

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen tragen dazu bei, dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können, und sie helfen den Pflegebedürftigen und ihren Familien, die finanziellen Aufwendungen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, zu tragen.

Dennoch besteht Weiterentwicklungsbedarf in der Pflegeversicherung. Dazu sind inhaltliche Fortentwicklungen notwendig. So bedarf es etwa einer Antwort auf die Frage, wie der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen besser Berücksichtigung finden kann, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Darüber hinaus besteht eine der Hauptfragen bei der Fortentwicklung der Pflegeversicherung darin, wie eine Anpassung der seit Einführung unverändert gebliebenen Leistungen erfolgen soll. Schließlich ist es erforderlich, die Qualität der pflegerischen Versorgung weiter zu verbessern und die Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu stärken.

B. Lösung

Es gilt, die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten. Daher werden strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vorgenommen, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Rechnung tragen. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, sowie die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Diese Maßnahmen stärken den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen sollen. Schwerpunktmäßig sieht das Gesetz folgende Maßnahmen vor:

- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen

- erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte
- schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen
- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der so genannten Pflegestufe 0
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Leistungsdynamisierung
- Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich
- Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz
- Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
- Abbau von Schnittstellenproblemen, Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung
- Stärkung der Eigenvorsorge
- Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte
- Portabilität der Alterungsrückstellungen auch im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt in der sozialen Pflegeversicherung zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro. Da der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 angehoben wird, betragen die Mehreinnahmen im Jahr 2008 rund 1,3 Mrd. Euro. Die schrittweise Anhebung der Leistungsbeiträge, die Zusatzleistung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die Ausweitung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege, die Einführung der Pflegeberatung, die Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte, die Einführung einer Pflegezeit sowie die Anhebung der Vergütungssätze für häusliche Beratungseinsätze bei Bezug von Pflegegeld und die zusätzliche Förderung niedrigschwelliger Angebote sowie ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe im Pflegebereich führen im zweiten Halbjahr 2008 insgesamt zu Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung von rund 0,48 Mrd. Euro. 2009 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von 1,04 Mrd. Euro. In den Jahren 2010 bis 2012 steigen die jährlichen Mehrausgaben auf bis zu 2,2 Mrd. Euro. Ab 2015 führt die Dynamisierung der dann geltenden Leistungsbeträge zu weiteren Mehrausgaben. Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte können die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden. Entsprechend reicht der Beitragssatz bis Ende 2014/Anfang 2015 zur Finanzierung der Reformmaßnahmen aus.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz im zweiten Halbjahr 2008 Beitragsausfälle von rund 0,05 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von rund 0,1 Mrd. Euro.

Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz Beitragsausfälle von rund 0,03 Mrd. Euro jährlich (im zweiten Halbjahr 2008 rund 0,01 Mrd. Euro).

Aus der Inanspruchnahme der kurzfristigen Arbeitsfreistellung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit geringfügige Beitragsmindereinnahmen. Aus der Inanspruchnahme der Pflegezeit entstehen der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls Beitragsmindereinnahmen für den Personenkreis, der aufgrund der Pflegezeitregelungen vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt ist. Dem stehen wiederum Beitragsmehreinnahmen gegenüber, die aus den Mitteln der Pflegeversicherung geleistet werden. Dies gilt insbesondere für den Personenkreis, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte. Eine geringfügige Mehrbelastung der Bundesagentur für Arbeit kann im Saldo letztlich nicht ausgeschlossen werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Inanspruchnahme der Pflegezeit zu geringen Mehrausgaben für die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende führt. Dem stehen jedoch Minderausgaben aus dem Rückkehrrecht für den Personenkreis gegenüber, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte. Eine genaue Be- oder Entlastung der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist nicht quantifizierbar.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen und weiteren Änderungen, insbesondere aus der Beteiligung an den Kosten der Qualitätsprüfungen, für das zweite Halbjahr 2008 Mehraufwendungen von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro.

Für die öffentlichen Haushalte ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im zweiten Halbjahr 2008 Mehrausgaben von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt über die Berücksichtigung zusätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu Steuermindereinnahmen bei Bund, Ländern und Gemeinden und kann größenordnungsmäßig bei voller Jahreswirksamkeit mit rund 0,01 Mrd. Euro jährlich beziffert werden.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge sowie die Dynamisierung der Leistungen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt quantifizierbar sind. Die Entlastung dürfte im Jahr 2012 etwa 100 Mio. Euro pro Jahr erreichen.

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Juli 2008 voraussichtlich mit rund 80 Mio. Euro jährlich belastet (Bund: 5 Mio. Euro).

E. Sonstige Kosten

Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau. Die Dynamisierung der Leistungsbeträge hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf das Preisniveau von Pflegeleistungen, da die Preisbildung in diesem Bereich nicht wesentlich von der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung bestimmt wird, weil es ein Teilleistungssystem ist.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 0,4 Mrd. Euro im Jahr 2008 und 0,8 Mrd. Euro ab dem Jahr 2009.

Dem steht eine höhere Entlastung durch die Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung ab Januar 2008 gegenüber.

F. Bürokratiekosten

Der vorliegende Gesetzentwurf leistet einen Beitrag zur Senkung von Bürokratiekosten. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Pflege werden Maßnahmen zur Entbürokratisierung eingeführt. Insbesondere die angestrebten Vereinfachungen bei der Pflegedokumentation werden zu Entlastungen bei den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften im Umfang von wenigstens rund 80 Mio. Euro führen.

Neuen Informationspflichten wie etwa beim Ausbau der Qualitätssicherung stehen Informationspflichten gegenüber, die verschlankt oder gestrichen werden. Bei der Einführung neuer Informationspflichten wurde stets darauf geachtet, diese in Relation zu ihrem Nutzen möglichst unbürokratisch zu gestalten. Insgesamt führt der Gesetzentwurf zu einer Senkung von Bürokratiekosten.

a) Bürokratiekosten der Wirtschaft:

Es werden vier Informationspflichten entbürokratisiert und zwei bestehende Informationspflichten gestrichen. Ferner enthält der vorliegende Gesetzentwurf sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft. Die neu eingeführten Informationspflichten bestehen zum Beispiel aus Antragsverfahren auf Zulassung für Beratungsstellen, die eine vom Antragsteller gewünschte Tätigkeit ermöglichen. Weitere zusätzliche Informationspflichten betreffen das eigenständige Auskunftsrecht und die Portabilität der Alterungsrückstellungen von privat Pflegeversicherten und bedeuten einen erheblichen Vorteil für den Versicherten. Insgesamt ist eine Nettoentlastung für die Wirtschaft von rund 80 Mio. Euro zu erwarten. Die Entlastung kommt im Wesentlichen Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zugute.

b) Bürokratieaufwand der Verwaltung:

Es werden zwei bereits bestehende Informationspflichten für die Verwaltung geändert und zwölf neue Informationspflichten eingeführt. Die zusätzlichen Informationspflichten betreffen zumeist einfache Meldungen, die für die Durchführung der Leistungsverbesserungen zwingend erforderlich sind.

c) Bürokratieaufwand der Bürgerinnen und Bürger:

Es werden eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger geändert und fünf Informationspflichten neu eingeführt. Die neuen Informationspflichten beinhalten einfache Anträge und Benachrichtigungen, denen neue Leistungen oder neue Rechte gegenüberstehen.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 7. Dezember 2007

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRG
ist als Anlage 2 beigelegt.

Der Bundesrat hat in seiner 839. Sitzung am 30. November 2007 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus
Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates
wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 7a Pflegeberatung“.
 - b) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:
„§ 10 Pflegebericht der Bundesregierung“.
 - c) Die Angabe zu § 40 wird wie folgt gefasst:
„§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“.
 - d) Nach der Angabe zu § 44 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“.
 - e) Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.
 - f) Nach der Angabe zu § 45c wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe“.
 - g) Die Angabe zu § 75 wird wie folgt gefasst:
„§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung“.
 - h) Die Angabe zu § 80 wird wie folgt gefasst:
„§ 80 (aufgehoben)“.
 - i) Die Angabe zu § 80a wird wie folgt gefasst:
„§ 80a (aufgehoben)“.
 - j) Nach der Angabe zu § 82a wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung“.
 - k) Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Fünfter Abschnitt
Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.
 - l) Nach der Angabe zu § 92b wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 92c Pflegestützpunkte“.
 - m) Die Angabe zu § 112 wird wie folgt gefasst:
„§ 112 Qualitätsverantwortung“.
 - n) Die Angabe zu § 113 wird wie folgt gefasst:
„§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“.
 - o) Nach der Angabe zu § 113 werden folgende Angaben eingefügt:
„§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
§ 113b Schiedsstelle Qualitätssicherung“.
 - p) Die Angabe zu § 114 wird wie folgt gefasst:
„§ 114 Qualitätsprüfungen“.
 - q) Nach der Angabe zu § 114 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen“.
 - r) Die Angabe zu § 118 wird wie folgt gefasst:
„§ 118 (aufgehoben)“.
2. Dem § 2 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
„Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“
 3. § 7 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesver-

band der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“

4. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a
Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Die Pflegeberatung ist im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln. Ihnen obliegende Teilaufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung

besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin ist dem Hilfesuchenden möglichst dauerhaft persönlich zuzuordnen.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien, in denen eine Frist für die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen bis längstens zum 30. Juni 2011 vorgesehen werden kann. Werden die Richtlinien nicht bis zum 31. August 2008 erlassen, werden ihre Inhalte durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen müssen und die gesetzlichen Krankenkassen sollen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, können Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen für die Pflegestützpunkte treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befassete Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereitete Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte nach § 92c nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.“

5. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach der Angabe „§ 36“ die Wörter „und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2“ eingefügt.

- b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden.“

6. In § 9 Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Tragung der von den Pflegeeinrichtungen berechneten Investitionskosten als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.“

7. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10
Pflegebericht der Bundesregierung

Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2011 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.“

8. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.“

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.“

9. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln.“

- bb) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden das Wort „ambulant“ und die Wörter „mit Ausnahme von Kuren“ gestrichen.

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. In den Fällen der Sätze 3 und 4 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.“

- c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.“

- d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.“

10. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausleistungen“ die Wörter „oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 4 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Absatz 1 wird eine Kündigung des Vertrages jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.“

11. In § 25 Abs. 3 wird das Wort „Beitragsbemessungsgrenze“ durch die Wörter „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch“ ersetzt.

12. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Nummern 11 und 12 werden wie folgt gefasst:

„11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),

12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),“.

- bb) Folgende Nummern 13 und 14 werden angefügt:

„13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),

14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches.“

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).“

13. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30
Dynamisierung

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

14. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

15. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre“,

bb) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. in der Zeit ab 1. Juli 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre“.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

16. In § 34 Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Wörter „, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ eingefügt.

17. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als drei vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“

18. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
 - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.“
 - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.“
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

 1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
 2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmaleine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen.“
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „16 Euro“ durch die Angabe „21 Euro“ und die Angabe „26 Euro“ durch die Angabe „31 Euro“ ersetzt.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Pflegedienste“ die Wörter „und die anerkannten Beratungsstellen“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „und die anerkannte Beratungsstelle haben“ ersetzt.
- e) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.“
- f) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt:

„(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.“

19. In § 39 werden die Sätze 3 bis 5 wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.“

20. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt; folgender Satz wird angefügt:

„Die Leistung kann auch in Form einer Kosten-erstattung erbracht werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „Pflegehilfsmitteln“ ersetzt.
- cc) In Satz 4 wird jeweils das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.
- dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.“

ee) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.“

ff) Im neuen Satz 7 wird jeweils das Wort „Hilfsmittels“ durch das Wort „Pflegehilfsmittels“ ersetzt.

21. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
 - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
 - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.

(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.“

b) Folgende Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.“

22. In § 42 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „1 432 Euro“ durch die Angabe „1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012“ ersetzt.

23. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,

4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,

- a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außerordentlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als fünf vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.“

24. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Renten- und Unfallversicherung“ die Wörter „und nach dem Recht der Arbeitsförderung“ und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern“ die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden in Nummer 7 das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, in Nummer 8 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. den Beginn und das Ende einer Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes.“

cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Deutsche Rentenversicherung Bund“ die Wörter „, der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6, 8 und 9“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Werden Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nr. 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen, gilt Absatz 5 mit der Maßgabe, dass die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 9 genannten Angaben mitzuteilen sind.“

25. Nach § 44 wird folgender § 44a eingefügt:

„§ 44a

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.“

26. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

27. § 45a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.“

- b) In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene“ die Wörter „, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ eingefügt.

28. § 45b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

- bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

- cc) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder
5. der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.“

- b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

„Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderquartal übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.“

- c) Absatz 3 Satz 1 wird aufgehoben.

29. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „10 Millionen Euro“ durch die Angabe „15 Millionen Euro“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „20 Millionen Euro“ durch die Angabe „30 Millionen Euro“ ersetzt.

- c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.“

30. Nach § 45c wird folgender § 45d eingefügt:

„§ 45d

Förderung ehrenamtlicher Strukturen
sowie der Selbsthilfe

(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau

1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreu-

- ung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.
- (2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
- (3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.“
31. In § 46 Abs. 3 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 4 zu vermindern.“
32. § 47 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
- „(2) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Pflegekasse den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann.“
- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
33. § 52 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.“
34. § 55 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.“
35. Dem § 57 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Wird der Beitragssatz im Laufe eines Kalenderjahres geändert, stellt das Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der Zuschläge nach den Sätzen 2 und 3 für den Zeitraum ab der Änderung fest.“
36. § 61 Abs. 3 wird aufgehoben.
37. In § 67 Abs. 1 wird die Angabe „15.“ durch die Angabe „10.“ ersetzt.
38. In § 69 Satz 2 werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ gestrichen.
39. § 71 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als
1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 3. Altenpflegerin oder Altenpfleger
- eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.“
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.“
40. § 72 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 4 Abs. 2)“ durch die Angabe „(§ 84 Abs. 4)“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:
- „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die
1. den Anforderungen des § 71 genügen,
 2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen,
 3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
 4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden;“.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.“

41. § 74 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren,
2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.“

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

42. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“

bb) In Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Versorgung und Be-

treuung Pflegebedürftiger beteiligen können.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung unmittelbar verbindlich.“

43. § 76 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „überörtlichen“ die Wörter „oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt des Inkrafttretens fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg nicht gegeben. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. § 85 Abs. 6 gilt entsprechend.“

44. § 77 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),

3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);“.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“
- c) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.“
45. § 79 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt.“
- b) Folgende Sätze werden angefügt:
- „Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“
46. § 80 wird aufgehoben.
47. § 80a wird aufgehoben.
48. § 82a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Bundes- oder Landesrecht in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Bundes- oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe“ ersetzt.
49. Nach § 82a wird folgender § 82b eingefügt:
- „§ 82b
Ehrenamtliche Unterstützung
- Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere
1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
 2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
 3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands
- der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.“
50. § 84 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendermäßigen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt.“
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.“
- b) Folgende Absätze 5 und 6 werden angefügt:
- „(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere
1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
 2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
 3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).
- (6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personallengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.“

51. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden die Wörter „oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie“.
 - cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,“.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden die Wörter „des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „nach der Pflege-Buchführungsverordnung“ durch die Wörter „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 1 erster Halbsatz werden nach dem Wort „darin“ die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ eingefügt.

52. In § 87 Satz 1 werden die Wörter „für Unterkunft und Verpflegung“ durch die Wörter „für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt“ ersetzt.

53. § 87a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt auch dann, wenn heimrechtliche Vorschriften abweichende Regelungen vorsehen.“
 - bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.“
- b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „werden“ die Wörter „bei vollstationärer Pflege (§ 43)“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1 536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst.“

54. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

 1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
 2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
 3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.“
- b) In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“

55. § 92a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Nummern 1 und 2 werden aufgehoben.
 - bb) Die bisherigen Nummern 3 bis 5 werden die Nummern 1 bis 3.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „(§ 79 Abs. 1, § 112 Abs. 3) sowie auf Verlangen den unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113“ gestrichen.
- d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird aufgehoben.
 - bb) In dem bisherigen Satz 2 wird die Angabe „frühestens zum 1. Januar 2006“ gestrichen.

56. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt
Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.

57. Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt:

„§ 92c
Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten haben die Pflege- und Krankenkassen im Land gemeinsam Verträge über die wettbewerbsneutrale

1. Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Bereitstellung und Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote

durch Pflegestützpunkte zu schließen. Kommen die Verträge bis zum 31. Oktober 2008 nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats den Inhalt der Verträge zu bestimmen. Hierbei haben sie auch die Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wahrzunehmen; bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse entsprechend anzuwenden. Die Rechte und Pflichten der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes bleiben hiervon unberührt. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes gegen die Pflege- und Krankenkassen sowie ihre Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den Verträgen nach Satz 1 beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,

2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

Die Vertragsparteien können die Verträge über die Pflegestützpunkte als Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung ausgestalten; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(2) Die Pflege- und Krankenkassen haben dafür zu sorgen, dass in jedem Land ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entsteht. Dabei soll in der Regel für 20 000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden, wenn entsprechend den örtlichen Gegebenheiten keine andere Einwohnerzahl angemessen ist. In enger Kooperation mit den Ländern sind vorhandene Strukturen unter Berücksichtigung der Besonderheiten im jeweiligen Land so weit wie möglich zu erhalten und zu nutzen. Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den an den Verträgen beteiligten Kostenträgergruppen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der landesrechtlichen Stellen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal entsprechend ihrer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf, als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

(3) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45 000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflegestützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmitteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(4) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 80 Millionen Euro. Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.

(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegestützpunkte nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des

Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.“

58. § 94 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach der Angabe „(§§ 4 und 28)“ die Wörter „sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen“ eingefügt.
- b) In Nummer 6 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.
- c) In Nummer 6a werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ gestrichen.
- d) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 92c),“.
- e) Nach Nummer 10 werden ein Komma und folgende Nummer 11 angefügt:

„11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7).“

59. § 95 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 werden die Wörter „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ ersetzt.
- c) Nach Nummer 3 werden ein Komma und folgende Nummer 4 angefügt:

„4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7).“

60. In § 97 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 18, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

61. § 97a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 3 Satz 3 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist.“

62. In § 97b wird die Angabe „§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

63. § 104 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.

bb) In Nummer 2a werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a)“ gestrichen.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „§§ 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

64. § 106a wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zugelassene Pflegeeinrichtungen, anerkannte Beratungsstellen sowie beauftragte Pflegefachkräfte, die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 durchführen, sind mit Einverständnis des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu übermitteln.“

b) In Satz 2 werden die Angabe „§ 37 Abs. 3 Satz 5“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 4 Satz 2“ ersetzt und nach dem Wort „Datenschutz“ die Wörter „und die Informationsfreiheit“ eingefügt.

65. In § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden die Angabe „(§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt sowie die Angabe „80a,“ gestrichen.

66. In § 109 Abs. 3 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

67. § 110 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflege-

versicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“

b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Krankenhausleistungen werden“ die Wörter „oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ eingefügt.

c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

68. In § 111 Abs. 2 werden die Wörter „des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen“ durch die Wörter „der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt.

69. § 112 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Grundsätze“ durch das Wort „Qualitätsverantwortung“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 2 werden die Angabe „nach § 80“ durch die Angabe „nach § 113“ und die Wörter „in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a“ durch die Wörter „die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5)“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

70. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spit-

zenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.“

71. Nach § 113 werden folgende §§ 113a und 113b eingefügt:

„§ 113a

Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein aner-

kannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien. Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt eine Einigung über eine Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von zehn vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

§ 113b

Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. August 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Fällen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Der Schiedsstelle kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Entscheidungen sind mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten zu treffen. Näheres zur Einrichtung und Arbeitsweise der Schiedsstelle regeln die Vertragsparteien in einer Geschäftsordnung bis zum 31. August 2008. § 76 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Es kann die Rechtsaufsicht ganz oder teilweise sowie dauerhaft oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

72. § 114 wird wie folgt gefasst:

„§ 114

Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüfform, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Stichprobenprüfung, Anlassprüfung, Vergleichsprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass in zugelassenen Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens drei Jahren geprüft wird, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen

vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind (Regelprüfung). Zu diesem Zweck veranlassen sie eine umfassende Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sich aus Absatz 3 nichts anderes ergibt. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Die Regelprüfung umfasst die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität), den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie, soweit erforderlich, die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität). Anlass-, Stichproben- und Vergleichsprüfungen gelten als Regelprüfungen, wenn der Prüfungsumfang den Maßgaben für eine Regelprüfung entspricht.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Zeitraum bis zur nächsten Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige angemessen zu verlängern oder den Prüfungsumfang in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Das Gleiche gilt, wenn die Erkenntnisse der Landesverbände der Pflegekassen auf einer Prüfung beruhen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass die Prüfung nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass jährlich in mindestens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen nach Absatz 3 geprüft wurden, eine unangemeldete Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt wird.

