgabe der nächsten Jahre, das Prinzip „Selbstverantwortung der Leistungserbringer für Qualität und Transparenz durch Veröffentlichung der Ergebnisse“ auszubauen.

Ein System der Qualitätsberichterstattung anhand konsentierter Indikatoren ermöglicht einen sehr aktuellen und vollständigen Überblick über den in den Einrichtungen erreichten Qualitätsstand. Ziel muss es langfristig sein, auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse Daten zur Pflegequalität zu erheben und die Ergebnisse nutzerfreundlich zu veröffentlichen. Diese Daten sind Grundlage des Qualitätscontrollings des Trägers. Bei Unterschreitung definierter Grenzwerte muss der Träger auf der Basis eines zu verabredenden Verfahrens sofort Maßnahmen ergreifen, deren Wirkungen selbstverständlich ebenfalls zeitnah nachzuweisen sind. Für ein solches System gilt es in den nächsten Jahren die Grundlagen zu schaffen. Mit dem Vorhaben der Erforschung und Konsentierung von Indikatoren für die Ergebnisqualität in der Pflege, welches insbesondere die Lebensqualität in den Fokus nimmt, hat die Freie Wohlfahrtspflege ihre Bereitschaft und ihr Engagement für eine sachlich orientierte Qualitätsberichterstattung im Interesse der Verbraucher deutlich gemacht.

Die Chancen einer zukunftsorientierten Gestaltung der Qualitätsentwicklung und Transparenz in der Altenhilfe und Pflege als einer gemeinsam zu bewältigenden Aufgabe stehen deutlich besser, wenn sie auf die Kompetenzen und Erfahrungen aller am Prozess Beteiligten rekurrieren. Der vorliegende Gesetzentwurf stellt einen wesentlichen Schritt in diese Richtung dar.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – Aufgaben der Vertragsparteien (§ 113 Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Die Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI-Reg-E (bislang § 80 SGB XI) werden in § 113 Abs. 1 SGB XI-Reg-E konkretisiert. Diese Konkretisierung ist zu unterstützen. Die Festlegungen in § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 SGB XI-Reg-E bilden die Grundlage für die Anerkennung der von den Leistungserbringern selbst initiierten Prüfungen und sind von daher nur zu begrüßen.

Nach § 113 SGB XI-Reg-E sollen die Verbände der Leistungsträger und der Leistungserbringer gemeinsam und einheitlich Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität festlegen. Daran beteiligt werden der MDS, der PKV-Verband, die Bundesverbände der Pflegeberufe, Selbsthilfeorganisationen und Sachverständige. Diese Vereinbarungen werden unmittelbar verbindlich und damit für die Pflegeeinrichtungen in Deutschland zwingendes Recht sein. Das Diakonische Werk der EKD sieht gerade an dieser Stelle den Zusammenhang von Leistung, Qualität und Vergütung noch nicht ausreichend herausgestellt. Leistung und Qualität müssen auch angemessen bezahlt werden. Schon in der Begründung des PQsG hatte es geheißen: „Die vergütungsrechtliche Konsequenz aus dieser Regelung ist, dass die Leistungs- und Qualitätsanforderungen, die das Gesetz an eine Pflegeeinrichtung stellt, ihr auch bezahlt werden müssen“. Folglich sollte § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI wie folgt gefasst werden: *„Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich und bei allen Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB XI zu berücksichtigen.“*

Der Gesetzentwurf ordnet die Inhalte des bisherigen § 80 SGB XI dem Kapitel über die Qualitätssicherung (§ 112 ff. SGB XI-Reg-E) zu. Mit der Neuordnung des bisherigen § 80 SGB XI in § 113 SGB XI-Reg-E soll die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in einem engen Zusammenhang mit den weiteren Vorschriften der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gestellt werden. Das Diakonische Werk der EKD weist jedoch darauf hin, dass es bislang versäumt wurde, die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI-Reg-E inhaltlich mit den Qualitätsprüfungsrichtlinien (§ 114a Abs. 7 SGB XI-Reg-E) zu verknüpfen. Dies ist sowohl im Gesetzeswortlaut wie in der Gesetzesbegründung nachzuholen.

Die Qualitätsvereinbarung gemäß § 113 SGB XI-Reg-E und ihre Schlüsselfunktion bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verlieren deutlich an Relevanz, wenn die Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDS weitergehende und andere Anforderungen für Qualitätsprüfungen durch die MDK definieren. Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass das Verfahren der Qualitätsprüfungen auf den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gem. § 113 SGB XI-Reg-E beruht. Die Festlegung der Inhalte und die methodischen Anforderungen an die Richtlinien über das Prüfverfahren sind in § 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI-Reg-E als neue Nr. 4 aufzunehmen.

Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI-Reg-E)

Mit der Regelung im § 113a SGB XI-Reg-E wird die Entwicklung und Aktualisierung sowie das Inkraft-Setzen von Expertenstandards auf eine rechtliche Grundlage gestellt. Die Aufgabe, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu beschließen, wird zukünftig den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI-Reg-E übertragen werden. Dies ist nachdrücklich zu unterstützen. Hierbei ist von besonderem Vorteil, dass die Ergebnisqualität bezogen auf einen Expertenstandard erfassbar und darstellbar ist und auch hier eine durch die Selbstverwaltung mit zu gestaltende Darstellung von Ergebnisqualität ermöglicht wird. Eine ausreichende Beteiligung der Praxis bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ist eine wichtige Voraussetzung. Bei der Umsetzung der Expertenstandards ist darauf zu achten, dass die Pflegeeinrichtungen Zeit und Gestaltungsräume für die Umsetzung brauchen, um die Expertenstandards zu implementieren und in ihre konzeptionelle Ausrichtung zielgruppenbezogen einzubetten. Deshalb sind auch Übergangsfristen für die Umsetzung zu vereinbaren. § 113a Abs. 1 Satz 1 SGB XI-Reg-E muss deshalb folgendermaßen erweitert werden: „Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung

wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege, *die Übergangsfristen zur Einführung sowie die Erarbeitung von Implementierungshilfen für die Praxis* sicher“. § 113a Abs.1 Satz 4 SGB XI-Reg-E muss des Weiteren um den Halbsatz ergänzt werden: „*welche gemeinsam und einheitlich zustande kommen*“. Daneben ist § 113a Abs. 3 Satz 2 SGB XI-Reg-E wie folgt zu ändern: „Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen *nach den in § 113a Abs. 1 Satz 1* geregelten Übergangsfristen verbindlich.“

Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI-Reg-E)

Die Einführung einer Schiedsstelle Qualitätssicherung auf der Bundesebene wird ausdrücklich begrüßt, auch aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit. Die Regelung soll dazu dienen, etwaige Konflikte zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI-Reg-E ziel- und ergebnisorientiert zu beenden, und zwar sowohl im Hinblick auf den Inhalt der Vereinbarung über Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität als auch bezogen auf die Erarbeitung und Beschlussfassungen zu den Expertenstandards.

Unter Gesichtspunkten von Rechtssicherheit und Rechtsklarheit ist indes die Regelung zu kritisieren, nach der Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle keine aufschiebende Wirkung haben sollen. Das bedeutet, dass alle Entscheidungen der Schiedsstelle sofort vollziehbar und weitgehend durch alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland umzusetzen sind. Nach einiger Zeit kann sich jedoch als Ergebnis eines Rechtsstreits ergeben, dass die Entscheidungen rechtswidrig gewesen sind. Die daraus resultierenden Unsicherheiten gebieten, dass der rechtsstaatliche Grundsatz, dass Rechtsmittel gegen eine staatliche Entscheidung zur Aussetzung der Wirksamkeit der Entscheidung führen, Geltung erfährt. Weniger Eile dürfte hier für alle zu besseren Ergebnissen führen.

Qualitätsprüfungen (§ 114 Abs. 3 und Abs. 4 SGB XI-Reg-E)

§ 114 Abs. 3 SGB XI-Reg-E regelt, wie Ergebnisse von Qualitätsnachweisen aus anderen Prüfungsverfahren gleichwertig zu den diejenigen des MDK anerkannt werden können. Die Möglichkeit, die Ergebnisse von Heimbegehungen durch die Pflegekassen anzuerkennen, dient unserer Ansicht nach dem positiven Aspekt des Abbaus von Doppelprüfungen und der Entbürokratisierung. Des Weiteren eröffnet die geplante Neuregelung die Möglichkeit, Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen, die auf Veranlassung der Pflegeeinrichtung oder des Dienstes getätigt wurden, als gleichwertig mit von den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßig vorzusehenden Prüfungen anzuerkennen, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Es ist sehr zu begrüßen, dass der Selbstverantwortung der Träger für Qualitätsentwicklung nun auch gesetzgeberisch ein gewisser Stellenwert beigemessen wird. Branchenübergreifende Studien, die im Vergleich zu den Ergebnissen des MDS repräsentativ sind, zeigen, dass Unternehmen mit guten Ergebnissen überdurchschnittlich häufig zertifiziert sind⁴. Es gilt hierbei außerdem zu differenzieren, inwieweit der Prüfprozess im Rahmen einer Zertifizierung auch pflegfachliche Inhalte umfasst. Das Diakonie-Siegel Pflege z.B. stellt ein integriertes Zertifizierungsverfahren dar, d.h., es werden Anforderungen der DIN EN ISO 9001 sowie Anforderungen aus pflegfachlicher Perspektive geprüft.