(5) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus und umfasst eine vollständige Prüfung der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann innerhalb eines Landes Vergleichsprüfungen zur Beurteilung des Standes der einrichtungsinternen Qualitätssicherung sowie einzelner

Leistungsangebote durchführen. Zugelassene Pflegeeinrichtungen dürfen innerhalb von zwei Jahren nach einer Regelprüfung nicht in eine Vergleichsprüfung einbezogen werden. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel-, Anlass-, Stichproben- oder Vergleichsprüfung kann eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

73. Nach § 114 wird folgender § 114a eingefügt:

„§ 114a
Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfungsauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen sind unangemeldet durchzuführen, Regel- und Vergleichsprüfungen können auch angemeldet durchgeführt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sollen im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten. § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird. Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Einwilligung nach den Sätzen 3 und 5 nicht selbst erteilen kann, darf diese nur durch

eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden.

(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner können dazu befragt werden. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.

(4) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heimes auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zehn vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Das Bundesversicherungsamt stellt die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und den sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Anzahl der Prüfungen ergebenden Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit.

(6) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst des Spitzen-

verbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

74. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß § 114 Abs. 3 durchgeführt werden und eine Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen.“

bb) In Satz 4 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Die Kriterien der Veröffentlichung sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.“

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a)“ gestrichen.

75. § 116 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1 und wie folgt gefasst:

„(1) Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.“

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

- d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Nummer 1 aufgehoben und die Angabe „2.“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und“ gestrichen.
76. § 117 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 20 Abs. 5 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
77. § 118 wird aufgehoben.
78. § 120 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen.“
79. § 122 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
 - b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die nach § 45b Abs. 1 Satz 3 in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung vorgesehenen Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2008 zur Genehmigung vorzulegen. § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 110 Abs. 2 Satz 2 bis 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren

Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.“

Artikel 3

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 1

Ziel des Gesetzes

Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.

§ 2

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

§ 3

Pflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Belange entgegenstehen.

§ 4

Dauer der Pflegezeit

(1) Die Pflegezeit nach § 3 beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine Verlängerung bis zur Höchstdauer kann verlangt werden, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Pflegezeit wird auf Berufsbildungszeiten nicht angerechnet.

(2) Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist über die veränderten Umstände unverzüglich zu unterrichten. Im Übrigen kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

§ 5

Kündigungsschutz

(1) Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 nicht kündigen.

(2) In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden. Die Bundesregierung kann hierzu mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen.

§ 6

Befristete Verträge

(1) Wenn zur Vertretung einer Beschäftigten oder eines Beschäftigten für die Dauer der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer eingestellt wird, liegt hierin ein sachlicher Grund für die Befristung des Arbeitsverhältnisses. Über die Dauer der Vertretung nach Satz 1 hinaus ist die Befristung für notwendige Zeiten einer Einarbeitung zulässig.

(2) Die Dauer der Befristung des Arbeitsvertrages muss kalendermäßig bestimmt oder bestimmbar sein oder den in Absatz 1 genannten Zwecken zu entnehmen sein.

(3) Der Arbeitgeber kann den befristeten Arbeitsvertrag unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen kündigen, wenn die Pflegezeit nach § 4 Abs. 2 Satz 1 vorzeitig endet. Das Kündigungsschutzgesetz ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Satz 1 gilt nicht, soweit seine Anwendung vertraglich ausgeschlossen ist.

(4) Wird im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgestellt, sind bei der Ermittlung dieser Zahl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach § 2 kurzzeitig an der Arbeitsleistung verhindert oder nach § 3 freigestellt sind, nicht mitzuzählen, solange für sie aufgrund von Absatz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter eingestellt ist. Dies gilt nicht, wenn die Vertreterin oder der Vertreter nicht mitzuzählen ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der Arbeitsplätze abgestellt wird.

§ 7

Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(2) Arbeitgeber im Sinne dieses Gesetzes sind natürliche und juristische Personen sowie rechtsfähige Personengesellschaften, die Personen nach Absatz 1 beschäftigen. Für die arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, tritt an die Stelle des Arbeitgebers der Auftraggeber oder Zwischenmeister.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(4) Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.

§ 8

Unabdingbarkeit

Von den Vorschriften dieses Gesetzes kann nicht zuungunsten der Beschäftigten abgewichen werden.

Artikel 4**Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden nach der Angabe „Absatz 2a“ die Angabe „und 2b“ und nach dem Wort „Erziehung“ die Wörter „oder Pflege“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.“

2. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 Nr. 1 und 2 werden jeweils nach den Wörtern „des Ersten Abschnitts gestanden“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „bezogen“ die Wörter „oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

3. In § 130 Abs. 2 Satz 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das

Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,“.

4. § 345 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.“

5. § 347 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9 wird der Punkt durch eine Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. für Personen, die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen

a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“

6. § 349 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.“

b) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.“

Artikel 5**Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Dem § 7 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch nicht für die Inanspruchnahme von Pflegezeit im Sinne des § 3 des Pflegezeitgesetzes.“

Artikel 6**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 6 Abs. 4 Satz 6 wird wie folgt geändert:

- a) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Elternzeit“ die Wörter „oder Pflegezeit“ eingefügt.
- b) Im zweiten Halbsatz wird nach der Angabe „§ 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2“ die Angabe „, 2a“ eingefügt.

2. In § 8 Abs. 1 wird nach Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit.“

3. § 11 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer erforderlichen Anschlussversorgung. Ergänzend dazu haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Ein-

willigung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

4. In § 15 Abs. 1 Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist.“

5. § 23 Abs. 8 wird aufgehoben.

6. Dem § 40 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1 536 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.“

7. In § 52 Abs. 2 werden die Wörter „Maßnahme wie zum Beispiel eine“ gestrichen.

8. In § 63 werden nach Absatz 3a folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“

9. § 95d Abs. 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „oder einer Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für die in einer Einrichtung nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt.“

c) In Satz 4 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „oder der Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.

10. Nach § 119a wird folgender § 119b eingefügt:

„§ 119b
Ambulante Behandlung in stationären
Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

11. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen“ durch die Wörter „ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden,“ ersetzt.
12. In § 132e Satz 1 werden die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen und nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „mit geeignetem ärztlichen Personal“ eingefügt.
13. In § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen“ eingefügt.
14. In § 293 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „ärztlich und zahnärztlich geleiteter“ gestrichen.
15. § 294a wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Im neuen Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und“ durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie“ ersetzt.
- c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
- „(2) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.“
16. In § 72a Abs. 2, § 73 Abs. 5 Satz 1, § 95 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1, § 98 Abs. 2 Nr. 11, § 106 Abs. 5 Satz 1 und § 295 Abs. 1b Satz 1 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleitete“ gestrichen.

17. In § 76 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2, § 82 Abs. 2 Satz 1, § 96 Abs. 4 Satz 1, § 98 Abs. 2 Nr. 11, § 140f Abs. 3 Satz 1, § 295 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2a und 4 Satz 1 und § 305 Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

In § 61 Abs. 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

In § 26c Abs. 6 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ und die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

§ 204 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom ... [einsetzen: Datum der Ausfertigung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts] (BGBl. I S. ... [einsetzen: Fundstelle der Verkündung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts]) wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.“

- b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

Artikel 10

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 44 wird Nummer 6 Buchstabe b wie folgt gefasst:

,b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. nähere Bestimmungen zur Berechnung des Übertragungswerts nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 und § 12f Satz 2 zu erlassen.“

2. Artikel 45 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

,2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) In der privaten Pflege-Pflichtversicherung und bei Gewährung von Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten sowie dem Abgang zur sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.“

b) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

,6. Dem § 13 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Für Versicherte, die gemäß § 204 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes von einem anderen Unternehmen unter Mitgabe des Übertragungswertes gemäß § 13a gewechselt sind, dürfen in der Krankenversicherung erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nur auf den Teil der Prämie bezogen werden, der über die Prämie hinausgeht, die sich ergeben würde, wenn der Versicherte in den Basistarif des anderen Unternehmens wechseln würde. Für den Wechsel in der privaten Pflege-Pflichtversicherung dürfen erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nicht eingerechnet werden.“

c) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

,7. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

„§ 13a
Übertragungswert

(1) Der Übertragungswert im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung).

(2) Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des

brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden. Für Versicherungszeiten vor dem 1. Januar 2009 sind die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des Basistarifs mit folgenden Maßgaben zu verwenden:

1. Anstelle der Sterbetafel der Erstkalkulation ist die Sterbetafel zu verwenden, welche das Unternehmen bei der Neu- und Nachkalkulation im betreffenden Jahr verwendet hat.

2. Die Grundkopfschäden sind für jedes Jahr um fünf vom Hundert zu vermindern.

(3) Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.“

Artikel 11

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12f des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Angabe „§ 12 Abs. 1 bis 4“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 4, Abs. 2 bis 4“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„In Versicherungsverträgen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ist die Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen.“

Artikel 12

Änderung der Kalkulationsverordnung

In § 19 Abs. 1 der Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783), die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird nach der Angabe „§ 17 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f und g“ die Angabe „sowie § 5 Abs. 2, § 13 Abs. 5 und § 13a Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 und Absatz 8 Satz 4 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleitete“ gestrichen.

b) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Ermächtigungen nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 14**Änderung der Datenerfassungs- und
-übermittlungsverordnung**

In § 9 Abs. 1 Satz 1 der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Elternzeit“ die Wörter „oder Pflegezeit“ eingefügt.

Artikel 15**Änderung des Krankenpflegegesetzes**

Das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

2. Dem § 3 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

- b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7, die an Hochschulen stattfinden, tritt an die Stelle der Schule die Hochschule.“

- c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 kann die Ausbildung an Hochschulen erfolgen. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht,

wird sie in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten inhaltlich ausgestaltet, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. § 4 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz gilt mit der Maßgabe, dass die staatliche Prüfung sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen zu erstrecken hat.“

4. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Staatliche Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7

(1) § 3 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7, die an Hochschulen stattfinden, mit der Maßgabe, dass die Prüfung an der Hochschule abzulegen ist.

(2) § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer anzugehören haben, die die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer in den erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege wird bei diesen Ausbildungen, soweit sie an Hochschulen stattfinden, der Prüfungsausschuss an der Hochschule gebildet.

(3) Dem Zeugnis nach § 8 Abs. 2 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren.

(4) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 13 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. Der Prüfling hat zu diesem Themenbereich in einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Fragen zu bearbeiten. Die Aufsichtsarbeit dauert 120 Minuten und ist an einem gesonderten Tag durchzuführen. § 13 Abs. 1 Satz 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeit werden von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Schule oder Hochschule ausgewählt, an der die Ausbildung stattgefunden hat. § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in

der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Note für den schriftlichen Teil der Prüfung aus den vier Aufsichtsarbeiten zu bilden ist, die Gegenstand der Prüfung waren, und der schriftliche Teil der Prüfung bestanden ist, wenn jede der vier Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(5) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 14 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. § 14 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1, 3 bis 6 und Abs. 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Prüfung im zusätzlichen Themenbereich nach Satz 1 soll für den einzelnen Prüfling mindestens 15 Minuten und nicht länger als 30 Minuten dauern. Für die Prüfung sind die ärztlichen Fachprüferinnen oder Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vorzusehen.

(6) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu § 15 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 3 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren. Der Prüfling übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling seine Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden, und dass er befähigt ist, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 3, die Gegenstand seiner zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen. Die Auswahl der Patientinnen oder Patienten erfolgt durch eine Fachprüferin oder einen Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Prüfung soll für den einzelnen Prüfling in der Regel nicht länger als drei Stunden dauern. § 15 Abs. 2 Satz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bleibt unberührt. Die Prüfung wird von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern nach § 4 Abs. 1 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege abgenommen und benotet. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Note für die zusätzliche Aufgabe der praktischen Prüfung. § 15 Abs. 3 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe, dass der praktische Teil der Prüfung bestanden ist, wenn die Prüfungsnote für die Prüfung nach § 15 Abs. 1 und 4 der Ausbil-

dungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege jeweils mindestens „ausreichend“ ist.

(7) Die Absätze 4 bis 6 gelten entsprechend im Hinblick auf den schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung nach den §§ 16 bis 18 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, soweit Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 sich auf zusätzliche Ausbildungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erstrecken.

(8) § 2 Abs. 5 gilt entsprechend für Personen, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind und über einen Ausbildungsnachweis verfügen, der eine einem Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 entsprechende Ausbildung bestätigt und zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeit berechtigt.“

5. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Ausbildungsverhältnis endet mit dem Ablauf der Ausbildungszeit. Bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7, die an Schulen stattfinden, endet es mit Ablauf der nach § 4 Abs. 1 Satz 3 verlängerten Ausbildungszeit.“

6. Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

„§ 18a

Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7

(1) Die §§ 9 bis 17 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Hochschule ableisten.

(2) § 10 Abs. 1 Nr. 2 sowie § 12 Abs. 1 und 3 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Schule ableisten, soweit die nach § 4 Abs. 1 Satz 1 vorgesehene Ausbildungsdauer überschritten ist.“

Artikel 16

Änderung des Altenpflegegesetzes

Das Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgender Satz angefügt:

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Lehrpläne der

Altenpflegeschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Lehrpläne der Altenpflegeschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7, die an Hochschulen stattfinden, tritt an die Stelle der Altenpflegeschule die Hochschule.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des nach diesem Gesetz geregelten Berufes im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, werden die Ausbildungsinhalte in gesonderten Lehrplänen der Altenpflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung festgelegt, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Die Festlegung der Vornoten gemäß § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die staatliche Prüfung erstrecken sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen. Abweichend von Absatz 2 kann die Ausbildung nach Satz 1 an Hochschulen erfolgen. In diesem Fall finden die §§ 13 bis 23 dieses Gesetzes und § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keine Anwendung.“

4. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

(1) § 5 Abs. 2 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7, die an Hochschulen stattfinden, mit der Maßgabe, dass die Prüfung an der Hochschule abzulegen ist.

(2) § 6 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass dem Prüfungsausschuss nach § 6 Abs. 1 und den Fachausschüssen nach § 7 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine ärztliche Fachprüferin oder ein ärztlicher Fachprüfer angehört, die oder der die Ausbildungsteilnehmerin oder den Ausbildungsteilnehmer in den erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet hat, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 1 der Altenpflege-Aus-

bildungs- und Prüfungsverordnung wird bei Ausbildungen, die an Hochschulen stattfinden, der Prüfungsausschuss an der Hochschule gebildet.

(3) Dem Zeugnis nach § 14 Abs. 2 Satz 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist bei einer Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 eine Bescheinigung der Altenpflegeschule beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren.

(4) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 10 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. Die Aufsichtsarbeit dauert 120 Minuten. § 10 Abs. 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Aufgaben für die Aufsichtsarbeit von der zuständigen Behörde auf Vorschlag der Altenpflegeschule oder Hochschule ausgewählt werden, an der die Ausbildung stattgefunden hat.

(5) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 11 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. In dem zusätzlichen Themenbereich nach Satz 1 soll die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer mindestens 15 Minuten und nicht länger als 30 Minuten geprüft werden. § 11 Abs. 2 Satz 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt entsprechend. Die ärztliche Fachprüferin oder der ärztliche Fachprüfer im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 2 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung benotet die Leistungen in dem zusätzlichen Ausbildungsbereich.

(6) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu § 12 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 2 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren. Die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer die Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei ist nachzuweisen, dass die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis angewendet werden können und die Befähigung besteht, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 2, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen.

Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege gemäß § 12 Abs. 2 Satz 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der zusätzlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten soll die Dauer von 150 Minuten nicht überschreiten. An dem Verfahren gemäß § 12 Abs. 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die ärztliche Fachprüferin oder der ärztliche Fachprüfer zu beteiligen.“

5. Dem § 19 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 endet es mit Ablauf der nach § 4 Abs. 1 Satz 4 verlängerten Ausbildungszeit.“

Artikel 17

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 2008 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 79 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe a, Nr. 12 Buchstabe b und Nr. 67 Buchstabe b sowie die Artikel 2, 9, 11 und 12 treten am 1. Januar 2009 in Kraft, Artikel 9 jedoch erst nach Inkrafttreten von Artikel 11 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom ... [einsetzen: Datum der Ausfertigung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts] (BGBl. I S. ... [einsetzen: Fundstelle der Verkündung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts]).

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangslage

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen tragen dazu bei, dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können, und sie helfen den Pflegebedürftigen und ihren Familien, die finanziellen Aufwendungen und Belastungen zu tragen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen.

Damit dies angesichts der vielfältigen Herausforderungen auch in Zukunft so bleibt, muss die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden. Dies muss solidarisch geschehen und dabei ist für eine gerechte Verteilung der Lasten innerhalb der Gesellschaft zu sorgen.

Zugleich gilt es, die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten. Unter Berücksichtigung der von den meisten Pflegebedürftigen bevorzugten Form der Versorgung ist daher besonderes Augenmerk auf die Stützung und Förderung häuslicher Versorgungsstrukturen nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu legen. Es gilt daher, wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu stützen und zu aktivieren.

Dabei wird die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der sozialen Sicherung beibehalten. Sie bleibt weiterhin entsprechend der Grundidee bei ihrer Einführung ein sog. Kernsicherungssystem, das heißt, Eigenanteile bzw. -leistungen der Pflegebedürftigen sind nach wie vor erforderlich.

Das Leitbild der Pflegeversicherung ist jetzt und in Zukunft eine menschenwürdige Pflege, die ein möglichst selbständiges Leben zum Ziel hat und dadurch auch mit dazu beiträgt, eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist besonders die im Rahmen des Runden Tisches Pflege erarbeitete Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen hervorzuheben, die sich an alle richtet, die in der Pflege Verantwortung tragen.

Diese Reform der Pflegeversicherung ist Teil des Gesamtkonzepts der Bundesregierung zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) beinhaltet bereits mehrere wichtige Leistungsverbesserungen gerade für pflegebedürftige Personen (zum Beispiel die Einführung eines verpflichtenden Rechtsanspruchs auf Leistungen der Rehabilitation, die Ausweitung des Haushaltsbegriffs im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung und die Sicherstellung eines Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung für Menschen mit erheblich eingeschränkten Teilhabechancen). Die vorliegende Reform der Pflegeversicherung baut hierauf auf.

Ferner wurde mit dem Ziel der Verbesserung der steuerlichen Abzugsfähigkeit von häuslichen Pflegeaufwendungen im Rahmen des Gesetzes zur steuerlichen Förderung von Wachstum und Beschäftigung aus dem Jahr 2006 ein wichtiger Schritt zur Unterstützung der häuslichen Pflege getan (siehe § 35a des Einkommensteuergesetzes). Diese Maßnahme trägt auch dem Erfordernis Rechnung, dass Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen bezahlbar sein müssen und keinen Anreiz für illegale Beschäftigung bieten dürfen.

Zu einer guten Pflege gehört auch qualifiziertes Personal. Die Ausbildung in den Pflegeberufen gilt es daher weiterzuentwickeln und integrative Elemente stärker zu verankern. Modellklauseln im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz dienen dazu. Derzeit laufen entsprechende Modellprojekte. Mit Ergebnissen ist im Jahr 2008 zu rechnen. Diese sind vor der Entscheidung über weitere Schritte im Bereich der Ausbildung abzuwarten.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode haben die Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege eine Vielzahl von Vorschlägen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung entwickelt. Soweit der (Bundes-)Gesetzgeber Adressat der Empfehlungen und Forderungen der Beteiligten des Runden Tisches Pflege ist, sind diese weitgehend in die Reform der Pflegeversicherung übernommen worden. Dies gilt auch für die wertvollen Erkenntnisse aus den Modellprojekten, die im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurden. Wichtige Ergebnisse enthält auch das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

II. Reformkonzept

Das Reformkonzept enthält im Einzelnen die nachfolgenden Elemente:

1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf

Pflegestützpunkte

Eine wesentliche Anforderung an die künftigen Strukturen in der Pflege und Betreuung besteht darin, auf der wohnortnahen Ebene vorhandene Versorgungsangebote zu vernetzen, so dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung im jeweiligen Wohnquartier ermöglicht wird. Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen, werden daher quartiersbezogene bzw. wohnortnahe Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung und Einbindung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit dem neuen Vertragstyp der wohnortnahen Versorgung durch Pflegestützpunkte realisiert, der zunächst zwischen Pflegekassen und Krankenkassen geschlossen wird. Die Pflege- und Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass sich die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe sowie die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an diesen Verträgen beteiligen. Die Vertrags-

partner haben ferner darauf hinzuwirken, dass die vor Ort vertretenen Leistungserbringer als Kooperationspartner vertraglich eingebunden werden. Die Vertragsparteien bilden die Pflegestützpunkte einvernehmlich und entscheiden, welches die geeignete Stelle für das jeweilige Wohnquartier ist. Soweit möglich, haben sie hierzu auf vorhandene Strukturen zurückzugreifen und auf diesen aufzubauen.

Dabei wird über die Pflegestützpunkte die Möglichkeit geschaffen, etwa die Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung und an die gesetzliche Krankenversicherung besser als bisher zu verwirklichen und darüber hinaus eine umfassende und aufeinander abgestimmte Beratung, Unterstützung und Begleitung anzubieten. Hierzu zählen beispielsweise hauswirtschaftliche Versorgung, individuelle Betreuung, ortsnahe Hilfsangebote der Altenhilfe sowie sonstige Dienstleistungen, wie zum Beispiel Essen auf Rädern und die Nutzung eines Hausnotrufsystems.

Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin wird im Pflegestützpunkt angesiedelt.

Es soll in der Regel ein Pflegestützpunkt für 20 000 Einwohner geschaffen werden, es sei denn, aufgrund der örtlichen Gegebenheiten ist eine andere Einwohnerzahl als angemessen anzusehen.

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel wird für drei Jahre eine Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gewährt. Die Höhe der Anschubfinanzierung je Pflegestützpunkt beträgt dem Bedarf entsprechend bis zu 45 000 Euro. Die Förderung kann um 5 000 Euro erhöht werden, wenn der Pflegestützpunkt Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig einbezieht. Um den Aufbau der Pflegestützpunkte zu beschleunigen, wird die dreijährige Förderung auf insgesamt 80 Mio. Euro begrenzt und die Förderanträge werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen für jedes Land ausschließlich nach ihrem zeitlichen Eingang bearbeitet. Die Verteilung der Gesamtmittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel.

Umfassende Pflegeberatung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, für pflegebedürftige Versicherte und für Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gestellt haben, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen vorzuhalten.

Die Pflegeberatung zielt auf die Verbesserung der Versorgung im konkreten Einzelfall ab und dient der umfassenden und zielgerichteten Unterstützung des Einzelnen im Sinne des Fallmanagements. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen insbesondere die Ermittlung und Feststellung vor allem des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialbetreuerischen Hilfebedarfs sowie die Zusammenstellung von individuellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Versorgungsplan) einschließlich der Unterstützung bei der Umsetzung und Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen. Pflegeberater und Pflegeberaterinnen werden zu enger und einvernehmlicher Zusammenarbeit mit allen an der Pflege Beteiligten verpflichtet.

Als Richtschnur sollte gelten, dass ein Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützt. Einfache Beratungstätigkeiten werden dabei nicht mitgezählt.

Verbesserte Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen/„Poolen“ von Leistungsansprüchen

Wohn- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige gewinnen zunehmend an Bedeutung, da die überwiegende Mehrheit pflegebedürftiger Menschen so lange wie möglich zu Hause oder zumindest ambulant und nicht in einem Pflegeheim versorgt werden möchte. Parallel dazu nimmt die Tragfähigkeit familiärer Netze immer mehr ab. Vor diesem Hintergrund werden die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere in neuen Wohnformen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften oder im betreuten Wohnen, verbessert. Pflegebedürftige sollen die dort erbrachten Leistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen können.

So wird künftig das „Poolen“ von Leistungsansprüchen ermöglicht, indem Ansprüche auf Pflege- und Betreuungsleistungen sowie auf hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit weiteren Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können. Ferner werden in den Fällen der gemeinsamen Inanspruchnahme abweichend vom bislang geltenden Recht Betreuungsleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei häuslicher Pflege gleichgestellt, indem sie als Sachleistungen erbracht werden können. Voraussetzung ist allerdings, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Die Neuregelung stellt eine Ausnahme von der bisherigen verrichtungsbezogenen Beschränkung der Sachleistungen bei häuslicher Pflege auf Hilfeleistungen bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung dar, indem auch die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen zulasten der Pflegekassen ermöglicht wird. Im Interesse einer flexibleren Leistungsanspruchnahme können die Ansprüche mehrerer Leistungsberechtigter in einen Pool eingebracht werden, um hieraus selbstbestimmt Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen zu finanzieren. Die hierdurch entstehenden Effizienzgewinne sind ausschließlich zugunsten der Pflegebedürftigen zu nutzen.

Die Möglichkeit, Leistungen gemeinsam abzurufen, soll dabei nicht auf betreute Wohnformen beschränkt sein, sondern die gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen soll auch im Wohnquartier vorangebracht werden. Die neuen Möglichkeiten werden aber insbesondere gerade diese neuen Wohnformen fördern.

Diese Neuregelungen werden durch Vereinfachungen beim Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften begleitet. Auch dies ist besonders attraktiv für die Bewohner und Mitglieder von Wohngemeinschaften. Denn sie erleichtern den Einsatz von Einzelpflegekräften für mehrere Pflegebedürftige, um durch aufeinander abgestimmte („gepoolte“) Einsätze zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dies bietet sich auch für die Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen an, die in räumlicher Nähe wohnen, wie zum Beispiel in einem Mietshaus oder einer Straße, insbesondere jedoch für Pflegebedürftige, die in Wohngemeinschaften oder beispielsweise in Wohngruppen zusammenleben.

Einzelpflegekräfte

Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsge-rechter und somit persönlicher erbracht werden.

Während bisher Verträge mit Einzelpersonen nur zulässig sind, wenn die Versorgung durch Pflegedienste nicht sicher-gestellt werden kann, sollen diese Verträge künftig auch dann geschlossen werden können, wenn dadurch den Wün-schen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe und da-mit ihrem Selbstbestimmungsrecht besser als bisher Rech-nung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Zu-gleich soll diese Versorgungsform den Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges Leben zu führen. Als Einzelpflegekräfte kommen – wie bisher auch – nur Perso-nen in Betracht, die mit dem Pflegebedürftigen nicht ver-wandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häus-licher Gemeinschaft leben. Die Vergütungen sind – wie bisher – einvernehmlich zwischen der selbständigen Einzel-pflegekraft und der Pflegekasse zu vereinbaren.

Die Pflegekassen haben für die notwendige Qualität und Qualitätssicherung der Leistungen zu sorgen. Sie können Verträge mit Einzelpflegekräften schließen, wenn hierfür ein Bedarf besteht oder wenn dies den Wünschen der Pflegebe-dürftigen entspricht.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

Die derzeitigen Leistungsbeträge bei häuslicher Pflege be-rücksichtigen den gesetzlich verankerten Grundsatz des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege nicht aus-reichend. Die Änderungen bei den Leistungen der Pflegever-sicherung zielen daher primär darauf ab, die häuslichen Versorgungsstrukturen auszubauen und zu stützen. Hervor-zuheben sind insbesondere die Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und im Bereich der Tages- und Nachtpflege.

Die Leistungsverbesserungen haben ihren Schwerpunkt im ambulanten Bereich, ohne den stationären Bereich zu ver-nachlässigen. Leistungsbeschränkungen zulasten der station-ären Versorgung erfolgen nicht. Im Einzelnen ist Folgendes vorgesehen:

Ambulante Sachleistung

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stu-fenweise wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher Euro	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1 040	1 100
Stufe III*	1 432	1 470	1 510	1 550

* Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1 918 Euro monatlich bleibt unberührt.

Pflegegeld

Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher Euro	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Zusätzlicher Leistungsbetrag für Menschen mit einge-schränkter Alltagskompetenz

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das zum 1. Ja-nuar 2002 in Kraft getreten ist, wurden bereits Verbesserun-gen für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Elften Buch Sozialgesetzbuch eingeführt. Dies war ein erster Schritt. Es werden nun weitere Maßnahmen ergriffen, um den betroffenen Menschen zu helfen. Zugleich soll der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert werden.

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird von bis zu 460 Euro jährlich auf bis zu 2 400 Euro jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreu-ungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten.

Tages- und Nachtpflege

Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege wird ausgebaut. Neben dem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. Ebenso besteht umgekehrt neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung ein hälfti-ger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Außerdem wer-den die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachlei-stungen.

Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrig-schwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangebo-ten und Modellvorhaben wird um 5 Mio. Euro pro Jahr auf 15 Mio. Euro angehoben, so dass mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 30 Mio. Euro pro Jahr zur Verfü-gung stehen werden.

Um den Einsatz der Gruppen ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen so-wie von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontakt-stellen als wichtige ergänzende Elemente der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit er-heblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren An-gehörigen zu unterstützen und zu ermöglichen, werden diese in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbe-zogen und können auch aus den aufgestockten Finanzmitteln gefördert werden.

Vollstationäre Versorgung

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II blei-ben bis zum Beginn der Dynamisierung unverändert. Die Stufe III und Stufe III in Härtefällen werden bis 2012 stufen-weise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher Euro	2008	2010	2012
Stufe III	1 432	1 470	1 510	1 550
Stufe III Härtefall	1 688	1 750	1 825	1 918

Nach wie vor ist es gerechtfertigt, dass sich die Pflegeversi-cherung bei Aufhalten in vollstationären Einrichtungen

der Hilfe für behinderte Menschen nur mit einem begrenzten finanziellen Zuschuss in Ansehung der dort erbrachten Pflegeleistungen beteiligt, daher soll sie nicht verändert werden:

- Die Regelung des § 43a trägt den Besonderheiten der Eingliederungshilfe im Interesse der behinderten Menschen Rechnung, um die bewährten Strukturen der vollstationären Eingliederungshilfe, in deren Rahmen auch Pflegeleistungen zu erbringen sind, möglichst fortbestehen zu lassen.
- Bereits heute können Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (zum Beispiel bei Internatsunterbringung) Leistungen der häuslichen Pflege nach den § 36 ff. beanspruchen, und zwar für die Zeit der Pflege im häuslichen familiären Bereich (zum Beispiel an Wochenenden oder in den Ferienzeiten). Diese Leistungsansprüche wären gefährdet. Insbesondere würde die Möglichkeit entfallen, Pflegegeld für die Tage zu Hause zu erhalten, wenn der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung durch die Gewährung von Leistungen in Einrichtungen für behinderte Menschen bereits voll ausgeschöpft wäre.
- Die aktuelle Regelung des § 43a darf zudem nicht losgelöst von ihrer Entstehung betrachtet werden. Sie ist auf Vorschlag des Vermittlungsausschusses im Rahmen des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 in das Recht der Pflegeversicherung aufgenommen worden (BGBl. I S. 830, vergleiche Bundestagsdrucksache 13/6488, S. 4). Damit wurde im Wege des Kompromisses eine der wichtigsten Streitfragen gelöst, die das Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung von Anfang an belastet hatte. Diese Kompromisslinie wurde auch in einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 2. April 1998 (Bundestagsdrucksache 13/10312) bestätigt.
- Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen würde von einer Aufstockung des Leistungsbetrages nicht profitieren, vielmehr würden die Sozialhilfeträger in finanzieller Hinsicht entlastet.

3. Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 unverändert und unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall. Zunehmend müssen deshalb Pflegebedürftige von der Sozialhilfe unterstützt werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen vor diesem Hintergrund künftig in einem dreijährigen Rhythmus angepasst werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Anpassung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge. Ob und inwieweit eine Anpassung entsprechend der Preissteigerungsrate geboten ist, wird erstmals im Jahr 2014 für das Jahr 2015 und danach alle drei Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls durch Rechtsverordnung in Anlehnung an die Preisentwicklung in den letzten drei Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum. Bei der Prüfung der Notwendigkeit und der Höhe einer Anpassung können auch die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

4. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Bei Pflege durch Angehörige in der häuslichen Umgebung wird für die Dauer von bis zu sechs Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach Maßgabe des geltenden Rechts gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit eine vergleichbare Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit. Bei der Pflegezeit zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Fortführung der Versicherung.

Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, wird für nahe Angehörige die Möglichkeit geschaffen, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben.

Für Beamte, die sich für die Pflege eines Angehörigen freistellen lassen wollen, gelten die arbeitsrechtlichen Regelungen des Pflegezeitgesetzes nicht. Die Regelungen zur sozialen Flankierung der Pflegezeit, also die Ansprüche auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, setzen ebenfalls eine Pflegezeit von Beschäftigten im Sinne des Pflegezeitgesetzes voraus. Für Beamte gelten unverändert die beamtenrechtlichen Vorschriften. Während Beschäftigte nach dem Pflegezeitgesetz eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nehmen können, können sich Beamte nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für bis zu zwölf Jahre zur Pflege eines Angehörigen von der Dienstleistung befreien lassen. Es wird in einem weiteren Schritt zu prüfen sein, ob und wie die für Beschäftigte geltenden Regelungen nach dem Pflegezeitgesetz und die flankierenden Vorschriften im Rahmen der Pflegeversicherung auf Beamte übertragen werden können.

5. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Nach den §§ 5 und 31 gilt der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“. Zu dessen Umsetzung ist im geltenden Recht die Pflicht der Pflegekassen festgeschrieben, die rechtzeitige Einleitung geeigneter und zumutbarer rehabilitativer Maßnahmen durch den zuständigen Träger zu veranlassen. Um den Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“ stärker mit Leben zu füllen, ist bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes der Rechtsanspruch auf Leistungen der Rehabilitation verbessert worden. Darüber hinaus sind die folgenden Maßnahmen mit dem Ziel der Verfahrensstraffung und der Anreizverstärkung vorgesehen:

- Die bereits bestehende Verpflichtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unabhängig von dessen Ergebnis eine Aussage dazu zu treffen, ob und welche geeigneten, notwendigen und zumutbaren Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Einzelfall geboten sind, wird konkretisiert. Darüber hinaus werden die Pflegekassen verpflichtet, die Versicherten und mit deren Einwilligung den zuständigen Rehabilitationsträ-

ger sowie den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu unterrichten. Sofern der Versicherte einwilligt, wird damit unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt.

- Durch finanzielle Anreize sollen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. Pflegeheime, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1 536 Euro.
- Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von 1 536 Euro für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

6. Ausbau der Qualitätssicherung

Für die pflegebedürftigen Menschen und damit auch für die Akzeptanz der Pflegeversicherung stellt die Qualität der pflegerischen Versorgung einen wesentlichen Faktor dar. Durch gesetzliche Regelungen (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG –, in Kraft seit 1. Januar 2002) sowie durch Initiativen der Bundesregierung, wie zum Beispiel die Förderung der Erarbeitung von Expertenstandards (vergleiche die entsprechenden Sonderdrucke des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege) und die Förderung der Erarbeitung von Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz, wurde die Qualitätsentwicklung in der Pflege vorangetrieben.

Die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich soll weiter ausgebaut werden. Eigene Anstrengungen der Träger im Qualitätsmanagement für eine bessere Pflege sollen im Rahmen der Regelprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK werden in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht. Damit wird Transparenz hinsichtlich der qualitativen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen für die Bürger geschaffen.

Die jetzt vorgeschlagenen Maßnahmen verstärken den Prozess der Qualitätsverbesserung und schaffen durch weitere Instrumente und Verfahren größere Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung. Pflegequalität wird sich in Zukunft auf drei Säulen stützen:

1. Säule Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards

Expertenstandards als Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses stellen ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege dar und tragen wesentlich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Zwar kann die Umsetzung von

Expertenstandards bei ihrer Neueinführung zunächst eine fachliche Herausforderung für die Pflegenden, die Pflegeeinrichtungen und deren Träger darstellen. Zunehmend wird aber auch deutlich, dass das Instrument des Expertenstandards Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag vermittelt. Die Entwicklung und die Überarbeitung von Expertenstandards als ein wesentliches Instrument der Qualitätsentwicklung sollen daher zukünftig im institutionellen Rahmen und im rechtlichen Zusammenhang des Elften Buches Sozialgesetzbuch stattfinden.

Die Vertragsparteien nach § 113 n. F. (bislang § 80), das heißt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, erhalten die Aufgabe, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln und zu beschließen. Sie tragen damit die unmittelbare Verantwortung für die methodische Richtigkeit und die fachliche Qualität der Expertenstandards, für deren Entwicklung und Aktualisierung sowie für die Transparenz des Verfahrens. In einer von den Vertragsparteien zu erarbeitenden Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die Unabhängigkeit des Verfahrens, die wissenschaftliche Fundierung, die Schrittfolge von Entwicklung, fachlicher Abstimmung, Praxiserprobung und modellhafter Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens, festzulegen. Die Vertragsparteien beschließen die Expertenstandards und stellen ihre Einführung sicher. Kommt keine einvernehmliche Entscheidung zustande, kann eine neu vorgesehene Schiedsstelle Qualitätssicherung angerufen werden. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angerufen werden.

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

- Ergebnisse von Prüfungen und Zertifizierungen, die im Rahmen des Qualitätsmanagements von Einrichtungen erstellt werden, müssen bei der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durch eine Verringerung der Prüftiefe oder eine Verlängerung des Prüfturnus berücksichtigt werden. Die Vertragsparteien werden verpflichtet, Anforderungen an Prüfinstitutionen und Verfahren der Zertifizierung festzulegen.
- Mit dem Ziel, mehr Transparenz und Vergleichbarkeit für die Pflegebedürftigen zu erreichen, sind zukünftig die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Darstellung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie daraus abzuleitender Anforderungen zu veröffentlichen. Auch Ergebnisse anderer Prüfverfahren, zum Beispiel von Zertifizierungen, sind in entsprechender Weise zu veröffentlichen. Sind anlassbezogene Prüfungen in Pflegeeinrichtungen erforderlich, die bereits Qualitätszertifikate oder Gütesiegel erhalten haben, so sind auch die Ergebnisse dieser Prüfungen zu veröffentlichen.

- Die Vertragsparteien vereinbaren unter Beteiligung der Pflegeberufe verbindliche Anforderungen an die Pflegedokumentation.

3. Säule Externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Eine Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soll alle drei Jahre erfolgen. Die Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung werden im Hinblick auf die Prüftiefe und den Prüfturnus noch besser auf die entsprechenden Prüfungen der Heimaufsicht abgestimmt. Die Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sind zwingend auszusetzen oder im Umfang zu verringern, soweit der Nachweis über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen durch die Vorlage der Ergebnisse einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder eines landesrechtlich geregelten Prüfverfahrens geführt wird. Auch die Ergebnisse sonstiger geeigneter, unabhängig durchgeführter Prüfverfahren müssen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Hinblick auf die Prüftiefe und den Prüfturnus berücksichtigt werden, soweit diese Prüfverfahren den Kriterien der Vertragsparteien entsprechen.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zehn vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden.