Durchführung der Qualitätsprüfungen- Beteiligung von Nutzern (§ 114a Abs. 3 SGB XI-Reg-E)

§ 114a Abs. 3 SGB XI-Reg-E regelt die Inaugenscheinnahme von Nutzern durch den MDK. Eine Regelung dieser sensiblen Prüfungssituation durch den Gesetzgeber ist zu begrüßen. Wünschenswert wäre allerdings eine Stärkung der Rechte der pflegebedürftigen Menschen gegenüber den Prüfern des MDK. So sollte über ein Verweigerungsrecht des Patienten/Bewohner hinaus der MDK verpflichtet werden, dem pflegebedürftigen Menschen Sinn und Zweck des Verfahrens sowie die einzelnen Untersuchungsschritte im Voraus verständlich zu erläutern. Nur so wird der pflegebedürftige Mensch in die Lage versetzt, sein Selbstbestimmungsrecht auszuüben.

⁴ Z. B. die ExBa-Studien zur Excellence (www.exba.de)

Prüfarten und Anmeldung von Prüfungen (§ 114a Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen zukünftig unangemeldet durchzuführen sind. Regel- sowie Vergleichsprüfungen können auch angemeldet durchgeführt werden. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD kann hier auf eine diesbezügliche Regelung auf der Bundesebene verzichtet werden, da sich die bisher in den Ländern ausgeübte Praxis bewährt hat.

Beteiligung der Verbände der BAG FW an der QPR (§ 114a Abs. 7 SGB XI-Reg-E)

Eine Festschreibung der Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114 SGB XI, die nur von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen beschlossen wird, ist nicht zielführend. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD sind auch die Inhalte und die methodischen Anforderungen an die Richtlinien über die Qualitätsprüfungen des MDK gemeinsam und einheitlich unter den Vertragspartnern nach § 113 zu vereinbaren. Dies entspricht auch der gemeinsamen Qualitätsverantwortung der Vertragsparteien.

Die jetzt vorgesehene gesetzliche Verankerung einer Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege an den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (QPR) stellt eine Weiterentwicklung der gegenwärtigen Regelungen dar. Eine Beteiligung bildet aber gegenüber einer Vereinbarungslösung nur die zweitbeste Alternative. Im Rahmen einer Beteiligung müsste zumindest geregelt werden, dass nicht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege als *eine* Institution beteiligt wird, sondern die einzelnen Verbände der BAG FW. Unabhängig davon ist die einzige sachgerechte Lösung – wie unter § 113 SGB XI-Reg-E dargestellt – die Vereinbarung der Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität durch die Vertragspartner nach § 113 SGB XI-Reg-E.

Des Weiteren ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der MDS gesetzlich zu verpflichten, die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI-Reg-E regelmäßig über ihre aktuellen Vorhaben, Entwicklungen und Veröffentlichungen im Bereich der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen zeitnah zu informieren. Nur so sind die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI-Reg-E in der Lage, ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahrzunehmen.

Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 115 Abs. 1a SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD unterstützt nachdrücklich die Forderung nach einer Erhöhung der Transparenz der Qualität in der Pflege. Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeeinrichtungen haben schon aus Verbraucherschutzrechtlichen Gründen einen Anspruch darauf, sich von den Leistungen und deren Qualität der jeweiligen Einrichtung ein Bild machen zu können. Der Gesetzentwurf sieht eine Veröffentlichung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale vor. Hierbei ist zu begrüßen, dass diese sich auf verschiedene Quellen stützen sollen und zwar auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK, auf die Prüfergebnisse der Heimaufsichtsbehörden, auf die Ergebnisse von nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren und auf die Ergebnisse von Prüfungen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurden und als gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 SGB XI-Reg-E. anerkannt sind. Zusätzlich können auch Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität darstellen, berücksichtigt werden. Mit Nachdruck zu unterstützen ist, dass die Veröffentlichung in einer für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen verständlichen, vergleichbaren und übersichtlichen Form erfolgen soll.

Es wird positiv bewertet, dass neben der Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK auch andere durch Prüfverfahren der Leistungserbringer gewonnene Informationen auf-

genommen werden sollen. Hiermit greift der Gesetzgeber das Interesse der Leistungserbringer auf, auch die Daten in die öffentliche Darstellung einzubringen, die ihrer Erfahrung nach von Interesse für die Nutzerinnen und Nutzer sind. Diese Regelung spricht für die Anerkennung der Qualitätsverantwortung und Kompetenz der Leistungserbringer durch den Gesetzgeber.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die gesetzliche Verankerung, dass die Kriterien der Veröffentlichung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände unter Beteiligung des MDS, der Selbsthilfeorganisationen, der Verbraucherorganisationen und der Verbände für Pflegeberufe zu vereinbaren sind. Hierdurch wird auch die gemeinsame Qualitätsverantwortung betont.