7. Modellvorhaben zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte

Über die bereits bestehenden Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Heilberufe hinaus ermöglichen Modellvorhaben nach § 63 ff. des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung eine stärkere Einbeziehung in Versorgungskonzepte, welche die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe betreffen:

- Es wird ihnen die Möglichkeit eröffnet, in Modellvorhaben bisher von Ärzten verordnete Leistungen (Verbandsmittel, Pflegehilfsmittel) selbst zu verordnen sowie selbständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege zu übernehmen. Hierzu sind sie berufsrechtlich aufgrund ihrer Ausbildung befähigt. Bei der Tätigkeit darf es sich nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handeln.
- Darüber hinaus kann in Modellvorhaben die Übertragung von bestimmten ärztlichen Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte erprobt werden. Diese treten als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf. Da es sich hierbei um die eigenständige Ausübung von Heilkunde handelt, kann sich die Befugnis nur auf den Umfang der Tätigkeiten beziehen, die Gegenstand einer vorangegangenen zusätzlichen Ausbildung und staatlichen Prüfung waren. Die bildungsmäßigen Voraussetzungen im Hinblick auf die dafür erforderlichen erweiterten Kompetenzen werden durch entsprechende Änderungen im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geschaffen. Sie beinhalten im Kern modellhafte Ausbildungsgänge.

8. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Der Einsatz ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen zugunsten pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre und für die in ambulant betreuten Wohneinrichtungen stattfindende Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung. Das bürgerschaftliche Engagement ist neben familiären und professionellen Hilfeeinrichtungen eine wesentliche Stütze bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Es soll über die bereits im Gesetz verankerten Maßnahmen hinaus weiter gestärkt werden:

- Trotz der ehrenamtlichen und damit im Kern unentgeltlichen Tätigkeit der bürgerschaftlich engagierten Helfer sowie der Mitglieder von Selbsthilfegruppen können den Pflegeeinrichtungen Kosten für die vorbereitende und begleitende Schulung, für die Organisation und Planung des Einsatzes und für die den Ehrenamtlichen zu erstattenden Aufwendungen entstehen. Derartige Aufwendungen können in den Pflegevergütungen angemessen berücksichtigt werden.
- Insbesondere dem bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe wird die Ausweitung der Fördermittel für niedrigschwellige Pflege- und Betreuungsangebote um 5 Mio. Euro zugute kommen (vergleiche Nummer 2).
- Die Vertragspartner auf Landesebene erhalten den Auftrag, Möglichkeiten aufzuzeigen, die für Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegekräfte und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen bestehen, um sich an der Versorgung pflegebedürftiger Personen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Pflege und in ambulant betreuten Wohneinrichtungen zu beteiligen.

9. Abbau von Schnittstellenproblemen

Schon mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst (zum Beispiel durch die Erweiterung der integrierten Versorgung, die Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit und die Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs). Weiterer Bedarf besteht in folgenden Bereichen:

- Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen.
- Die Pflegeberatung und die Einführung der Pflegestützpunkte werden in der Praxis zum Abbau von Schnittstellenproblemen für die hilfesuchenden Menschen führen.
- Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte. Das Versorgungsmanagement erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen.

- Zur Verbesserung der Rechtssicherheit ist die Grundaussstattung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln durch Verträge auf Landesebene zu regeln.
- Schnittstellenprobleme zwischen dem Elften Buch und dem Heimrecht werden gelöst. Dies gilt für die Regelungen über die Vereinbarungen von Entgelten für Unterkunft und Verpflegung, bei Beendigung von Heimaufenthalten sowie hinsichtlich des Inkrafttretens von Vergütungsvereinbarungen.

10. Förderung der Wirtschaftlichkeit

Durch verschiedene Maßnahmen soll die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen verbessert werden.

- Für den Bereich der Pflegeheime werden im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen flexible Personalschlüssel möglich. Sie sind nach den Notwendigkeiten der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren und stellen eine Nachfolgeregelung der bisherigen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen dar.
- Den Trägern soll ermöglicht werden, unter einem vertraglichen „Dach“ mehrere Einrichtungen an einem Ort (zum Beispiel einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung) zu betreiben. Für mehrere verbundene Einrichtungen kann ein Gesamtversorgungsvertrag geschlossen werden. Ziel ist unter anderem die Unterstützung und Erleichterung der Diversifizierung von Versorgungsangeboten.
- Bei Pflegesatzvereinbarungen können bei der Festlegung der Vergütungshöhe die Pflegesätze anderer gleichartiger Einrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Ziel ist, dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze verstärkt Rechnung zu tragen, aber auch Besonderheiten der Einrichtungen zu berücksichtigen.
- Mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, erhalten die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zeitlich befristete Modellprojekte zur Entwicklung besonderer pauschalierter Pflegesätze zu vereinbaren und durchzuführen.
- Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeheimen werden abgeschafft. Künftig wird in den Vergütungsverhandlungen für die stationäre Versorgung nicht nur die Höhe des Pflegesatzes, sondern zugleich auch die zu erbringende Leistung samt ihrer Qualität vereinbart. Damit werden Preis, Leistung und Qualität der pflegerischen Versorgung in eine unmittelbare Beziehung zueinander gesetzt und der bürokratieträchtige Abschluss zweier gesonderter Verträge vermieden.
- In der vollstationären Pflege wird sichergestellt, dass der Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, besser als bisher in den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden kann.
- Das Instrument der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auf Prüfungen reduziert, für die ein konkreter Anhaltspunkt besteht. Die Durchführung von Ermessensprüfungen, für die kein konkreter Anhaltspunkt besteht, ist künftig untersagt.
- Die Pflege-Buchführungsverordnung wird abgeschafft, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene verbindlich einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung vereinbaren.
- Die Pflicht der Pflegeheimbewohner zur Weiterzahlung der Entgelte für die stationäre Versorgung während der Abwesenheit vom Pflegeheim soll durch die Verträge auf Landesebene stärker als bisher vereinheitlicht werden.

11. Entbürokratisierung

Von Einrichtungsträgern und Pflegenden wird immer wieder überhöhter bürokratischer Aufwand bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen beklagt. Das Reformkonzept enthält vor diesem Hintergrund viele Maßnahmen zur Entbürokratisierung. Diese umfassen auch die Vereinfachung oder Abschaffung von Informationspflichten. Allein durch die Veränderung von Informationspflichten ergibt sich eine Nettoentlastung von rund 80 Mio. Euro jährlich. Insbesondere sind nachfolgende Regelungen hervorzuheben, die zum großen Teil auch auf Anregungen des Runden Tisches Pflege beruhen:

- Die Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung wird dazu beitragen, die unterschiedlichen Prüfungen nach dem Recht der Pflegeversicherung und nach dem Heimrecht besser aufeinander abzustimmen. Dies ist eines der Hauptanliegen von Einrichtungsträgern, um bürokratischen Aufwand abzubauen. Darüber hinaus sind auch von Einrichtungen oder ihren Trägern selbstveranlasste Zertifizierungen bei der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Hinblick auf Prüfturnus und Prüftiefe zu berücksichtigen, was zu einer Entlastung der Einrichtungen führt (vergleiche Nummer 6).
- Dokumentationspflichten werden von den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern vielfach als bürokratieträchtig wahrgenommen. Daher sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich die Beteiligten auf Bundesebene unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte auf Anforderungen an Dokumentationen einigen, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation und der Qualitätssicherung zu vernachlässigen (vergleiche Nummer 6).
- Die Regelungen der Pflege-Buchführungsverordnung werden von Einrichtungen und ihren Verbänden immer wieder als zu verwaltungsaufwendig und bürokratisch kritisiert. Dementsprechend wird hierzu die Möglichkeit einer Vereinbarungslösung geschaffen, bei deren Wahrnehmung durch die Beteiligten die Pflege-Buchführungsverordnung entbehrlich wird (vergleiche Nummer 10).
- Mit dem Ziel, Bürokratie abzubauen, erhalten die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zeitlich befristete Modellprojekte zur Entwicklung besonderer pauschalierter Pflegesätze zu vereinbaren und durchzuführen (vergleiche Nummer 10).
- Durch die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und die Einschränkung der Möglichkeiten zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird der Aufwand bei Kosten- und Einrichtungsträgern verringert (vergleiche Nummer 10).

- Die bessere Vernetzung und Verzahnung der Versorgungsangebote wird nicht nur zu einer wirtschaftlicheren Versorgung führen, sondern insbesondere auch den pflegebedürftigen Menschen helfen, sich an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssystemen besser zurechtzufinden und damit die ihnen zustehenden Leistungen zu erhalten (vergleiche Nummer 9).
- Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung wird von drei auf vier Jahre verlängert.
- Im Bereich des Verwaltungsverfahrens der Pflegekassen wird bei der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und der Leistungsbewilligung die Möglichkeit der Befristung der Verwaltungsentscheidung eingeführt. Die Regelung stellt sicher, dass die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in jedem Fall bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden. Sie dient der Verwaltungsvereinfachung sowie der Entbürokratisierung und schafft bei absehbaren Veränderungen des Pflegebedarfs Transparenz und Klarheit über die Zeitdauer der bestehenden Leistungsansprüche für die am Verwaltungsverfahren und am Pflegeprozess beteiligten Personen und Institutionen. Vor Ablauf einer Befristung hat die Pflegekasse rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist, um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen.

12. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die Pflegeversicherung ist entsprechend ihrer Grundidee und ihrer Ausgestaltung keine Vollversicherung, sondern sie stellt eine Grundversorgung mit Pflegeleistungen sicher und ergänzt mit ihren Leistungen insbesondere die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Die Pflegekassen erhalten wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Um den Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungsunternehmen weiter zu stärken, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen auch für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend dem bewährten Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ geregelt, nachdem bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Portabilität bei der privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 2009 eingeführt wurde. Denn ein Wechsel des Versicherungsunternehmens wird nur dann angemessen ermöglicht und vielfach auch nur dann faktisch durchgeführt werden, wenn der Versicherte beide zusammengehörenden Versicherungen, die Kranken- und die Pflegeversicherung, gleichzeitig unter Mitnahme der jeweiligen Alterungsrückstellungen wechseln kann.

Ferner sollen Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches oder im künftigen Basistarif einen besonderen sozialen Schutz erhalten, im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 und nicht in die ungünstigeren Be-

dingungen des § 110 Abs. 3 – mit gegebenenfalls hohen Versicherungsprämien vor allem in den ersten fünf Versicherungsjahren – einbezogen werden. Die günstigeren Bedingungen gelten unabhängig davon, ob ihre private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

13. Finanzierung

Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 um 0,25 vom Hundert auf 1,95 vom Hundert (auf 2,2 vom Hundert für kinderlose Versicherte) erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis Ende 2014/Anfang 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

14. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen werden vielfach auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit (vergleiche § 14) zurückgeführt, der vor allem somatisch ausgerichtet sei und den Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtige. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 ist dazu festgelegt, dass es mittelfristig auch einer Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedürfe, die die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften berücksichtige. Die Arbeit an diesem Themenfeld reicht zeitlich wie inhaltlich über die vorliegende Reform der Pflegeversicherung hinaus und findet daher in einem parallelen Verfahren statt. Es ist notwendig, dass die fachlichen Voraussetzungen und die strukturellen sowie finanziellen Konsequenzen einer möglichen Neuformulierung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit umfassend geklärt sind, bevor sie einer Bewertung und Entscheidung zugrunde gelegt werden können. Dabei müssen insbesondere auch die Wirkungen der mit dieser Reform angestrebten Veränderungen einbezogen werden. Daher ist eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in seiner Bedeutung und praktischen Anwendung eng mit dem Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbunden und gibt diesem den wesentlichen Rahmen vor. Über Änderungen von Begriff und Begutachtungsverfahren kann nur auf einer abgesicherten Grundlage entschieden werden. Vor einer solchen Entscheidung müssen unterschiedliche Modelle und Handlungsoptionen erarbeitet und erprobt werden. Insbesondere ist die Frage zu beantworten, wie sich mögliche Änderungen in finanzieller Hinsicht auf die Pflegeversicherung und andere Leistungsbereiche auswirken. Entsprechend müssen bei der Erarbeitung von alternativen Formulierungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gleichzeitig deren Umsetzbarkeit und Wirkung innerhalb eines bundesweit einheitlichen Begutachtungsinstrumentes geprüft und erprobt sowie dazu das Begutachtungsinstrument selbst neu gestaltet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein umfassendes und transparentes Konsultationsverfahren in die Wege geleitet. Die Überprüfung des gegenwärtigen Pflege-

bedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstrumentes erfolgt durch einen beim Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Beirat. Dieser soll bis November 2008 insbesondere eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung und zum Arbeitsrecht beruht auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 72 Abs. 2 in Verbindung mit Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich undenkbar. Im Übrigen sind bundeseinheitliche Regelungen deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Abs. 1).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die neuen Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Die Vorschrift kommt dem Anliegen entgegen, einen Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege in das Gesetz aufzunehmen. Zwar begründet die Regelung keinen Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege, sie verpflichtet Pflegeeinrichtungen jedoch dazu, wo immer möglich dem Wunsch von Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen. Ein Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege kann im Hinblick auf die Zusammensetzung des Pflegepersonals, das weit überwiegend aus Frauen besteht, nicht festgeschrieben werden.

Zu Nummer 3 (§ 7)

Die Regelung verpflichtet die Pflegekassen, Pflegebedürftigen, die Leistungen nach diesem Buch beantragen, künftig nicht mehr spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung des Antrags, sondern unverzüglich eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll. Gleichzeitig haben sie dem Pflegebedürftigen mitzuteilen, wo sich der nächst erreichbare Pflegestützpunkt befindet und wer der zuständige Pflegeberater oder die zuständige Pflegeberaterin ist. Dazu gehören auch Hinweise zur Erreichbarkeit, insbe-

sondere über Öffnungszeiten, Telefonnummern und öffentliche Verkehrsmittel. Ferner ist der Pflegebedürftige darüber zu unterrichten, dass die Beratung und die Unterstützung sowohl durch den Pflegestützpunkt als auch durch den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin unentgeltlich sind (vergleiche im Übrigen die Begründung zu § 7a und zu § 92c).

Die Regelung stellt ergänzend klar, dass die Leistungs- und Preisvergleichsliste von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt, fortgeschrieben und den einzelnen Pflegekassen im Land regelmäßig zur Verfügung zu stellen ist. Sie vollzieht darüber hinaus die Aufhebung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach (vergleiche die Streichung des § 80a). Ferner sind in die Leistungs- und Preisvergleichslisten künftig neben den Informationen zu den Vergütungsvereinbarungen auch die Festlegungen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung nach § 92c (vergleiche dort) aufzunehmen. Soweit die Pflegekasse an einem integrierten Versorgungsvertrag gemäß § 92b gemeinsam mit einer Pflegeeinrichtung beteiligt ist, hat sie auch hierüber entsprechende Hinweise aufzunehmen.

Pflegebedürftige sollen ferner in geeigneter Weise auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (vergleiche § 115) hingewiesen werden, um sie auch auf diesem Wege bei der Ausübung der Wahlrechte nach § 2 Abs. 2 zu unterstützen. Auch die Versicherten, die Leistungen nach § 45b in Anspruch nehmen oder diese beantragt haben, sollen unabhängige Informationen über das Angebot und die Kosten zusätzlicher Betreuungsleistungen erhalten. Sie sind insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote (vergleiche § 45c Abs. 3) sowie die unentgeltlichen Dienstleistungen im nächst gelegenen Pflegestützpunkt (vergleiche § 92c) und des zuständigen Pflegeberaters oder der zuständigen Pflegeberaterin (vergleiche § 7a) zu unterrichten und zu beraten.

Zu Nummer 4 (§ 7a)

Menschen, die Leistungen nach dem Elften Buch in Anspruch nehmen, aber auch Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, haben oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der im konkreten Einzelfall über bloße Auskünfte oder Beratung hinausgehen kann. Dieser Bedarf soll künftig durch die Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners aufgefangen werden, der Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements bietet. Damit wird die pflegfachliche Diskussion aufgegriffen, in der bereits vielfach die Schaffung von begleitenden Strukturen zur Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und zur besseren Koordinierung der Leistungsangebote angeregt wurde. So empfiehlt auch die Arbeitsgruppe I des Runden Tisches Pflege die Einführung eines Fallmanagers.

Als Mitarbeiter der Pflegekassen haben Pflegeberater oder Pflegeberaterinnen als Sachwalter der Interessen der Hilfebedürftigen zu fungieren. Sie haben den konkreten Hilfebedarf im Einzelfall festzustellen, die sozialrechtlichen Ansprüche zu klären sowie über diese Ansprüche zu entscheiden, soweit ihre Entscheidungsbefugnisse reichen. Darüber hinaus haben sie eine koordinierende Aufgabe zwischen den beteiligten Stellen.

Es wird gegenüber den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen ein einklagbarer Individualanspruch auf Pflegeberatung geschaffen. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Zur Umsetzung sollen Pflegeberater oder Pflegeberaterinnen eingesetzt werden, deren Aufgabe darin besteht, nach Möglichkeit mit allen weiteren an der Versorgung beteiligten Stellen ein auf die individuellen Bedürfnisse des Hilfebedürftigen zugeschnittenes Unterstützungsangebot zu entwickeln und dessen Inanspruchnahme zu begleiten. Die Pflegeberatung ist auf das Fallmanagement ausgerichtet. Sie darf nicht mit der so genannten Alltagsbegleitung verwechselt werden, die in der Praxis in den Bereichen der Hauswirtschaft und der sozialen Betreuung zunehmend Verbreitung findet.

Die rechtliche Ansiedlung bei den Pflegekassen empfiehlt sich unter anderem deshalb, weil damit die Entscheidungsbefugnis über die Kernleistung bei Pflegebedürftigkeit mit der Koordinierungsfunktion zusammenfällt. Hinzu kommt, dass der Bundesgesetzgeber verpflichtende Vorgaben nur gegenüber den Pflegekassen treffen kann, nicht aber beispielsweise gegenüber den Kommunen. Nach Ansicht vieler Fachleute ist aber eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau koordinierender Unterstützungsstrukturen, dass rechtliche Verpflichtungen geschaffen werden. Dabei ist es selbstverständlich, dass die weiteren Beteiligten nach Möglichkeit einzubinden sind und mit ihnen Einvernehmen über die erforderlichen Maßnahmen anzustreben ist.

Die Pflegeberatung ist unabhängig wahrzunehmen. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen als Mitarbeiter der Pflegekassen an die Vorgaben des § 14 des Ersten Buches gebunden sind. Danach hat jeder Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch. Die Beratung hat nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umfassend und individuell zu sein (vergleiche die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 29. Januar 1981, Az. 12 RK 19/80). Flankiert wird diese Pflicht durch den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch, der etwa bei fehlerhaften Auskunftten darauf gerichtet ist, zu gewährleisten, dass den Berechtigten die Leistungen zukommen, auf die sie einen gesetzlichen Anspruch haben.

Zur Ausführung der Sozialleistungen verpflichtet § 17 des Ersten Buches die Leistungsträger zudem, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen unter anderem zügig und umfassend zur Verfügung gestellt werden. Außerdem ist auf § 20 Abs. 2 des Zehnten Buches hinzuweisen, wonach unter anderem bei der Vorbereitung von Leistungsbescheiden alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen sind, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände. Auch dies sorgt mit dafür, dass die Pflegeberatung nicht einseitig interessegebunden, sondern neutral durchgeführt wird und die Interessen der Betroffenen gewahrt werden.

Ferner soll sichergestellt werden, dass keine unnötigen Doppelstrukturen aufgebaut werden. Daher hat die Pflegeberatung an vorhandene Strukturen anzuknüpfen. Es soll vermieden werden, dass sich bewährte oder etablierte Beratungs- und Hilfestrukturen grundlegend neu orientieren müssen. Dies gilt auch für den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement bei Entlassung aus dem Krankenhaus, das in § 11 Abs. 4 des Fünften Buches neu geregelt wird. Die An-

schlussfähigkeit an vorhandene Strukturen soll nach Möglichkeit gesichert sein.

Neben der Pflegeberatung werden durch den neuen § 92c die Voraussetzungen für die Errichtung von wohnortnahen Pflegestützpunkten geschaffen. Die Pflegeberatung ist in den Pflegestützpunkten anzusiedeln. In der Sache reichen die Aufgaben der Pflegestützpunkte über die Aufgaben der Pflegeberatung hinaus. So sollen die Pflegestützpunkte beispielsweise auch zur Steuerung und Weiterentwicklung des Versorgungsangebots im Sinne eines Care-Managements tätig werden. Im Pflegestützpunkt kann zudem die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Interesse zielgenauer und aufeinander abgestimmter Angebote rein praktisch noch besser als durch den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin allein sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere für angrenzende Hilfebedarfe, etwa aus den Bereichen der allgemeinen Altenhilfe, der Wohnberatung oder der ehrenamtlichen Betreuung. Es ist davon auszugehen, dass diese Fragen im Pflegestützpunkt in der Hauptsache nicht von Pflegeberatern oder Pflegeberaterinnen, die von der Pflegekasse entsandt sind, bearbeitet werden, sondern beispielsweise von Mitarbeitern, die etwa von der Kommune gestellt sind.

Zu Absatz 1

Personen, die Leistungen nach dem Elften Buch erhalten, aber auch Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, haben ab dem 1. Januar 2009 einen Anspruch auf Pflegeberatung gegen ihre Pflegekasse oder gegen das Versicherungsunternehmen, bei dem sie pflegepflichtversichert sind.

Pflegeberatung wird in Absatz 1 gesetzlich definiert.

Die Aufgaben der Pflegeberatung sind in Absatz 1 im Sinne des Fallmanagements umschrieben. Die Auflistung dient der Systematisierung der Aufgaben. Aufgabenschwerpunkt der Pflegeberatung ist die Feststellung der Hilfebedarfe sowie die Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen Hilfen im Einzelfall durch direkten Kontakt mit allen Beteiligten vor Ort. Dies wird häufig im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geschehen. Zu Beginn der pflegerischen Versorgung werden in der Regel entscheidende Weichen gestellt und im Rahmen der Bedarfsermittlung die wesentlichen Fragen, unter anderem zur Erforderlichkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim oder der Organisation ambulanter Hilfen, geklärt. Hierzu ist ein Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin einzusetzen. Diese koordinieren und steuern in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten die Gesamtheit der im individuellen Fall erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen. Dies sind einerseits Leistungen auf der Grundlage des Elften Buches und andererseits angrenzende Leistungen nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften. Als angrenzende Leistungen kommen in erster Linie Leistungen nach dem Fünften Buch, zum Beispiel häusliche Krankenpflege und Physiotherapie, sowie Leistungen nach dem Zwölften Buch in Betracht. Außerdem können Leistungen einbezogen werden, die die Anspruchsberechtigten selbst einkaufen (zum Beispiel Essen auf Rädern). Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin trägt zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen bei.

Die Pflegeberatung übernimmt ferner die Nachsteuerung, passt den Hilfebedarf an und schreibt ihn bei sich verändernden

den Situationen fort. Dies dient letztlich der Qualitätssicherung in der Versorgung und kann auch Verbraucherschutzaspekte beinhalten, wie etwa die Unterstützung bei der Durchführung von Verträgen über Hilfe- oder Betreuungsleistungen.

Zur praktischen Umsetzung der Aufgaben der Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements ist der Versorgungsplan das operative Instrument. Wesentliche Grundlage ist dabei die Ermittlung des individuellen Unterstützungs- und Pflegebedarfs unter Berücksichtigung des MDK-Gutachtens, soweit dieses bereits vorliegt. Für die Inhalte eines Versorgungsplans ist ferner auch die Kenntnis der vorhandenen Ressourcen sowie die Darstellung des verfügbaren Leistungsangebotes vor Ort entscheidend. Das Assessment im Rahmen der Pflegeberatung soll offen für zukünftige Entwicklungen sein.

Nach der Vorschrift sind die Maßnahmen zur Durchführung des Versorgungsplans durch den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin zu veranlassen. Dies ist als Obliegenheit zu verstehen, auf die erforderlichen Maßnahmen hinzuwirken, nicht aber als Pflicht zur Veranlassung von Sozialleistungen.

Der Versorgungsplan stärkt das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen. Er hat nicht die Aufgabe, die dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsansprüche disponibel zu machen, sondern stellt den individuellen Bedarf und das individuelle Leistungspaket in den Vordergrund. Bei der Erstellung des Versorgungsplans sind die im Einzelfall erforderlichen bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungsansprüche ebenso zu beachten wie die verfügbaren gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die Erarbeitung eines Versorgungsplans erfolgt daher idealerweise mit allen an der Betreuung und Pflege Beteiligten.

Der Versorgungsplan hat keinen zwingenden und rechtsverbindlichen, sondern einen empfehlenden Charakter. Gleichwohl ist Einvernehmen mit den weiteren Beteiligten anzustreben. Allerdings ist dies nicht Voraussetzung für den Versorgungsplan.

Wesentlicher Mehrwert der Pflegeberatung ist, dass alle erforderlichen Maßnahmen rund um die Pflegebedürftigkeit aus einer Hand in Abstimmung mit allen an der Versorgung Beteiligten möglichst einvernehmlich organisiert werden. Dies setzt ein enges, vertrauensvolles Zusammenwirken und einen reibungslosen Informationsfluss zwischen allen Beteiligten vor Ort voraus. Soweit daher andere Leistungsträger für Leistungen zuständig sind, sind diese frühzeitig durch direkten Kontakt in Gesprächen mit dem Ziel der Abstimmung eines gemeinsamen Vorgehens etwa im Rahmen einer Versorgungsplankonferenz zu beteiligen.

Bei komplexen Fallgestaltungen sollen die Beteiligten nach Abschluss der Fallbearbeitung einen Erfahrungsaustausch durchführen und den Hilfeprozess auswerten, um die Erfahrungen für künftige Fallbearbeitung nutzbar zu machen.

Die abgestimmte Zusammenarbeit kann weiter optimiert werden, wenn der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin die Möglichkeit hat, auch räumlich unmittelbar mit weiteren Stellen, die zur Beratung und Unterstützung einzubinden sind, zu kooperieren. Vor diesem Hintergrund enthält die Vorschrift die Verpflichtung, mit vorhandenen Koordinierungsstellen zusammenzuarbeiten. Ausdrücklich genannt

werden die Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches. Dies ist aber nicht abschließend zu verstehen. Dem Ziel einer koordinierten Aufgabenwahrnehmung dient auch und insbesondere die Pflicht, den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin stets im Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln.

Zur Erfüllung von Teilaufgaben der Pflegeberatung können sich die Pflegekassen dritter Stellen bedienen. Hierfür kommen zum Beispiel Stellen in Frage, die bisher auf regionaler Ebene Beratungs- oder Koordinierungsaufgaben wahrnehmen, wie etwa die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz. Insoweit ist etwa auch denkbar, dass nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Teilaufgaben übernehmen, wenn sie nicht als Vertragspartner im Pflegestützpunkt eingebunden sein wollen. Die Entscheidungsbefugnis über Leistungen nach dem Elften Buch oder bei entsprechender Beauftragung auch nach dem Fünften Buch verbleibt bei den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen als Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen.

Wichtig ist, dass ein Anspruch auf Pflegeberatung auch dann besteht, wenn ein Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch gestellt wurde und für den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Hierdurch soll einerseits sichergestellt werden, dass gerade zu Beginn der Pflege – etwa während eines Krankenhausaufenthalts – Beratungskapazität bereitsteht. Andererseits soll verhindert werden, dass Pflegeberatung unbegründet in Anspruch genommen wird. Daher wird der Anspruch davon abhängig gemacht, dass ein Hilfebedarf erkennbar vorliegt.

Der Anspruch auf Pflegeberatung wird erst ab dem 1. Januar 2009 verpflichtend, um den Pflegekassen eine hinreichende Vorlaufzeit einzuräumen. Dies schließt aber nicht aus, dass bereits vor diesem Zeitpunkt Pflegeberatung angeboten wird, sofern eine Pflegekasse bereits eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift dient dazu, den Interessen der Hilfesuchenden bei der Pflegeberatung Rechnung zu tragen. So soll der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auf Wunsch nicht nur mit dem Pflegebedürftigen, sondern unter Berücksichtigung des engeren sozialen Umfeldes das Vorgehen abstimmen. Im Sinne einer zugehenden Hilfe erfolgt die Beratung auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der ein Pflegebedürftiger lebt.

Im Interesse einer kontinuierlichen Versorgung hat die Pflegeberatung dauerhaft durch eine dem Pflegebedürftigen persönlich zugeordnete Beratungsperson zu erfolgen. Dabei ist es selbstverständlich, dass es Fälle geben kann, in denen die Pflegekasse dies aus objektiven Gründen nicht sicherstellen kann. Hier wäre etwa daran zu denken, dass der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin den Arbeitgeber wechselt, erkrankt ist oder sich gerade im Urlaub befindet. Ferner ist es selbstverständlich, dass den Hilfebedürftigen keine bestimmte Beratungsperson „aufgezwungen“ werden kann.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält Regelungen zur Betreuungsrelation zwischen Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen einerseits so-

wie Hilfesuchenden andererseits, das heißt zur erforderlichen Anzahl der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen. Ferner sind Regelungen zur erforderlichen Qualifikation vorgesehen.

Die Zahl der Hilfesuchenden, die zu betreuen sind, sollte angemessen sein. Das bedeutet, die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass Pflegeberater und Pflegeberaterinnen in so ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, dass die Zielsetzung der Vorschrift erreicht wird. Es muss den Hilfesuchenden eine auf sie zugeschnittene Beratung und Unterstützung bei der Auswahl, Inanspruchnahme und Abwicklung von Hilfeleistungen zeitnah und umfänglich zur Verfügung stehen. Als Richtschnur ist dabei von einem Betreuungsschlüssel von 1 : 100 Fällen auszugehen. Diese Betreuungsrelation orientiert sich an internationalen Vorbildern und erscheint auch nach bisherigen Erfahrungen auskömmlich, weil nicht alle Pflegebedürftigen eine intensive Beratung und Unterstützung im Sinne eines umfassenden Fallmanagements benötigen.

Zur Konkretisierung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Richtlinie zu erarbeiten, deren Inhalt vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmt wird, wenn sie nicht bis zum 31. August 2008 zustande kommt. Dabei wird zu beachten sein, dass ein Fall im Sinne dieser Vorschrift eine eingehende Evaluation, Planung und Koordination der Hilfen sowie die dauerhafte Begleitung während eines strukturierten Hilfeprozesses voraussetzt. Dafür sind die Ermittlung des Hilfebedarfs, die Feststellung vorhandener Ressourcen sowie die Darstellung des verfügbaren Leistungsangebotes wesentlich. Dies ist nicht erforderlich, soweit lediglich Auskünfte oder unkomplizierte Beratungsleistungen benötigt werden.

Damit die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung auf hohem Qualitätsniveau erfolgen kann, sieht die Vorschrift den Einsatz qualifizierten Personals vor. Zur Konkretisierung der Qualifikationsmerkmale hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ebenfalls eine Richtlinie zu erarbeiten, deren Inhalt vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmt wird, wenn sie nicht bis zum 31. August 2008 zustande kommt. Obwohl im Kassenbereich bereits jetzt vielfach geschultes Beratungspersonal vorhanden ist, das sowohl über sozialrechtliche Kenntnisse als auch etwa über pflegfachliche Kenntnisse verfügt, ist zu beachten, dass weiteres Personal erforderlich sein dürfte. Vor diesem Hintergrund wird dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, in den Richtlinien über die Qualifikation eine Frist bis längstens zum 30. Juni 2011 vorzusehen, in der noch nicht alle formalen Qualifikationsmerkmale, die in der Richtlinie verlangt werden, erfüllt sein müssen. Nach Ende der Frist dürfen die Pflegekassen nur noch entsprechend der Richtlinie ausgebildetes oder fortgebildetes Personal zur Pflegeberatung einsetzen.

In der Sache wird beim Erlass der Richtlinie zu beachten sein, ob neben einer einschlägigen Erstausbildung berufliche Weiterbildungslehrgänge und -studien erforderlich oder ausreichend sind.

Als Erstausbildungen kommen neben einer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege mit Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf in Frage. Sozialrechtliche

Kenntnisse sind neben ausreichenden pflegerisch-medizinischen Kenntnissen unerlässlich, weil das zur Pflegeberatung eingesetzte Personal auch Entscheidungsbefugnisse über leistungsrechtliche Ansprüche insbesondere nach dem Elften Buch erhalten soll. Diese Grundqualifikationen werden in der Vorschrift dadurch hervorgehoben, dass insbesondere Pflegefachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte mit der in ihrer Person jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation als Pflegeberater eingesetzt werden sollen.

Ferner sind Zusatzqualifikationen entweder in Form von Weiterbildungslehrgängen oder von (berufsbegleitenden) Studiengängen denkbar. Orientierungshilfe für Weiterbildungsstandards können beispielsweise die Standards und Richtlinien für die Weiterbildung „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ vom 29. Januar 2003, geändert am 22. Dezember 2004, der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für soziale Arbeit und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe sein. Das Nähere hierzu ist durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien festzulegen.

Die Pflegeberater und die Pflegeberaterinnen sind mit der persönlichen Pflegesituation vertraut, gewährleisten eine qualifizierte und individuelle Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in den Pflegestützpunkten und können zu diesem Zweck auch auf Wunsch des Pflegebedürftigen in die häusliche Umgebung kommen (siehe Absatz 2). Auch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sollen daher den für Pflegegeldempfänger obligatorischen viertel- oder halbjährigen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 durchführen und den hierüber erforderlichen Nachweis ausstellen können. Die Richtlinien über die Qualifikation des zur Pflegeberatung einzusetzenden Personals haben dies zu berücksichtigen.

Die Pflegeberatung erfordert darüber hinaus Fachkenntnisse im pflegerischen, rehabilitativen und medizinischen Bereich sowie Kenntnisse der Altenhilfestrukturen vor Ort in der Kommune oder im Landkreis, damit der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin die Aufgaben umfassend und kompetent wahrnehmen kann.

Zu Absatz 4

Die Regelung hat zum Ziel, die Pflegeberatung möglichst wirtschaftlich zu erbringen. Das bedeutet, es soll etwa vermieden werden, dass alle Pflegekassen zugleich an jedem Ort Pflegeberater oder Pflegeberaterinnen vorhalten und in die Pflegestützpunkte entsenden müssen. Es soll abgestimmt festgelegt werden, welche Pflegekasse an welchem Ort und in welcher Anzahl Pflegeberater oder Pflegeberaterinnen stellt. Vor diesem Hintergrund haben die Pflegekassen im Land bis zum 31. Oktober 2008 einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen über die Anzahl der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen und die jeweilige örtliche Zuständigkeit zu treffen. Sofern die Pflegekassen dritte Stellen zur Übernahme von Teilaufgaben einsetzen (siehe Absatz 1), ist dies bei der Bemessung der Zahl der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen im jeweiligen Pflegestützpunkt zu berücksichtigen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe den Landesverbänden übertragen. Kommt bis zum 31. Oktober 2008 keine Einigung zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats einen Beschluss herbeizuführen.

Dabei ist die Regelung des § 81 Abs. 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden, der nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab dem 1. Juli 2008 eine neue Fassung erhält. Durch die entsprechende Anwendung dieser Vorschrift in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung erfolgt die Beschlussfassung über den Inhalt der Verträge durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

Bei der Vereinbarung nach Absatz 4 sind die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 3, die spätestens zum 31. August 2008 vorliegen müssen, zugrunde zu legen.

Zur Flankierung des Gebotes, Personal zur Pflegeberatung nicht unkoordiniert einzusetzen, sondern möglichst effizient und abgestimmt, müssen die Pflegekassen die Möglichkeit der Beauftragung wahrnehmen (§ 88 des Zehnten Buches); die Krankenkassen sollen hiervon Gebrauch machen. Denkbar ist dies beispielsweise dann, wenn eine Pflegekasse vor Ort nicht vertreten ist, insbesondere aber auch dann, wenn sonst die Anzahl der vor Ort tätigen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen unvertretbar hoch wäre. Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin handelt in diesen Fällen im Auftrag und nimmt gemäß § 89 des Zehnten Buches im Namen der Auftraggeber die Verfahrenshandlungen, einschließlich Verwaltungsakte, vor. Für die Erstattung der Aufwendungen gilt § 91 des Zehnten Buches entsprechend. Im Interesse von Entscheidungen, die aus einer Hand erfolgen, sollen auch die Krankenkassen in die Pflegeberatung eingebunden werden.

Zur Finanzierung der Pflegeberatung ist vorgesehen, dass der Aufwand insgesamt über den Leistungshaushalt der Pflegekasse zu tragen ist. Da die Pflegeberatung Beratungsanteile enthält, die bisher aus der Verwaltungskostenpauschale der Pflegekassen an die Krankenkassen finanziert wurden, wird diese Pauschale um die Hälfte der Kosten für die Pflegeberatung abgesenkt. Bei der Ermittlung der Kosten sind die Kosten für die Beauftragung anderer Pflegekassen hinzuzuzählen und die Erstattungen von anderen Kassen für die Beauftragung abzuziehen.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass ihnen im Rahmen der Pflegeberatung keine Aufwendungen zugeordnet werden, die in die originäre Leistungs- oder Verwaltungszuständigkeit anderer Leistungsträger fallen.

Zu Absatz 5

Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Dies beruht auf dem Grundsatz, dass deren Leistungsangebot nach Art und Umfang gleichwertig mit den Leistungen der Pflegekassen sein muss, und ferner auf Absatz 1, wonach alle Leistungsbezieher nach dem Elften Buch sowie Personen einbezogen sind, die einen Antrag auf Leistungen gestellt und erkennbar einen Hilfebedarf haben.

Vor dem Hintergrund, dass die privaten Versicherungsunternehmen üblicherweise Vertragsbeziehungen nur mit den Versicherungsnehmern haben, ermöglicht Absatz 5 die Einbeziehung der Träger der privaten Pflege-Pflichtversiche-

rung in das System der Pflegeberatung durch vertragliche Kooperationen mit Pflegekassen. Der Vertrag soll einen Aufwendungsersatz entsprechend § 91 des Zehnten Buches beinhalten. Damit wird es den privaten Versicherungsunternehmen erleichtert, den Anspruch ihrer Versicherten auf Pflegeberatung zu verwirklichen.

Sofern die privaten Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, die Pflegekassen zur Pflegeberatung einzusetzen, nicht nutzen, haben sie die Pflegeberatung selbst sicherzustellen. Dabei ergibt sich auch für diesen Fall, dass die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt anzusiedeln ist, weil auch für die privat Versicherten eine mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen abgestimmte Beratung und Hilfestellung gewährleistet werden soll. Für diesen Fall wird den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen für die Pflegestützpunkte zu treffen. Dies soll dazu beitragen, eine nach Zahl und örtlicher Zuordnung auch im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung sinnvoll aufeinander abgestimmte Zurverfügungstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen für privat Versicherte in den Pflegestützpunkten zu gewährleisten.

Zu Absatz 6

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Die Arbeit der Pflegeberatung berührt auch Fragen des Sozialdatenschutzes, insbesondere dann, wenn in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern Krankendaten, Unterlagen aus MDK-Gutachten und sonstige Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse des Betroffenen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten, einschließlich der Übermittlung zum Beispiel an den kommunalen Träger, ist mithin zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe der Pflegeberatung erforderlich. Die Daten dürfen dabei ausschließlich für die Zwecke der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte nach § 92c verwendet werden. Zudem ist die Einwilligung des Pflegebedürftigen bzw. seines gesetzlichen Vertreters einzuholen und auf die Möglichkeit eines jederzeitigen Widerrufs hinzuweisen.

Zu Absatz 7

Vor dem Hintergrund, dass mit der regelhaften Einführung der Pflegeberatung in der Pflegeversicherung ein neues Instrument zur Unterstützung bei der Bereitstellung von Hilfeleistungen geschaffen wird, sollen die Erfahrungen kurzfristig evaluiert werden. Dazu wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorlage eines wissenschaftlich fundierten Berichts bis zum 30. Juni 2011 verpflichtet. Ziel des Berichts ist es, aus den ersten Praxiserfahrungen weitere Hinweise für die Ausgestaltung der Pflegeberatung zu erhalten. Eine wichtige Rolle wird hierbei die Frage des erforderlichen und notwendigen Personaleinsatzes spielen.