Menschen mit Behinderungen und Leistungen des SGB XI (§§ 43a und 35a SGB XI)

Der allgemeine Teil der Begründung sieht die Reform der Pflegeversicherung als Teil des Gesamtkonzeptes der Bundesregierung zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen an. Die Aussage eines Gesamtkonzeptes steht im Widerspruch zu den vorliegenden Einzelregelungen der Reform für den Personenkreis der Menschen mit Behinderungen. Notwendige Änderungen bezogen auf die §§ 43a und 35a SGB XI wurden nicht entsprechend eingearbeitet. Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD sollten Menschen mit Behinderungen, die entsprechende Sozialversicherungsbeiträge entrichten, aufgrund individualrechtlich erworbener Ansprüche vollumfänglich Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen können. Die jeweiligen Leistungen sind unabhängig vom Aufenthaltsort des behinderten Menschen bzw. der Frage der Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten zu erbringen. Für die Bemessung des Leistungsumfanges ist die Bindung bestimmter Leistungen an die Leistungsform (ambulant, teilstationär, stationär) aufzuheben. Die Leistungen sollten daher unabhängig vom Aufenthaltsort gewährt werden. Die Pflegeleistungen des § 43a SGB XI müssen deshalb entsprechend angepasst werden.

Des Weiteren spricht sich das Diakonische Werk der EKD für eine Änderung der derzeitigen Regelung des § 35a Satz 1 SGB XI, der die Einbeziehung von Pflegesachleistungen im trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX ausschließlich in Form von Gutscheinen ermöglicht, derart aus, dass auch die Pflegesachleistung in voller Höhe als Geldleistung budgetfähig wird, wenn gewährleistet ist, dass die Budgetleistung durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen erbracht wird.

Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V-Reg-E)

Der im GKV-WSG eingeführte Anspruch auf Versorgungsmanagement wird durch die Beschreibung der Qualifikation des zuständigen Personals sowie der Abläufe konkretisiert. Inhaltlich wird qualifizierten Pflegefachkräften in den Krankenhäusern eine Schlüsselstellung zugewiesen. Sie sollen das Versorgungsmanagement in Zusammenarbeit mit anderen (z.B. Krankenhausärzten, Pflegeberater etc.) koordinieren. Damit wird in einem immer wieder aufflammenden Kompetenzstreit zwischen Pflege und Sozialdienst des Krankenhauses ersterer die wichtigere Stellung eingeräumt. Die Vorschrift gilt analog auch für Rehabilitationseinrichtungen. Außerdem werden die Krankenkassen ebenfalls verpflichtet; dies entspricht in etwa den Änderungsempfehlungen des Bundesrats zum GKV-WSG. In der Gesetzesformulierung ist ein Versehen zu korrigieren. Es ist dort vom „sozialen Dienst der jeweiligen Krankenkasse“ die Rede, gemeint ist aber (siehe Begründung), der soziale Dienst des jeweiligen Krankenhauses. Bewertung: Die politische Aufmerksamkeit für die Thematik der Versorgungskontinuität ist an sich zu begrüßen. Ob allerdings die Qualifikations- und Verfahrensregelungen an dieser Stelle (vgl. die §§ 112 und 115 SGB V) sachdienlich sind und überhaupt gesetzlich geregelt werden müssen, ist zu bezweifeln.

Modellvorhaben zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte (§ 63 Abs. 3b und Abs. 3c SGB V-Reg-E)

Die Modellvorhaben nach § 63 SGB V-Reg-E dienen dazu, in einem Zeitraum von maximal acht Jahren neue Versorgungsformen zu erproben. Die Neuregelung soll die Möglichkeit eröffnen, dass Pflegefachkräfte in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und Abs. 3c SGB V-Reg-E in der gesetzlichen Krankenversicherung einzelne bisher allein von Ärzten zu verordnende Leistungen selbst verordnen sowie selbstständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer übernehmen. Der Absatz 3c sieht vor, dass im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V-Reg-E bestimmte ärztliche Leistungen von Krankenpflegekräften und Altenpflegekräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Die Regelungen sind prinzipiell zu begrüßen, da sie es erlauben, eine bedarfsgerechtere und im Ablauf erleichternde Erbringung von Pflegeleistungen im Modellversuch zu erproben.