Zu Nummer 5 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Die Modellklausel des Absatzes 3 wird um konkrete, grundsätzlich förderfähige Modellszenarien ergänzt. Zur Weiter-

entwicklung der gegenwärtigen Vergütungsstrukturen, die in der stationären Pflege drei Pflegeklassen vorsehen und Zuschläge zum Pflegesatz für besondere Härten und für die integrierte Versorgung zulassen, wird es ermöglicht, von den Vorschriften des § 84 Abs. 2 Satz 2 abzuweichen. Zulässig werden dadurch beispielsweise Modellvorhaben, mit denen ein einheitlicher Pflegesatz, stationsbezogene Pflegesätze oder auch stärker untergliederte Pflegesätze erprobt werden können. Die Abkoppelung des Pflegesatzes von den Pflegestufen könnte zum Beispiel nicht nur für Bewohner interessant sein, sondern in den Pflegeheimen stärkere Anreize schaffen, aktiver einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.2, S. 266).

Um die Erprobung neuer Vergütungs- und Organisationsstrukturen anhand der individuellen Bedürfnisse der Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, wurde die Modellklausel weit gefasst. Sie trägt dadurch den unterschiedlichen Ansätzen Rechnung, die mit einem Modellprojekt einer praktischen Erprobung unterzogen werden können und bei denen beispielsweise der Abbau von Bürokratie und die Schaffung von mehr Leistungsgerechtigkeit oder Transparenz im Mittelpunkt des Interesses stehen können. Am Beispiel des Modellprojektes „Referenzmodelle in Nordrhein-Westfalen“ (siehe Sachbericht und Handbuch zu den Referenzmodellen NRW, 2007, vom Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und vom Institut für Sozialarbeit und -pädagogik e. V. in Frankfurt/Main) hat sich gezeigt, dass in zahlreichen Pflegeeinrichtungen erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Arbeits- und Ablauforganisation bestehen.

Auch bei Nutzung dieser besonderen Regelung im Rahmen der Modellklausel des § 8 Abs. 3 sind im Übrigen die Grundsätze zur Bemessung der Pflegesätze (§ 84), insbesondere deren Leistungsgerechtigkeit, ebenso wie die Regelungen zum Pflegesatzverfahren (§ 85) und zum Beispiel zur Einbindung des Heimbeirats unverändert weiterhin zu beachten.

Zu Buchstabe b

Innerhalb des auf 5 Mio. Euro begrenzten Finanzrahmens soll dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit der Übertragbarkeit von im jeweiligen Haushaltsjahr gegebenenfalls nicht vollständig verbrauchten Mitteln in das jeweilige Folgejahr bei der Finanzierung von Modellvorhaben mehr Flexibilität im zeitlichen Ablauf eröffnet werden.

Zu Nummer 6 (§ 9)

Die Regelung greift eine Anregung der Enquête-Kommission auf (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.4, S. 266) und ermöglicht es den Ländern, durch Landesrecht zu bestimmen, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Tragung der von den Pflegeeinrichtungen berechneten Investitionskostenumlagen (beispielsweise der so genannten Subjektförderung in Form des Pflegewohngeldes)

einer finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen (der so genannten Objektförderung) gleichzustellen ist.

Soweit die Länder diese Gestaltungsmöglichkeit nutzen, stellen die Subjektförderung und die Objektförderung unterschiedliche Formen der öffentlichen Förderung im Sinne des § 82 Abs. 3 dar. Pflegeeinrichtungen können Investitionsaufwendungen in diesen Fällen nur gesondert berechnen, wenn die zuständige Landesbehörde zustimmt.

Zu Nummer 7 (§ 10)

Durch die Neufassung der Vorschrift wird der Termin zur Vorlage des nächsten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf das Jahr 2011 verschoben und der Turnus der Berichtspflicht von bisher drei auf vier Jahre verlängert. Die Verschiebung des nächsten Pflegeberichts hat den Zweck, die ersten Erfahrungen mit dieser Reform der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Die Verlängerung des Berichtsturnus dient der Reduzierung gesetzlicher Berichtspflichten.

Ferner wird der Bundespflegeausschuss abgeschafft. Diese Maßnahme dient der allgemeinen Zielsetzung, Verwaltungsaufwand zu minimieren.

Zu Nummer 8 (§ 12)

Zu Buchstabe a

In Fortentwicklung der bisherigen Regelung fasst die Vorschrift den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen für die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zusammen und verweist dabei auf die mit diesem Gesetzentwurf dazu neu geschaffenen Instrumente der konkreten Umsetzung, insbesondere der Zusammenarbeit und Vernetzung (Pflegestützpunkte – Care Management) und der individuellen Beratung (Fallmanagement durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen). Die Pflegekassen werden verpflichtet, auf eine Verbesserung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen hinzuwirken. Ein wesentliches Ziel dabei ist, die insbesondere auf der kommunalen Ebene vorhandenen Versorgungsangebote so zu vernetzen, dass eine abgestimmte und wohnortnahe Versorgung pflegebedürftiger Personen und die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes der Versorgung pflegebedürftiger und älterer Menschen ermöglicht wird. In § 92c werden zu diesem Zweck Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung und Nutzung vorhandener Strukturen geschaffen, die eine wohnortnahe oder eine wohnortnahe integrierte Versorgung ermöglichen sollen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Pflegekassen haben bisher sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen. Durch die Hinzufügung der spezialisierten Palliativversorgung, der Prävention und der Leistungen zur Teilhabe werden wesentliche Versorgungsbereiche in den bestehenden Koordinierungsauftrag einbezogen. Damit werden die für pflegebedürftige Menschen in Frage kommenden

Leistungen und Unterstützungsangebote präziser und vollständiger erfasst. Mit dem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten § 37b des Fünften Buches (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) wurde der Anspruch Pflegebedürftiger – auch in stationären Pflegeeinrichtungen – auf spezialisierte Palliativversorgung klargestellt. Der Verweis auf Leistungen der Prävention trägt dem in § 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation) enthaltenen Auftrag an die Pflegekassen Rechnung, bei den zuständigen Leistungsträgern auf frühzeitige Einleitung aller geeigneten Leistungen der Prävention hinzuwirken. Zu den für Pflegebedürftige erforderlichen Leistungen können auch Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten Buch gehören. Die Pflegekassen koordinieren die aufgeführten Leistungen durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach § 7a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung werden die Pflegekassen verpflichtet, die bereits durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in § 92b geschaffene Regelung der Teilnahme von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen an der integrierten Versorgung intensiv zu nutzen, um damit eine die Versicherungszweige übergreifende Leistungserbringung zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang sollen die Pflegekassen besonderes Augenmerk auf die ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen richten, die eine für die betroffenen Pflegebedürftigen besonders wichtige Schnittstelle zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung darstellt. Dazu gehört nicht nur eine Verstärkung der allgemeinärztlichen Betreuung, sondern auch eine bessere fachärztliche und zahnmedizinische Versorgung, bei denen besonders Defizite festgestellt wurden.

Zu diesem Zweck können und sollen Pflegeheime wie bisher Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen, um die medizinische Versorgung ihrer Bewohner sicherzustellen. Darüber hinaus wird im Fünften Buch die Möglichkeit der ärztlichen Versorgung durch einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt (Heimarzt) geschaffen (vergleiche § 119b des Fünften Buches). Die Pflegekassen sollen die Nutzung der genannten Möglichkeiten unterstützen.

Die Regelung zielt darauf ab, dass für die vielfach chronisch kranken und multimorbiden sowie psychisch kranken pflegebedürftigen Heimbewohner ein Versorgungsangebot bereitgestellt wird, das ihren Bedürfnissen nach einer angemessenen und ganzheitlichen medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Versorgung entspricht und in dem sie die erforderliche Zuwendung sowohl durch Pflegekräfte als auch durch Ärzte und Therapeuten, wie zum Beispiel Heilmittelerbringer, erfahren. Von einer solchen Zusammenarbeit können nicht nur die Pflegeheimbewohner, sondern auch die Pflege- und Krankenkassen, die medizinisch-therapeutischen Leistungserbringer, die Pflegeeinrichtungen und das Pflegepersonal profitieren. Durch regelmäßig stattfindende Visiten im Heim sowie eine Rufbereitschaft der Vertragsärzte rund um die Uhr kann der Arzt kontinuierlich den Zustand der Pflegebedürftigen beobachten, Veränderungen wahrnehmen und gegebenenfalls auch rechtzeitig auf notwendige Interventionsmaßnahmen, zum Beispiel eine gezielte Rehabilitationsmaßnahme, hinweisen.

Darüber hinaus können unnötige Krankenhauseinweisungen, die für pflegebedürftige Personen eine erhebliche Belastung darstellen, vermieden und insbesondere für die Krankenkassen Kostenbelastungen durch Krankenhauskosten, Notarzteinsätze und vermeidbare Medikamentenausgaben eingeschränkt werden.

Zu Nummer 9 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass bei jedem Antragsteller zu ermitteln ist, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, da für diesen Personenkreis ein Leistungsanspruch nach § 45b auch unterhalb des Vorliegens einer erheblichen Pflegebedürftigkeit besteht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat umfassend zu prüfen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Die Änderung stellt klar, dass die insoweit festgestellten Ansprüche des Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht eingeschränkt sind.

Zu Buchstabe b

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung führt jährlich circa 1,3 Millionen Begutachtungen durch. Die Dauer der Bearbeitungszeiten von Anträgen auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist derzeit regional sehr unterschiedlich. Viele medizinische Dienste haben in der Vergangenheit unter anderem durch eine Optimierung des internen Auftragsmanagements und durch verbesserten EDV-Einsatz ihre Bearbeitungszeiten erheblich senken können.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Damit bundesweit bei allen Antragstellern gleiche Voraussetzungen für die Planung der notwendigen Pflege vorliegen, wird den Pflegekassen eine Frist vorgegeben, in der die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit in der Regel zu erfolgen hat. Die Frist beträgt fünf Wochen vom Antragseingang bei der zuständigen Pflegekasse bis zur Zustellung des Leistungsbescheids an den Antragsteller. Die Pflegekassen haben somit nunmehr sicherzustellen, dass eine fristgerechte Entscheidung nicht an einer unangemessen langen Bearbeitungsdauer durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung scheitert.

Die Ergänzungen in Satz 3 und 4 stellen klar, dass im Fall der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, die in der Regel mit einer Notsituation einhergeht, eine besonders rasche Bearbeitung des Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu erfolgen hat. Die Frist in Satz 4 ist unter Berücksichtigung der Notwendigkeit der Beschaffung der für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (§ 18 Abs. 5) weiter gefasst als für Begutachtungsverfahren aus dem stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich, wo die Unterlagen in der Regel vorlie-

gen. Gemäß Satz 5 muss die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in den Fällen der Sätze 3 und 4 nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. In allen Fällen ist die Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Es wird davon ausgegangen, dass diese Verfahrensweise auch im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung praktiziert wird.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung in Absatz 6 soll erreicht werden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung künftig tatsächlich in jedem Gutachten auch Aussagen dazu trifft, ob und welche geeigneten und zumutbaren Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation im Einzelfall geboten sind, und die Ergebnisse dieser Prüfung der Pflegekasse im Rahmen seiner Stellungnahme mitteilt. Die Pflegekassen haben das Ergebnis der Prüfung den Pflegebedürftigen und mit deren Einwilligung dem zuständigen Rehabilitationsträger und dem behandelnden Arzt unverzüglich zur Kenntnis zu bringen und gehen dabei entsprechend den in § 31 Abs. 3 getroffenen Neuregelungen vor. Darüber hinaus soll mit der Änderung eine weitere Verkürzung der Gutachtenbearbeitung erreicht werden.

Zu Buchstabe d

Die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll bisher nach § 18 Abs. 7 durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen werden. Die Begutachtungsrichtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen regeln darüber hinaus, dass Arzt und Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gemeinsam festlegen sollen, welcher Gutachter (Arzt und/oder Pflegefachkraft, spezielles Fachgebiet, speziell geschulte Gutachter zum Beispiel für die Begutachtung von Kindern) den Besuch durchführt. Die Begutachtung von Kindern setzt besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraus. Die Neuregelung stellt nunmehr gesetzlich sicher, dass dabei in der Regel nur entsprechende Fachkräfte eingesetzt werden dürfen. Dies sichert die Qualität der Begutachtung und erhöht die Akzeptanz des Begutachtungsverfahrens bei den betroffenen Eltern.

Mit der Verwendung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger wird der geänderten Bezeichnung im Krankenpflegegesetz Rechnung getragen. Der Verzicht auf die zusätzliche Aufzählung der alten Bezeichnungen trägt dem Interesse der Rechtsklarheit Rechnung. Er ist möglich, weil die Übergangsvorschriften in § 23 des Krankenpflegegesetzes klarstellen, dass die Personen, die über eine Berufserlaubnis nach altem Recht verfügen, die neue Berufsbezeichnung verwenden dürfen, ohne eine entsprechende Erlaubnis nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2004 zu beantragen. Sie werden daher von den Vorschriften, in denen nur noch die neuen Bezeichnungen Verwendung finden, mit umfasst.

Zu Nummer 10 (§ 23)

Zu Buchstabe a

Nach § 178a Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes bzw. nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes in der künftigen Fassung nach Inkrafttreten der Versicherungsvertragsrechtsreform ist eine Versicherungspflicht geregelt. Der private Versicherungsschutz muss ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen. Die neue Formulierung in Absatz 1 nimmt darauf Bezug. Ebenso wie die genannten Vorschriften (§ 178a Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung des GKV-WSG bzw. § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes in der künftigen Fassung) tritt auch diese Regelung zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Da privat Krankenversicherte, die bisher nur einen Anspruch auf stationäre Heilbehandlung hatten, ihren Versicherungsschutz ohne Ergänzung fortführen können (§ 193 Abs. 3 Satz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes), wird es auch in Zukunft Personen geben, die nur einen Versicherungsschutz mit Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung haben. Deshalb werden diese Fälle in Absatz 1 Satz 1 weiterhin genannt; auch sie unterliegen weiterhin entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ der Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zu Buchstabe b

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht die Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung vor und ermöglicht eine wirksame Kündigung nur, wenn die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt und nachweist. In Anlehnung daran wird auch für den Bereich der Pflegeversicherung klargestellt, dass Versicherungspflichtige ihren Vertrag nicht ohne den Nachweis wirksam kündigen können, dass sie ihren Versicherungsschutz bei einem anderen Versicherungsunternehmen lückenlos fortsetzen.

Zu Nummer 11 (§ 25)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Sie stellt klar, dass in der Pflegeversicherung weiterhin dieselben Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern gelten wie in der gesetzlichen Krankenversicherung und dass die Parallelität von § 25 Abs. 3 einerseits und § 10 Abs. 3 des Fünften Buches andererseits fortbestehen soll. Die Begriffe „Beitragsbemessungsgrenze“ in § 25 Abs. 3 einerseits und „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ in § 10 Abs. 3 des Fünften Buches andererseits haben durch das Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637), das zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, unterschiedliche Bedeutung erlangt. Auch für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung ist die höhere Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 des Fünften Buches maßgeblich, die niedrigere Grenze nach § 6 Abs. 7 des Fünften Buches gilt nur für privat krankenversicherte Arbeitnehmer, die unter den Bestandsschutz dieser Regelung fallen.

Zu Nummer 12 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (Einfügung des § 45b) sowie

im Hinblick auf die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass für die Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach § 7a ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung besteht.

Zu Nummer 13 (§ 30)

Mit der Neufassung der Regelung über die Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung soll erreicht werden, dass die Kaufkraft der Versicherungsleistungen im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen langfristig erhalten bleibt. Es wird eine regelgebundene Prüfung der Notwendigkeit der Dynamisierung aller Leistungsbeträge eingeführt. Hierzu wird – beginnend mit dem Jahr 2014 – alle drei Jahre von der Bundesregierung geprüft, ob und inwieweit eine Dynamisierung geboten ist. Für die Prüfung einer Dynamisierung soll die kumulierte Inflationsentwicklung (Anstieg des Verbraucherpreisindex) in den letzten drei Jahren als ein Orientierungswert dienen. Weil Personalkosten ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die Kosten im Pflegebereich sind, ist dabei sicherzustellen, dass die Dynamisierung nicht um einen höheren Vomhundertsatz als der Anstieg der Bruttolohnentwicklung (Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigtem Arbeitnehmer im entsprechenden Drei-Jahres-Zeitraum) erfolgt. Bei der Prüfung der Notwendigkeit und der Höhe einer Dynamisierung können auch die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Nach Abschluss der Prüfung legt die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Im Anschluss an die Vorlage des Berichts wird die Bundesregierung – unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes – dazu ermächtigt, die Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar des Folgejahres durch Rechtsverordnung festzulegen. Die Bundesregierung soll bis zum Erlass der Rechtsverordnung zunächst zwei Monate abwarten, ob die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes eine Stellungnahme abgeben. Dies ist eine Mindestwartezeit und, wenn die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes eine längere Bearbeitungszeit benötigen, es soll darauf Rücksicht genommen werden.

Mit diesem Verfahren wird Transparenz und Nachprüfbarkeit auch für die Öffentlichkeit gewährleistet. Dies ist insbesondere notwendig, wenn im Einzelfall nach dem Ergebnis der Prüfung der Bundesregierung keine Dynamisierung der Leistungen vorgenommen werden muss oder kann und deshalb erst gar kein Verfahren zum Erlass einer Rechtsverordnung eingeleitet wird, in dessen Verlauf die Daten und deren Bewertung ohnehin veröffentlicht würden.

Diese Form der Dynamisierung führt dazu, dass nicht unmittelbar aus dem Gesetz selbst entnommen werden kann, wie hoch der Leistungsanspruch im Einzelfall tatsächlich ist. Die Dynamisierung wird im Interesse der Versicherten an der Werterhaltung der Versicherungsleistungen vorgenommen. Damit die tatsächlichen Leistungshöhen in den jeweiligen Kalenderjahren jedoch allgemein bekannt sind, können ne-

ben dem jeweiligen Dynamisierungsfaktor auch die sich daraus ergebenden exakten Leistungsbeträge in der ambulanten und stationären Pflege jeweils in der Verordnung der Bundesregierung bekannt gegeben werden.

Zu Nummer 14 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzungen sollen dazu führen, dass Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation vor und während der Pflegebedürftigkeit besser als bisher genutzt und ausgeschöpft werden. Die Pflegekassen sind ausdrücklich verpflichtet, die Versicherten und mit Einwilligung der Versicherten den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Diese Feststellung kann sowohl aufgrund der nach § 18 verbindlich zu erstellenden Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung als auch aufgrund anderer der Pflegekasse vorliegender Informationen getroffen werden, wenn Leistungen zur Rehabilitation erfolversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf eines Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger wird ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 des Neunten Buches geregelten Entscheidungsfristen (drei Wochen, da in der Regel der zuständige Reha-Träger bekannt und eine weitere Begutachtung nicht erforderlich ist) in Gang gesetzt und dementsprechend zügig und transparent wird über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden. Die Pflegekassen prüfen in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob Leistungen der Rehabilitation durchgeführt worden sind. Sofern dies nicht erfolgt ist, hat die Pflegekasse unmittelbar, das heißt ohne weitere Unterrichtung des zuständigen Trägers nach § 32 Abs. 2, vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, soweit diese Leistungen erforderlich sind.

Zu Buchstabe b

Mit der Neuformulierung des § 31 Abs. 3 werden die bisher in § 31 Abs. 4 allgemein geregelten Unterstützungspflichten der Pflegekassen konkretisiert, so dass Absatz 4 entfallen kann.

Zu Nummer 15 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung des § 33 Abs. 1 schafft in begründeten Fällen die Möglichkeit zur Befristung der Zuordnung zu einer Pflegestufe, der Anerkennung als Härtefall sowie der Bewilligung von Leistungen. Von dieser Neuregelung werden bereits getroffene Entscheidungen der Pflegekassen nicht berührt.

Die Regelung stellt sicher, dass die Leistungen der Pflegeversicherung in jedem Fall am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet zur Verfügung gestellt werden. Sie dient der Verwaltungsver-

einfachung sowie der Entbürokratisierung und schafft bei absehbaren Veränderungen des Pflegebedarfs Transparenz und Klarheit über die Zeitdauer der bestehenden Leistungsansprüche für die am Verwaltungsverfahren und am Pflegeprozess beteiligten Personen und Institutionen.