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

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V-Reg-E)

Der neue Paragraph sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen zur Einstellung eines Arztes ermächtigt werden, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bewohner nicht durch niedergelassene Ärzte – auch in verschiedenen besonderen Versorgungsformen (§§ 73b, 73c, 140a SGB V) – sichergestellt werden kann. Der angestellte Arzt muss ins Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet sein; er unterliegt in seinen ärztlichen Entscheidungen nicht den Weisungen von Nicht-ärzten. Die Einrichtung wird durch die Anstellung eines Arztes nicht zur ärztlich geleiteten Einrichtung. Die Entscheidung über die Ermächtigung einer Einrichtung trifft der Zulassungsausschuss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Voraussetzung für die Ermächtigung ist nicht die Unterversorgung mit Ärzten, sondern nur der Nachweis, dass die Versorgung der in der Pflegeeinrichtung lebenden Versicherten nicht sichergestellt ist (analog zu §119a SGB V). Nach Auffassung des Diakonischen Werks der EKD wird der angestellte ermächtigte Arzt im Heim die Ausnahme bleiben. Da seine Vergütung über das Budget der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert wird, wird diese vorrangig eine Versorgung der Heimbewohner durch niedergelassene Ärzte anstreben. Für eine sehr restriktive Praxis sprechen auch die Erfahrungen mit dem § 119a SGB V (Ambulante ärztliche Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe). Im Gesetzentwurf sind zudem die besonderen Versorgungsformen genannt, die der Sicherstellung dienen sollen, bevor die Ermächtigung eines angestellten Arztes in Frage kommt. Des Weiteren ist Voraussetzung für die Ermächtigung eine geriatrische Fortbildung. Die Regelung ist also als ein im Umfang sehr begrenztes zusätzliches Handlungsinstrument und deshalb nur unter Vorbehalt zu begrüßen. Die ärztliche Versorgung von Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, stellt ein facettenreiches Thema dar. Verschiedene Ansätze zu ihrer Verbesserung hat das Diakonische Werk der EKD erarbeitet und in der Handreichung „ärztliche Versorgung im Pflegeheim“ Mitte dieses Jahres veröffentlicht.⁵

Zu befürchten ist des Weiteren, dass die Regelung Erwartungen bei Bewohnern und Angehörigen aufkommen lässt oder gar schafft, dass dem Heim eine allumfassende Gesamtverantwortung für den Bewohner zukommt. Eine praktisch nicht vorhandene ärztliche Versorgung in einer Einrichtung würde mit dieser Regelung noch viel stärker in den Verantwortungsbereich der Einrichtung fallen als dies ohnehin bereits jetzt der Fall ist. Dabei liegt der nachweislich seit Jahren nicht erfüllte Sicherstellungsauftrag dafür bei Krankenkassen und Ärzteschaft.

⁵ Diakonisches Werk der EKD: *Ärztliche Versorgung im Pflegeheim*. Stuttgart, 2007.
(http://www.diakonie.de/de/html/fachforum/4243_5250.html)

Pflegezeitgesetz (Artikel 3 und §§ 44 bis 44a SGB XI-Reg-E)

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die angedachte Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer plötzlich aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Das Pflegezeitgesetz eröffnet Beschäftigten die Möglichkeit, die Vereinbarkeit von Beruf und familialer Pflege zu verbessern und es trägt - kombiniert mit verschiedenen anderen Maßnahmen und Leistungen - dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen durch nahe Angehörige in häuslicher Umgebung gepflegt werden können.

In die richtige Richtung gehen auch die vorgeschlagenen Maßnahmen zur sozialen Absicherung der pflegenden Angehörigen. Das Diakonische Werk der EKD hält jedoch die gegenwärtige soziale Absicherung in der Rentenversicherung für nicht ausreichend, da die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge von der Pflegestufe des pflegebedürftigen Menschen abhängt.

Das Diakonische Werk der EKD fordert seit langem, die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige unabhängig von der Pflegestufe zu gestalten und empfiehlt, wie bei der Elternzeit, auf das letzte Erwerbseinkommen vor Beginn der Pflegezeit abzustellen.

Die Absicherung pflegender Versicherter in der Arbeitslosenversicherung ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings ist die geplante Regelung über die Beitragszahlung in § 345 Nr. 8 SGB III-E zu kompliziert ausgestaltet. Anstelle einer eigenständigen Beitragszahlung für die gemäß § 3 Pflege-ZG-E ganz freigestellten Mitarbeiter vorzusehen, sollte auch für diese Personen § 130 SGB III-E Anwendung finden. Zudem erscheint der Bemessungssatz in § 345 Nr. 8 SGB III-E unangemessen niedrig. Hier spricht sich das DW EKD dafür aus, Versicherten in der Pflegezeit jedenfalls den gleichen Bemessungssatz wie für Zivildienstleistende zuzubilligen.

Das Diakonische Werk der EKD bedauert, dass mit dem Wegfall des § 44a Abs. 3 SGB XI eine Entscheidung gegen eine finanzielle Absicherung auch während der kurzfristigen Freistellung gefallen ist.

Wohlwissend, dass es sich hier um einen Einstieg in eine Neuregelung handelt, plädiert das Diakonische Werk der EKD dafür, dass Angehörige von sterbenden Menschen ohne Pflegestufe auf die Regelungen zu einer besseren Vereinbarkeit von Pflegearbeit/Sterbebegleitung und Erwerbstätigkeit zurückgreifen können.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung/ Freistellung (§ 2 Abs. 1 und 2 PflegeZG-E)

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt diese Regelung, die einen Anspruch auf eine kurzfristige Freistellung begründet, innerhalb derer sich die Beschäftigten um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern können. Gleichwohl lässt diese Regelung im Vergleich mit dem Referententwurf viele Fragen offen.

Nach Ansicht des Diakonischen Werks der EKD erweist sich die Formulierung, die auf eine „*akut aufgetretene* Pflegesituation“ abstellt, nach wie vor als sprachlich ungeeignet. Denn sie trägt der Entscheidungssituation, in der pflegende Angehörige und Pflegebedürftige die weitere Pflege sicherstellen müssen, nur ungenügend Rechnung. Anstatt auf eine „*akut aufgetretene* Pflegesituation“ abzustellen, erscheint eine „*plötzlich aufgetretene Pflegesituation*“ als Anknüpfungspunkt sinnvoller.

Des Weiteren bleibt unklar, in welchen Zeiträumen und für welchen Personenkreis der Anspruch auf zehntägige Freistellung besteht. Es sollte § 2 Abs. 1 PflegeZG-E geregelt werden, ob der Anspruch entweder *in jeder eintretenden Pflegesituation erneut entsteht* oder ob sich Beschäftigte *pro Kalenderjahr jeweils zehn Tage für die Pflege naher Angehöriger freistellen lassen* könnten.

Finanzielle Absicherung der Freistellung (§ 2 Abs. 3 PflegeZG-E)

Mit dem Wegfall des noch im Referentenentwurf vorgesehenen Pflegeunterstützungsgeldes gem. § 44a Abs. 3 SGB XI-E erübrigt sich auch in § 2 Abs. 3 PflegeZG-E der Verweis auf diese Leistung der Pflegekasse. § 2 Abs. 3 PflegeZG-E enthält damit nur noch den Hinweis, dass der Arbeitgeber aus dem PflegeZG-E selbst zu keiner Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

Dieser Restbestand einer Regelung entbehrt jeden Sinns. Denn § 2 Abs. 3a PflegeZG-E besagt nur noch, dass sich ein Anspruch auf Lohnfortzahlung während der Freistellung nur aufgrund eines anderen Gesetzes nicht aber aus dem PflegeZG-E ergeben kann; ob es anderweitig eine solche Anspruchsgrundlage gibt, hat der Arbeitgeber selber zu klären. Zugleich führt auch der Verweis allein „auf gesetzliche Vorschriften oder Vereinbarungen“ in die Irre. Es ist letztlich die Aufgabe des Gesetzgebers, im vorliegenden Entwurf eine Verbindung zu bereits vorhandenen Anspruchsgrundlagen herzustellen. Dies wird besonders deutlich im Verhältnis zu § 616 Abs. 3 BGB, da weiterhin unklar ist, in welchem Umfang der Arbeitgeber bei einer „akut aufgetretenen Pflegesituation“ weiterhin Vergütung zu zahlen hat und ab wann der Anspruch auf Freistellung entsteht.

Das Diakonische Werk der EKD schlägt vor, den wenig hilfreichen § 2 Abs. 3 PflegeZG-E insgesamt zu streichen und stattdessen die Freistellung nach § 2 Abs. 1 PflegeZG-E in § 616 Abs. 3 BGB ausdrücklich als Situation zu benennen, in der eine Freistellung unter Fortzahlung der Vergütung möglich ist.

Pflegezeit allgemein (§ 3 PflegeZG-E)

Wir begrüßen die Einführung eines Anspruchs auf vollständige oder teilweise Freistellung, nach der die Beschäftigten ihr früheres Arbeitsverhältnis wieder aufnehmen können. Diese Regelung schafft einen Raum, in dem Beschäftigte eine Pflege ihrer Angehörigen organisieren können, die sowohl ihren als auch den Bedürfnissen der Angehörigen gerecht wird. Die Möglichkeit zu einer Pflegezeit verbessert zudem auch die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege.

Allerdings stellt sich die Frage, ob viele Personen die Höchstdauer der Pflegezeit werden ausschöpfen können. Solange nämlich während der Pflegezeit der Lebensunterhalt nicht annähernd sichergestellt bleibt, werden nur solche Beschäftigte eine unbezahlte, sechsmonatige Pflegezeit beantragen, deren Lebensunterhalt anderweitig abgesichert ist. Alternativ wäre an eine dreimonatige Pflegezeit zu denken, in der die pflegenden Angehörigen über ein an den Vorschlag des Referentenentwurfs angelehntes Pflegeunterstützungsgeld finanziell annähernd abgesichert wären. Ggf. kommt auch eine ergänzende Finanzierung dieses „Pflegeunterstützungsgeldes“ aus Steuermitteln in Betracht.

Pflegezeitgesetz – Kleinbetriebsklausel (§ 3 Abs. 1 PflegeZG-E)

Zugleich nimmt das Diakonische Werk der EKD bedauernd zur Kenntnis, dass der Kabinettsbeschluss an der Kleinbetriebsklausel als solcher nicht nur festhält sondern diese sogar auf 15 heraufsetzt. Das Diakonische Werk der EKD hat bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf Bedenken gegen diese Klausel vorgetragen. Die neue Regelung, die die Schwelle für den Zugang zu dieser Gestaltungsmöglichkeit sogar noch verschärft, gibt Anlass die bereits dargestellten Bedenken nochmals vorzutragen.

Üblicherweise dienen Kleinbetriebsklauseln dazu, Betrieben mit einer besonders geringen Mitarbeiterzahl die Beachtung von Schutz- und Fürsorgevorschriften zu erlassen, die sie im Vergleich zu mittleren und Großbetrieben unverhältnismäßig belasten würden oder die für die Gegebenheiten eines Kleinbetriebs nicht passen.

Insbesondere der Vergleich mit der Kleinbetriebsklausel in § 15 Abs. 7 BEEG spricht gegen die Angemessenheit der hier vorgesehenen Klausel. Denn zum einen bezieht sich die Regelung im BEEG *allein* auf die Fälle, in denen Mitarbeitende ihre Arbeitszeit reduzieren. In diesem Fall ent-

steht dem Arbeitgeber über längere Zeit hinweg die Notwendigkeit, entweder die Verteilung der Aufgaben zwischen den Elternzeitberechtigten und ihren Vertretern zu organisieren oder sich mit der reduzierten Arbeitsleistung der Mitarbeiter in Elternzeit abzufinden. Beides kann zu Schwierigkeiten führen, die sich in einem kleinen Betrieb auf die Dauer schwerer verkräften lassen als in einem mittleren oder großen Unternehmen. Anders als bei der Elternzeit ist der zeitliche Rahmen, in dem solche Schwierigkeiten bei der Pflegezeit auftreten, aber erheblich geringer. Die zulässige Höchstdauer einer Pflegezeit beträgt sechs Monate und damit allenfalls ein Fünftel einer voll ausgeschöpften Elternzeit. Zum anderen lässt das BEEG Mitarbeitern in Kleinbetrieben, für die eine Arbeitszeiteilung nicht in Betracht kommt, die Alternative, die Elternzeit in Form einer umfassenden Freistellung in Anspruch zu nehmen. Diese Alternative verweigert der PflegeZG-E pflegenden Angehörigen.

Es ist des Weiteren nicht ersichtlich, weshalb eine sechsmonatige vollständige Freistellung einen Kleinbetrieb unzumutbar belastet. Da das Gesetz dem Arbeitgeber gestattet, auch für diese kurze Zeit eine Vertretungskraft befristet einzustellen und sich im Falle einer vorzeitigen Rückkehr des pflegenden Mitarbeiters bzw. der pflegenden Mitarbeiterin auch wieder kurzfristig von der Vertretungskraft zu trennen (14tägige Kündigungsfrist gem. § 6 Abs. 3 PflegeZG-E), hält sich die Belastung des Arbeitgebers durch einen Ausfall in Grenzen. Sollte sich ein Pflegezeiter suchen im Extremfall für den Arbeitgeber doch außergewöhnlich belastend auswirken, erscheint es angemessener, dem Arbeitgeber ausnahmsweise bei dringlichen betrieblichen Interessen zu gestatten, ein Pflegezeiter suchen abzulehnen.

Während der Pflegezeit dürften solche Fälle eines überwiegenden betrieblichen Interesses allerdings selten sein. Die Kleinbetriebsklausel würde schließlich die Belange der Mitarbeitenden nicht zuletzt deshalb unangemessen einschränken, weil die Notwendigkeit, einen Angehörigen zu pflegen unabhängig davon eintritt, in welchen Betrieben die Pflegepersonen angestellt sind. Außerdem geht es für einen pflegenden Mitarbeiter hier auch weniger um die Gestaltung des eigenen Berufs- und Familienlebens als vielmehr um die Entscheidung, innerhalb der Familie in einer Notlage füreinander einzutreten. Dieses Eintreten für einander darf nicht an der Kleinbetriebsklausel scheitern.

Das Diakonische Werk der EKD bittet deshalb dringend darum, dieser Bereitschaft zur Pflege und den damit einhergehenden Belastungen, unabhängig von der Größe des Betriebes, in dem der jeweilige pflegende Angehörige arbeitet, Rechnung zu tragen und die hier gänzlich verfehlte Kleinbetriebsklausel aufzuheben.

Verlängerung der Pflegezeit (§ 4 Abs. 1 PflegeZG-E)

Wie bereits vorstehend dargelegt, lassen sich die Wertungen der Elternzeit keinesfalls widerspruchsfrei auf die Pflegezeit übertragen. Dies gilt auch für die Planbarkeit einer Pflegezeit. Während sich eine Elternzeit ziemlich genau planen lässt, lassen sich die möglichen Entwicklungen eines Krankheitsverlaufes, kaum im Voraus einschätzen. Von daher erscheint auch die Regelung des § 4 Abs. 1 PflegeZG-E problematisch, der die Verlängerung der Pflegezeit auf das gesetzlich eingeräumte Höchstmaß von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig macht.

Das Gesetz sollte hier den Belangen der pflegenden Angehörigen Rechnung tragen und diesen einen Anspruch auf Verlängerung bis zur Höchstdauer gewähren, der von der Zustimmung des Arbeitgebers unabhängig ist. Zudem wäre es zu begrüßen, wenn die Begründung darauf hinweisen könnte, dass nach Ablauf der maximal zulässigen Pflegezeit eine weitere Freistellung nach den allgemeinen arbeitsrechtlichen Regeln möglich ist, die dann aber an die Zustimmung des Arbeitgebers geknüpft ist.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit (§ 4 Abs. 2 PflegeZG-E)

Die Gründe für die vorzeitige Beendigung der Pflegezeit erscheinen begrifflich verfehlt. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „unmöglich“ und „unzumutbar“ sind nicht dazu geeignet, berechnete und schutzwürdige Belange der pflegenden Angehörigen zu beschreiben und die Lage interessenrechtlich zu regeln. Sie verkennen sowohl, wie stark die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen vom Eintreten füreinander geprägt sind als auch das Hintanstellen eigener Interessen, das die pflegenden Angehörigen damit in Kauf nehmen. Sinnvoller erscheint hier eine Formulierung, die generell darauf abstellt, dass der Arbeitnehmer die häusliche Pflege „aufgibt“. Eine solche Formulierung würde es dem pflegenden Mitarbeiter zudem – wie in Abs. 1 auch – erlauben, dem Arbeitgeber die in der Regel sehr persönlichen Gründe für das Aufgeben der Pflege darlegen zu müssen.

Definition der nahen Angehörigen (§ 7 Abs. 3 PflegeZG-E)

Das Diakonische Werk der EKD bedauert, dass auch der Gesetzentwurf es versäumt, in der Legaldefinition „naher Angehöriger“ diejenigen Personengruppen zu berücksichtigen, für die sich schon aus demographischen Gründen das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor allem verwirklichen dürfte. Gerade weil der Katalog aus § 7 Abs. 3 PflegeZG-E offenbar abschließend sein soll, erstaunt es, dass der Entwurf (möglicherweise in Anlehnung an das BEEG) nach wie vor in der absteigenden und nicht in der aufsteigenden Linie differenziert. So fehlt der Hinweis auf die Urgroßeltern-Generation; ebenso regen wir an, neben den Großeltern, Eltern und Schwiegereltern auch Onkel und Tanten bzw. Großonkel und -tanten zu berücksichtigen. Wenn man die Pflegezeit auf die Fälle naher Angehöriger beschränken will, sollte dies auch den Geschwistern der Eltern und Großeltern beziehungsweise den Eltern der Lebenspartner zugute kommen können.

Wegfall des Pflegeunterstützungsgeldes (§ 44a Abs. 3 SGB XI-REG-E)

Im Gesetzentwurf ist § 44a Abs. 3 SGB XI entfallen, der im Referentenentwurf mit dem Pflegeunterstützungsgeld eine finanzielle Absicherung während der kurzfristigen Freistellung nach § 2 PflegeZG-E vorgesehen hatte.

Das Diakonische Werk der EKD bedauert, dass mit dem Wegfall des § 44a Abs. 3 SGB XI grundsätzlich eine Entscheidung gegen eine finanzielle Absicherung auch während der kurzfristigen Freistellung gefallen ist. Gleichwohl sind wir der Ansicht, dass diese Absicherung eine bessere Form als den bisherigen § 44a Abs. 3 SGB XI-E finden sollte.

Das Diakonische Werk der EKD regt deshalb an, die finanzielle Absicherung während der Freistellung nach § 2 PflegeZG-E und insbesondere das Zusammentreffen mit Ansprüchen auf Fortzahlung der Vergütung nach dem Modell des § 45 SGB V zu regeln.

gez. Dr. Bernd Schlüter

15. Januar 2008