Insbesondere in den Fällen, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung aufgrund der Verpflichtung nach § 18 Abs. 6 feststellt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, wird durch eine befristete Zuordnung zu einer Pflegestufe, die befristete Anerkennung als Härtefall sowie die befristete Bewilligung von Leistungen dem Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“ auch gegenüber den Betroffenen Nachdruck verliehen und die Steuerung des Gesamtprozesses durch die Pflegekassen ermöglicht. Dies könnte beispielsweise auf eine durch die Folgen eines Verkehrsunfalls eingetretene Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung zutreffen, die auf erhebliche unfallbedingte Bewegungseinschränkungen zurückzuführen und mittelfristig – beispielsweise nach zwölf Monaten – durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zurückführbar ist oder sein dürfte (zum Beispiel von der Pflegestufe II in die Pflegestufe I). Eine Leistungsbewilligung ohne zeitliche Befristung würde hier und in vergleichbaren Fällen vielfach in Bezug auf das Rehabilitationspotenzial ein falsches Signal und negative Anreize für die Mitwirkung am Rehabilitationsprozess setzen.

Vor Ablauf der Befristung soll die Pflegekasse von Amts wegen tätig werden. Sie soll eine nahtlose Fortsetzung der Pflegeleistungen sicherstellen, ohne dass der Pflegebedürftige einen neuen Antrag hierfür stellen muss.

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Nachdem im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes für alle Personen im Inland eine Einbeziehung in den Schutz der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung vorgesehen wurde und dieser Schutz ab Versicherungsbeginn ohne Vorversicherungszeiten wirksam wird, wird nun im Bereich der Pflegeversicherung die vorgeschriebene Vorversicherungszeit von fünf auf zwei Jahre verkürzt. Insbesondere im Hinblick auf Zuwanderer und Auslandsrückkehrer kann auch in Zukunft in der (gesetzlichen und privaten) Pflegeversicherung nicht ganz auf eine Vorversicherungszeit verzichtet werden, um die Belastungen für die Solidargemeinschaft in Grenzen zu halten.

Zu Buchstabe c

In Artikel 28 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung – GSG – vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2329) war ursprünglich in Aussicht gestellt worden, dass Sozialhilfeempfänger in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden. Dies hätte dann auch zu einer Einbeziehung in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung geführt. Die Umsetzung dieser Ankündigung blieb nach Artikel 28 Abs. 2 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung einem besonderen Gesetz vorbehalten. Da eine

solche gesetzliche Regelung nicht eingeführt wurde, ist § 33 Abs. 4 gegenstandslos. Daher ist Absatz 4 aufzuheben.

Zu Nummer 16 (§ 34)

Nach dem Wortlaut des § 34 Abs. 2 Satz 2 besteht nur bei einem Krankenhausaufenthalt oder bei einer stationären medizinischen Rehabilitation ein Anspruch auf die Weiterzahlung des Pflegegeldes in den ersten vier Wochen des Aufenthaltes in der Einrichtung. Zur Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft der Pflegeperson und wegen der Vergleichbarkeit der Ausgangslage mit den bereits ausdrücklich geregelten Fällen soll nun auch bei einer häuslichen Krankenpflege, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung über § 37 Abs. 1 des Fünften Buches (krankenhausersetzende Pflege) abgedeckt ist, das Pflegegeld in den ersten vier Wochen weitergezahlt werden.

Die Regelung schafft eine klare Rechtsgrundlage für die Pflegekassen, die gegenwärtig bereits entsprechend verfahren.

Zu Nummer 17 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Die Regelung ermöglicht das „Poolen“ von Leistungsansprüchen, das heißt, dass Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung von mehreren Leistungsberechtigten gemeinsam abgerufen werden können. Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft, einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße, „gepoolte“ Leistungen in Anspruch nehmen, können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und 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. Unter Betreuungsleistungen sind solche Leistungen zu verstehen, wie sie nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als „besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung“ von ambulanten Pflegediensten oder wie sie von Pflegeheimen als „soziale Betreuung“ (§ 43 Abs. 2) erbracht werden. Hierzu können in den Pflegeverträgen (§ 120) des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes mit den am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen konkrete Aussagen getroffen werden.

Allerdings dürfen Betreuungsleistungen zulasten der Pflegeversicherung nur erbracht werden, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt sind. Benachteiligungen bei der notwendigen Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall müssen ausgeschlossen sein. Hier sind die jeweiligen Leistungserbringer gefordert und verpflichtet, im Rahmen ihrer vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten gegenüber der Pflegekasse sowie aufgrund ihrer Leistungserbringerpflichten und ihrer Fürsorgeverantwortung gegenüber dem Pflegebedürftigen aufgrund des Pflegevertrages sicherzustellen, dass es nicht zu Benachteiligungen kommt. In Streitfällen kann die Pflegeberatung hinzugezogen werden, damit jeder Beteiligte die ihm aus dem „Pool“ zustehenden Leistungen in angemessenem Umfang erhält.

Die Neuregelung stellt eine Ausnahme von der bisherigen verrichtungsbezogenen Beschränkung der Sachleistungen bei häuslicher Pflege auf Hilfeleistungen bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung dar, indem auch die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen zulasten der Pflegekassen ermöglicht wird. Unabhängig davon besteht gegebenenfalls daneben der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, der – wie bisher schon – im Rahmen einer Kostenerstattung besteht.

Der einzelne Pflegebedürftige entscheidet selbst, ob er sich an einem „Pool“ beteiligt. Die Initiative zur Bildung eines „Pools“ kann von Dritten, insbesondere von dem Pflegestützpunkt, ausgehen.

Soweit die einzelnen Betreuungsleistungen anderen Leistungsträgern als Kann- oder Pflichtleistungen zuzuordnen sind, wie zum Beispiel Hilfeleistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wird eine Finanzierung zulasten der Pflegeversicherung ausgeschlossen.

Die Regelung wird durch die neu vorgesehenen „poolspezifischen“ Vergütungen für Pflege und Betreuung ergänzt (siehe § 89 Abs. 3).

Zu Buchstabe b

Die ambulanten Pflegesachleistungen betragen bisher 384 Euro/921 Euro/1 432 Euro monatlich. Sie werden in drei Schritten zum 1. Juli 2008, 1. Januar 2010 und 1. Januar 2012 erhöht. Die Beträge belaufen sich ab 2012 auf 450 Euro/1 100 Euro/1 550 Euro monatlich. Dies ist Teil der Umgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung, mit der eine neue Gewichtung der Leistungen der häuslichen und der vollstationären Pflege mit dem Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege erfolgt.

Zu Buchstabe c

Die bisherige Regelung über die Begrenzung der Ausnahmeregelung für ambulante Härtefälle bei der einzelnen Pflegekasse wird geändert. Aufgrund des vorliegenden statistischen Zahlenmaterials zur Pflegeversicherung ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der Lage, bundesweit die Zahl der Härtefälle, deren Entwicklung und damit auch das Einhalten des Vmhundertsatzes zur Begrenzung der Härtefallregelung im ambulanten Bereich zeitnah nachzuvollziehen. Ist die Nichteinhaltung der Begrenzung absehbar oder bereits eingetreten, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen von § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 so anzupassen, dass die gesetzliche Quote eingehalten wird.

Zu Nummer 18 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Das Pflegegeld beträgt bisher 205 Euro/410 Euro/665 Euro monatlich. Es wird in drei Schritten zum 1. Juli 2008, 1. Januar 2010 und 1. Januar 2012 erhöht. Die Beträge werden sich ab 2012 auf 235 Euro/440 Euro/700 Euro monatlich belaufen.

Zu Buchstabe b

In § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches sind Regelungen zur Erleichterung der Rückabwicklung von Zahlungen, die für die Zeit nach dem Versterben des Empfängers zu Unrecht erfolgt sind, vorgesehen. Danach gelten Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tode des Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut im Inland überwiesen wurden, als unter Vorbehalt erbracht. Das Geldinstitut hat sie zurückzuüberweisen, wenn sie, als zu Unrecht erbracht, zurückgefordert werden. Diese Regelungen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, insbesondere die Pflicht zur Rücküberweisung des Betrages durch das jeweilige Geldinstitut, haben sich bewährt und sollen auch für die soziale und private Pflege-Pflichtversicherung gelten. Das Pflegegeld, das für den Monat, in dessen Verlauf der Pflegebedürftige gestorben ist, überwiesen wurde, wird nach der bereits bestehenden Regelung (§ 37 Abs. 2 Satz 2) nicht und zwar auch nicht anteilig zurückgefordert.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Neben zugelassenen Pflegediensten sollen künftig auch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 durchführen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vergütungen für die Beratungseinsätze, die für die Bezieher von Pflegegeld obligatorisch sind und von den Pflegekassen bezahlt werden, werden um 5 Euro erhöht.

Zu Doppelbuchstabe cc

Personen der so genannten Pflegestufe 0, die im Sinne des § 45a in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind und die Leistung nach § 45b erhalten, können pro Halbjahr einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Der Beratungseinsatz wird – wie für die Pflegestufen I und II – mit 21 Euro vergütet. Der Beratungseinsatz ist ein Unterstützungsangebot, um die Versorgungs- und Lebensqualität dieses Personenkreises in der häuslichen Pflege zu verbessern und um die Angehörigen bei der Bewältigung der Pflegesituation zu unterstützen. Die Beratung soll dazu dienen, die individuelle Situation einzuschätzen, auf Hilfestellungen aufmerksam zu machen, Kontakte herzustellen und bei der Einbindung der Hilfeangebote in den Alltag zu beraten. Hierdurch werden die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten für eine den Bedürfnissen und Wünschen entsprechende individuelle Versorgung, Pflege und soziale Betreuung in der häuslichen Umgebung durchschaubarer. Die Angebote und Hilfen können somit im Ergebnis besser zur Entlastung der Angehörigen und zur Steigerung der Qualität der Versorgung genutzt werden.

Insgesamt ist es nicht ausgeschlossen, dass sich zum Teil Überschneidungen mit Aufgaben der Pflegeberatung ergeben können. Hauptzielsetzung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 ist allerdings die Erhaltung der Qualität der selbst sichergestellten Pflege. Deshalb werden mögliche Überschneidungen mit der Pflegeberatung hingenommen.

Zu den Buchstaben d bis f

Es wird die Möglichkeit eröffnet, die Beratung im häuslichen Bereich auch von geeigneten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz durchführen zu lassen. Die hierfür notwendige Anerkennung als kompetente und qualifizierte Beratungsstelle erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Beispielsweise kann hierdurch die Beratung der Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen zu Hause verbessert werden, indem diese durch eine spezielle Demenzberatung über das Krankheitsbild informiert werden und insbesondere Hinweise zur sozialen und emotionalen Milieugestaltung, zur Biografiearbeit, zu Beschäftigungsmöglichkeiten mit dem Kranken, zur Sterbebegleitung bei demenzkranken Menschen, zu Selbsthilfegruppen und zu Entlastungsmöglichkeiten durch niedrigschwellige Angebote erhalten.

Die Regelung bezweckt eine Intensivierung des Wettbewerbs im (Pflege-)Beratungsgeschäft. Zugleich dient sie dazu, ambulante Pflegedienste von den nach ihrer Ansicht häufig aufwendigen und wegen der bisherigen Vergütungshöhe unattraktiven Hausbesuchen zu entlasten und das Beratungsangebot im Interesse der Pflegebedürftigen zu erweitern. Für die Beratung durch anerkannte Beratungsstellen gelten die gleichen Anforderungen wie für die Beratung durch die ambulanten Pflegedienste.

Die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach § 7a sind mit der persönlichen Pflegesituation vertraut, gewährleisten eine qualifizierte und individuelle Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in den Pflegestützpunkten und können zu diesem Zweck auch auf Wunsch des Pflegebedürftigen in die häusliche Umgebung kommen (§ 7a Abs. 2). Es soll daher nach Absatz 8 ermöglicht werden, dass auch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen den Beratungseinsatz durchführen und den hierüber erforderlichen Nachweis ausstellen. Durch diese Regelung werden unnötige Doppelungen von Hausbesuchen sowie Doppelberatungen vermieden. Hat der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin eine qualifizierte Beratung im Sinne dieser Vorschrift halb- oder vierteljährlich (je nach Pflegestufe) im Rahmen seiner oder ihrer Tätigkeit bereits in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt, so gilt die für Pflegegeldempfänger halb- oder vierteljährlich vorgeschriebene Beratung als durchgeführt und kann vom Pflegeberater oder von der Pflegeberaterin bescheinigt werden.

Zu Nummer 19 (§ 39)

Im Rahmen der Umgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung wird die Leistung der Verhinderungspflege ebenso wie die Pflegesachleistung der Pflegestufe III nach § 36 Abs. 3 Nr. 3 schrittweise erhöht.

Zudem wird klargestellt, dass der volle Leistungsumfang von derzeit bis zu 1 432 Euro (der Betrag wird stufenweise auf 1 550 Euro erhöht) je Kalenderjahr bei Ersatzpflegepersonen, die dem Pflegebedürftigen nicht nahe stehen, eingeräumt wird, ohne dass es einer zusätzlichen Prüfung bedarf, ob die Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird. Dadurch wird unnötiger Prüfaufwand bei den Pflegekassen vermieden, der aufgrund der gegenteiligen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vergleiche das Urteil vom 6. Juni 2002, Az. B 3 P 2/02 R) eingetreten ist, obwohl der Gesetzgeber diesen bereits durch die geltende Fassung vermeiden wollte.

Bei nahen Angehörigen des Pflegebedürftigen, also bei Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, beschränkt sich der Leistungsumfang grundsätzlich auf die Höhe des Pflegegeldes. Bei diesen nahen Angehörigen kann aber im Einzelfall dargelegt werden, dass die Tätigkeit erwerbsmäßig ausgeübt wird und somit der volle Leistungsumfang von derzeit bis zu 1 432 Euro (der Betrag wird stufenweise erhöht auf 1 550 Euro) gerechtfertigt ist. Nur in diesen Fällen spielt die Prüfung der Frage eine Rolle, ob die Verhinderungspflege erwerbsmäßig im Sinne dieser Regelung ausgeübt wird.

Zu Nummer 20 (§ 40)**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Änderung, die der praktischen Bedeutung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im Rahmen des § 40 Rechnung trägt und zudem berücksichtigt, dass technische Hilfen sowohl im Bereich der Pflegehilfsmittel als auch bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen möglich sind.

Zu Buchstabe b

Der Begriff „Pflegehilfsmittel“ wird künftig durchgängig verwendet, um die bisherige uneinheitliche Bezeichnung „Hilfsmittel“ und „Pflegehilfsmittel“ abzustellen. Schon nach geltendem Recht waren ausschließlich Pflegehilfsmittel Regelungsgegenstand (§ 40 Abs. 2 und 3). Eine inhaltliche Reduzierung der Ansprüche gegenüber der heutigen Bewilligungspraxis geht damit nicht einher. Auch bisher gilt vielmehr, dass die Pflegeversicherung im Verhältnis, insbesondere zur gesetzlichen Krankenversicherung, nur subsidiär für die (Pflege-)Hilfsmittelversorgung zuständig ist.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden grundsätzlich als Sach- und Geldleistungen und nicht in Form einer Kostenerstattung erbracht (§ 4 Abs. 1 Satz 1). Da es für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel bei Einführung der Pflegeversicherung zunächst keine von den Pflegekassen zugelassenen Leistungserbringer gab und lange Zeit keine flächendeckende Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer gewährleistet werden konnte, haben die Pflegekassen diese Leistung meist in Form einer Kostenerstattung gewährt, obwohl nach der bisherigen Ausgestaltung des § 40 grundsätzlich das Sachleistungsprinzip anzuwenden war. Die Kostenerstattung in diesem Leistungssegment hat sich bewährt, sie soll den Pflegekassen dauerhaft ermöglicht werden. Dies ist sowohl für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen als auch für die Pflegekassen weniger aufwendig und ermöglicht einen unkomplizierten sowie vielfach günstigeren Einkauf, beispielsweise in Apotheken oder in Drogeriemärkten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat aber auch weiterhin Verträge über die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln zu schließen und dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven für die Pflegebedürftigen zu erschließen.

Zu Buchstabe c**Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc**

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aus den unter Buchstabe b genannten Gründen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der §§ 61 und 62 des Fünften Buches durch das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, sowie aufgrund der Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378 ff.). Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen ist nun allein in § 62 des Fünften Buches geregelt, so dass die Bezugnahme auf § 61 des Fünften Buches zu streichen ist. Für Pflegebedürftige, die nach dem Fünften Buch als chronisch Kranke anerkannt sind, beträgt die Belastungsgrenze auch im Recht der Pflegeversicherung eins vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Pflegebedürftige beträgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die nach dem Fünften Buch seit dem 1. April 2007 vorgesehene Erhöhung der Belastungsgrenze von eins vom Hundert auf zwei vom Hundert, wenn Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen wurden, findet im Rahmen der Pflegeversicherung keine Anwendung.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenze in der Pflegeversicherung zugunsten des Versicherten die Belastungen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung zusammenaddiert werden müssen.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aus den unter Buchstabe b genannten Gründen.

Zu Nummer 21 (§ 41)**Zu Buchstabe a****Zu Absatz 2**

Die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass – wie bereits nach dem bisherigen Recht – die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit den Sachleistungen bei häuslicher Pflege nach § 36, mit dem Pflegegeld nach § 37 oder mit der Kombinationsleistung nach § 38 kombiniert werden können.

Zu Buchstabe b

Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege haben eine wichtige Funktion bei der Entlastung pflegender Angehöriger und sind auch unter aktivierenden Gesichtspunkten, insbesondere bei der Versorgung und Betreuung von Demenzkranke, von großer Bedeutung. Die Nachtpflege kann zum Beispiel Angehörigen ermöglichen, Nachtruhe zu finden, wenn der demente Pflegebedürftige eine Störung des Tag-Nacht-Rhythmus hat und nachts unruhig umherläuft. Dennoch klafft zwischen der wichtigen Funktion, die der Tages- und Nachtpflege im Versorgungssystem zukommt, und der

realen Inanspruchnahme eine erhebliche Lücke. Ein Hindernis für die Inanspruchnahme wird darin gesehen, dass bei Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege häufig ein zu geringer Anspruch auf Pflegegeld und ambulante Pflegeeinsätze für die Zeit, die der Pflegebedürftige zu Hause gepflegt werden muss, verbleibt.

Der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege (§§ 36 bis 38) und den Leistungen der teilstationären Pflege wird daher auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht, damit der dadurch ausgelöste Nachfrageimpuls mit dazu beiträgt, dass der Bestand dieses unverzichtbaren Bausteins des Gesamtversorgungssystems nachhaltig gesichert wird.

Folgende Aufteilungen der Leistungen der Tages- und Nachtpflege zusammen mit den Leistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 oder § 37 (ohne Berücksichtigung einer ebenfalls möglichen Kombinationsleistung von Pflegesachleistung und Pflegegeld nach § 38, siehe dazu auch die Begründung zu Absatz 6) sind demzufolge denkbar:

Leistungen der Tages- und Nachtpflege	Leistungen bei häuslicher Pflege (nur Sachleistung oder nur Pflegegeld)
100 vom Hundert	50 vom Hundert
90 vom Hundert	60 vom Hundert
80 vom Hundert	70 vom Hundert
70 vom Hundert	80 vom Hundert
60 vom Hundert	90 vom Hundert
50 vom Hundert	100 vom Hundert
40 vom Hundert	100 vom Hundert
30 vom Hundert	100 vom Hundert
20 vom Hundert	100 vom Hundert
10 vom Hundert	100 vom Hundert

Zu Absatz 4

Neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. Ebenso wird es auch umgekehrt ermöglicht, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege noch den Anspruch auf Pflegesachleistungen in vollem Umfang zu nutzen. Der Gesamtanspruch bei Kombination von Tages- und Nachtpflege sowie Pflegesachleistung beläuft sich damit auf 150 vom Hundert der Werte, die jeweils bei Tages- und Nachtpflege und der Pflegesachleistung (ohne Kombination nach § 38) vorgesehen sind. Nimmt der Pflegebedürftige nicht mehr als 50 vom Hundert der vorgesehenen Leistungsbeträge nach Absatz 2 in Anspruch, besteht daneben der Anspruch auf Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege in voller Höhe der in § 36 geregelten Leistungsbeträge. Nimmt der Pflegebedürftige umgekehrt bis zu 50 vom Hundert der nach § 36 vorgesehenen Leistungsbeträge in Anspruch, besteht daneben Anspruch auf Tages- und Nachtpflege in voller Höhe der nach Absatz 2 vorgesehenen Leistungsbeträge.

Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche, beläuft sich der Gesamtleistungsanspruch auf bis zu 1 470 Euro (= 980 Euro \times 1,5). Er kann zum Beispiel Tagespflege in Höhe von 980 Euro (= 100 vom Hundert) mit Pflegesachleistungen in Höhe von 490 Euro (= 50 vom Hundert) kombinieren.

Beispiel II

Nimmt er abweichend von Beispiel I von der Pflegesachleistung weniger als 490 Euro in Anspruch, kann er trotzdem nicht mehr als 100 vom Hundert der Tagespflegeleistung erhalten, denn die Tagespflegeleistung kann maximal zu 100 vom Hundert ausgeschöpft werden. (Hinweis: Er kann aber in diesem Beispiel auf der Grundlage von Absatz 6 noch ein anteiliges Pflegegeld erhalten, da der Gesamtsachleistungsanspruch von 150 vom Hundert nicht ausgeschöpft wird).

Zu Absatz 5

Nimmt der Pflegebedürftige neben der Tages- und Nachtpflege das Pflegegeld nach § 37 in Anspruch, besteht neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege noch ein hälftiger Anspruch auf Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige und selbst sichergestellte Pflege. Ebenso wird es – wie auch bei der Pflegesachleistung nach Absatz 4 – umgekehrt ermöglicht, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege ein ungekürztes Pflegegeld nach § 37 zu erhalten. Bei einer höheren Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege als 50 vom Hundert wird durch eine analoge Anwendung des § 38 sichergestellt, dass auch Pflegegeldbezieher von der Leistungsverbesserung adäquat profitieren.

Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 420 Euro monatlich (wenn er nur Pflegegeld in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche und nimmt er die Tagespflegeleistung zu 100 vom Hundert in Anspruch, beläuft sich der Gesamtanspruch auf 980 Euro Tagespflege plus das halbe Pflegegeld in Höhe von 210 Euro (= 420 Euro \times 0,5).

Beispiel II

Der Anspruch auf Tagespflege gemäß dem Beispiel I kann nicht dadurch erhöht werden, dass der Pflegebedürftige auf einen Teil seines hälftigen Pflegegeldanspruchs verzichtet, denn die Leistung Tagespflege kann nur maximal zu 100 vom Hundert ausgeschöpft werden.

Zu Absatz 6

Die erhöhte Gesamtleistung wirkt sich auch auf die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 aus. Die Rege-

lung stellt sicher, dass bei einer zusätzlichen Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege bis zu einer Höhe von 50 vom Hundert des Gesamtanspruchs der Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld weder gekürzt noch gegenüber solchen Pflegebedürftigen, die lediglich die Kombinationsleistung nach § 38 und keine Tages- und Nachtpflege – aus welchen Gründen auch immer – in Anspruch nehmen, angehoben wird. Näheres ergibt sich aus den nachfolgenden Beispielen (die Leistungsbeträge entsprechen der Pflegestufe II in der ab 1. Juli 2008 vorgesehenen Höhe von 980 Euro monatlich):

Beispiel I

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	196 Euro = 20 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	210 Euro = 50 vom Hundert

In Beispiel I ergibt sich nicht etwa ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld in Höhe von 80 vom Hundert, der Gesamtanspruch beläuft sich auf 120 vom Hundert; der Pflegebedürftige könnte aber die Tages- bzw. Nachtpflege von 20 auf 50 vom Hundert aufstocken und somit den Gesamtanspruch von 150 vom Hundert ausschöpfen. Durch die geringfügige Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege ergibt sich keine Erhöhung der Kombinationsleistung nach § 38 im Verhältnis zu Pflegebedürftigen, die die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht in Anspruch nehmen können bzw. wollen. Pflegesachleistung und Pflegegeld bleiben zusammen auf 100 vom Hundert begrenzt.

Beispiel II

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	588 Euro = 60 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	168 Euro = 40 vom Hundert

Bei einer Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege von über 50 vom Hundert wird hierdurch sichergestellt, dass Pflegebedürftige ihre Leistungsansprüche nach ihrer Wahl miteinander kombinieren und uneingeschränkt von dem Ausbau der Leistung profitieren können.

Zu Nummer 22 (§ 42)

Die Leistungen für die Kurzzeitpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie dies bei den Leistungen für vollstationäre Pflege der Pflegestufe III (§ 43) der Fall ist.

Zu Nummer 23 (§ 43)**Zu Buchstabe a****Zu Absatz 2**

Die Leistungsbeträge bei stationärer Pflege werden für die Pflegestufe III von bisher 1 432 Euro monatlich auf künftig 1 550 Euro monatlich und bei Härtefällen der Pflegestufe III

von bisher 1 688 Euro monatlich auf künftig 1 918 Euro monatlich erhöht. Zudem wird auf die Begrenzung des Durchschnittsbetrages in Höhe von 15 339 Euro verzichtet. Diese Regelung hat in der Praxis bisher keine Bedeutung erlangt, weil die Ausgaben der Pflegekassen durch die festen Leistungspauschalen ohnehin unter dem Wert lagen.

Zu Absatz 3

Satz 1 ist inhaltlich unverändert. Die bisherige Regelung über die Begrenzung der Ausnahmeregelung für stationäre Härtefälle bei der einzelnen Pflegekasse wird – ebenso wie bei den ambulanten Sachleistungen in Härtefällen gemäß § 36 – geändert. Aufgrund des vorliegenden statistischen Zahlenmaterials zur Pflegeversicherung ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der Lage, bundesweit die Zahl der Härtefälle, deren Entwicklung und damit auch das Einhalten des Vomhundertsatzes zur Begrenzung der Härtefallregelung im stationären Bereich zeitnah nachzuvollziehen. Ist die Nichteinhaltung der Begrenzung absehbar oder bereits eingetreten, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen von § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 so anzupassen, dass die gesetzliche Quote eingehalten wird.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die in zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, bleibt unberührt.

Zu Buchstabe b

Nach dem neu eingeführten § 87a Abs. 1 Satz 5 hat das Pflegeheim für eine Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim für bis zu 42 Tage den Pflegeplatz freizuhalten. Dies gilt gemäß § 87a Abs. 1 Satz 6 neuer Fassung auch für einen 42 Tage überschreitenden Zeitraum bei einem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung. In der Zeit, in der die Vergütung für das Pflegeheim weitergezahlt wird, wird auch der pauschale Leistungsbetrag für den Pflegebedürftigen nach Absatz 2 gewährt. Während der Abwesenheit werden die monatlichen Leistungspauschalen nicht abgesenkt, es sei denn, dass entsprechend der allgemeinen Kürzungsregelung der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 übersteigen würde.

Zu Nummer 24 (§ 44)

Es handelt sich um melderechtliche Folgeänderungen zur Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b des Dritten Buches.

Zu Nummer 25 (§ 44a)

Das Pflegezeitgesetz (siehe Artikel 3) sieht für Beschäftigte im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 die Möglichkeit vor, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, und regelt zudem einen Anspruch auf Befreiung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate als sogenannte Pflegezeit nach § 3.

Diese arbeitsrechtlichen Regelungen werden durch Leistungen der Pflegeversicherung flankiert, um durch die ergän-

zenden Versicherungsleistungen die Möglichkeiten, die das Pflegezeitgesetz für Beschäftigte eröffnet, sozial abzufedern, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Vor diesem Hintergrund wird in einem neuen § 44a geregelt, dass Beschäftigte, die von ihren Rechten nach dem Pflegezeitgesetz Gebrauch machen, bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Zuschüsse zu Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten können.

Zusätzlich wird im Dritten Buch geregelt, dass die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige während der Pflegezeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet.

Diese Leistungen werden von den sozialen Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen, bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen auch anteilig von den Beihilfestellen, erbracht.

Die Leistungen werden nur für pflegende Angehörige vorgesehen, die unter den Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes von ihrem Recht auf Arbeitsfreistellung (bzw. Recht auf Arbeitsverweigerung) Gebrauch machen. Zweck der Regelung des § 44a ist nicht eine allgemeine Ausweitung von flankierenden sozialen Leistungen für Pflegepersonen, sondern nur eine verbesserte Absicherung für diejenigen, die sich als Beschäftigte unter den Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes und für die nach dem Pflegezeitgesetz vorgesehene Dauer von der Arbeitsleistung wegen familiärer Pflege befreien lassen oder an der Arbeitsleistung gehindert sind. Die Leistungen nach § 44a sind nicht vorgesehen für Personen, die sich unabhängig von dem Pflegezeitgesetz bzw. auf der Grundlage einer sonstigen Regelung (etwa aufgrund tarifvertraglicher oder beamtenrechtlicher Regelungen, siehe dazu insbesondere § 44b Abs. 3 des Beamtenrechtsrahmengesetzes) vorübergehend von der Arbeitsleistung befreien lassen. Sie gelten insbesondere auch nicht für Beschäftigte, die ihre Beschäftigung von vornherein auf Dauer aufgeben oder für einen längeren Zeitraum als sechs Monate unterbrechen.

Die bisher bereits vorgesehenen Leistungen und Vergünstigungen für Pflegepersonen (siehe § 44 in Verbindung mit § 19) bleiben unverändert fortbestehen: Seit Einführung der Pflegeversicherung werden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zur Verbesserung der Alterssicherung der pflegenden Angehörigen von der Pflegeversicherung erbracht und die Pflegepersonen sind bei der Pflegetätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Im Übrigen können Pflegebedürftige, die das Pflegegeld beziehen, dieses an die Pflegeperson weitergeben. Das Pflegegeld stellt zwar keine angemessene Entlohnung für die häufig sehr zeitaufwendige Pflege dar und ist von seiner Funktion her auch nicht als Ersatz für einen Verdienstausschlag bei Aufgabe oder Einschränkung einer Erwerbstätigkeit durch die Pflegeperson gedacht. Es soll jedoch dem Pflegebedürftigen ermöglichen, seinen pflegenden Angehörigen eine finanzielle Anerkennung für die Pflegetätigkeit zukommen zu lassen. Dies gilt vor allem bei Pflegepersonen, die sich in einer bis zu sechsmonatigen Pflegezeit befinden.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Pflegeversicherung keine sonstigen neuen Sozialleistungsansprüche geschaffen, insbesondere gibt es keine Regelungen, die den Einkommensausfall des Arbeitnehmers kompensieren sollen.

Sowohl das Pflegezeitgesetz als auch die Regelungen in § 44a Abs. 1 und 2 gehen von einer Sicherstellung der häuslichen Pflege durch den Angehörigen, der die Arbeitsbefreiung in Anspruch nimmt, aus. Eine bestimmte Stundenzahl an Pflege oder Betreuung, die der pflegende Angehörige täglich oder wöchentlich zu erbringen hätte, ist jedoch weder im Rahmen des Pflegezeitgesetzes noch nach § 44a Abs. 1 und 2 vorgeschrieben. Ein Ausschluss der Leistungen nach § 44a Abs. 1 und 2 ist insbesondere auch dann nicht vorgesehen, wenn die Pflege unter Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste oder unter Inanspruchnahme einer Tagespflegereinrichtung erbracht wird und der pflegende Angehörige die Pflege oder Betreuung ergänzend sicherstellt. Eine Mindestpflegezeit von 14 Stunden wöchentlich, wie bei der freiwilligen Weiterversicherung nach § 28a Abs. 1 Nr. 1 des Dritten Buches, wird nicht vorausgesetzt. Ausgeschlossen sind Fälle einer vollstationären Pflege.

Zu Absatz 1

Besonders wichtig für pflegende Angehörige, die eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz nehmen, ist die Aufrechterhaltung des Krankenversicherungsschutzes und damit zugleich auch der Fortbestand des Pflegeversicherungsschutzes.

Absatz 1 sieht Zuschüsse für eine Kranken- und Pflegeversicherung des pflegenden Angehörigen während einer Pflegezeit vor. Die Leistung wird auf Antrag von der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen erbracht, und zwar unabhängig davon, ob der pflegende Angehörige gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Demgemäß erbringen die Pflegekassen auch Zuschüsse für privat krankenversicherte Angehörige, und die private Pflege-Pflichtversicherung erbringt auch Zuschüsse für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Angehörige.

Bei der Prüfung, ob ein Anspruch auf Zuschüsse zu den Beiträgen des pflegenden Angehörigen zur Kranken- und Pflegeversicherung besteht, ist danach zu unterscheiden, wie der pflegende Angehörige bisher als Beschäftigter krankenversichert (und damit auch pflegeversichert) war, nämlich ob er bisher gesetzlich krankenversichert (siehe dazu unter Nummer 1), privat krankenversichert (siehe dazu unter Nummer 2) oder in einem Sondersystem krankenversichert (siehe dazu unter Nummer 3) war:

1. Pflegende Angehörige, die bei ihrer vorherigen Beschäftigung gesetzlich krankenversichert waren

In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Beschäftigte, die eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nehmen, scheiden mit Beginn der Pflegezeit aus der bisherigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches, die auf der Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt beruht, aus. Bezüglich ihres Krankenversicherungsschutzes bestehen dann vier alternative Möglichkeiten:

- Häufig können die pflegenden Angehörigen ab dem Tag der Freistellung von der Beschäftigung bzw. ab dem damit verbundenen Ruhen des Anspruchs auf Arbeitsentgelt beitragsfrei über ihren Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung familienversichert sein. Das in der Zeit vor und nach der Pflegezeit bezogene Arbeitsentgelt steht der Fami-

lienversicherung für die Dauer der Pflegezeit nicht entgegen. In Fällen einer Familienversicherung besteht kein Bedarf für einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung.

- Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sein können, also insbesondere, wenn kein in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Ehegatte vorhanden ist, können sich nach den allgemeinen Regelungen im Krankenversicherungsrecht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterversichern, wenn sie die dafür notwendige Vorversicherungszeit erfüllen, das heißt, wenn sie insbesondere vor diesem Zeitpunkt bereits zwölf Monate dort versichert waren. Sie sind dann gleichzeitig in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert und haben Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten (oder gegebenenfalls auch einen höheren Beitrag, wenn sie in der Pflegezeit noch über beitragspflichtige eigene Einnahmen oberhalb der Mindest-Beitragsbemessungsgrundlage verfügen oder wenn das Einkommen eines Ehegatten des pflegenden Angehörigen anteilig in entsprechender Höhe oberhalb der Mindest-Beitragsbemessungsgrundlage anzurechnen ist). Nach Absatz 1 werden die Zuschüsse durch die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen für die Kranken- und Pflegeversicherung des pflegenden Angehörigen in Höhe des Mindestbeitrages erbracht (siehe dazu im Einzelnen weiter unten).

Zur freiwilligen Weiterversicherung ist im Übrigen Folgendes ergänzend anzumerken: Die Weiterversicherung ist bereits ab dem ersten Tag der Freistellung erforderlich, ein Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 7 Abs. 3 Satz 1 des Vierten Buches für die Dauer eines Monats wird durch eine entsprechende Ergänzung des § 7 Abs. 3 des Vierten Buches nach Artikel 4 dieses Gesetzes ausgeschlossen.

- Ist die für die freiwillige Krankenversicherung erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt, besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der subsidiären Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder – bei pflegenden Angehörigen, die bei ihrer vorherigen Beschäftigung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren – nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (und Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12). Für die Beitragshöhe und die Höhe der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung gelten die vorstehenden Ausführungen für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte entsprechend.
- Es werden keine Zuschüsse vorgesehen für sonstige Personen, die während der Pflegezeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, weil sie einen anderen Versicherungspflichttatbestand als den nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches aufgrund der bisherigen Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt erfüllen (zum Beispiel nicht für eine Person, die als Witwe oder Witwer bereits eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht und aufgrund des Rentenbezugs in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig ist; hier bleibt es bei der für Rentner und Rentnerinnen

allgemein vorgesehenen Beitragstragungsregelung und es wird kein Zuschuss gewährt).

Wenn finanziell bedürftige pflegende Angehörige Leistungen der Grundsicherung nach dem Zweiten Buch erhalten, gilt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung (und nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a in der sozialen Pflegeversicherung) mit einer Beitragstragung durch den Bund (§ 251 Abs. 4 des Fünften Buches, auch in Verbindung mit § 57 des Elften Buches). Auch für diese Fälle werden keine Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung vorgesehen.

Beschäftigte, die als höher verdienende Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, bleiben während einer Pflegezeit freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch sie erhalten Zuschüsse für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der Mindestbeiträge, wenn sie während der Pflegezeit nicht beitragsfrei familienversichert sein können.

2. Pflegende Angehörige, die bei ihrer vorherigen Beschäftigung privat krankenversichert waren

Beschäftigte, die als höher verdienende Arbeitnehmer bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert (und dementsprechend auch privat pflegeversichert) sind, erhalten Zuschüsse für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe der für Sozialversicherte geltenden Mindestbeiträge. Auch hier gilt als Voraussetzung, dass sie während der Pflegezeit nicht – über ihren in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten – beitragsfrei familienversichert sein können. Es werden hier keine höheren und weitergehenden Zuschüsse vorgesehen als für pflegende Angehörige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, auch wenn sich viele Privatversicherte während einer Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung – im Hinblick darauf, dass sie ihre private Krankenversicherung nach der Pflegezeit fortzusetzen wünschen – zur Vermeidung von Nachteilen zusätzlich weiterhin in der privaten Krankenversicherung in Form einer Ruhestenversicherung weiterversichern. Zuschüsse werden nur für eine substitutive private Krankenversicherung erbracht.

3. Pflegende Angehörige, die bei ihrer vorherigen Beschäftigung in einem Sondersystem krankenversichert waren

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden auch gewährt für pflegende Angehörige, die als Beschäftigte in der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten versichert sind, allerdings fallen sie unter die Regelung des § 44a nur, wenn sie unter die Regelungen des Pflegezeitgesetzes fallen, das heißt, insbesondere nur, wenn sie Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes sind. Dies ist bei Beamten nicht der Fall.

Im Übrigen: Die Pflegezeit als solche begründet keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, es wird nicht etwa ein neuer Versicherungspflichttatbestand in § 5 Abs. 1 des Fünften Buches (und in § 20 Abs. 1) eingeführt. Für bisher privat Versicherte würde die Pflegezeit sonst zu einem Rückkehrrecht in die gesetzliche Krankenversicherung führen. Es genügt, dass sich Beschäftigte, die

vor der Pflegezeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, bei Beginn der Pflegezeit freiwillig weiterversichern können.

Ein beitragsfreies Fortbestehen der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (vergleichbar den bestehenden Regelungen in den §§ 192 und 224 des Fünften Buches, wie dies zum Beispiel bei der Elternzeit geregelt ist) wurde nicht vorgesehen. Denn dies wäre finanziell einseitig zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung gegangen.

Keine Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten Beschäftigte, die sich nur teilweise von der Arbeitsleistung befreien lassen, da hier der Versicherungspflichttatbestand nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches fortbesteht. Eine Ausnahme gilt, wenn sie aufgrund der Reduzierung der Arbeitszeit nur noch den Status von geringfügig Beschäftigten haben und ihre Sozialversicherungspflicht nicht fortbesteht. Sie müssen sich, wenn die Voraussetzungen für eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorliegen, freiwillig weiterversichern und müssen deshalb auch Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten können.

Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind (auf der Grundlage des geltenden Rechts zusammen circa 140 Euro monatlich). Dabei wird ab dem 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Privat Versicherte erhalten Zuschüsse in derselben Höhe, auch wenn ihr Beitrag tatsächlich höher ist. Ein darüber hinausgehender Versicherungsbeitrag geht zulasten des pflegenden Angehörigen. Der Beitragszuschuss darf den tatsächlichen Versicherungsbeitrag aber auch nicht übersteigen.

In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) bei der Berechnung der Zuschüsse zugrunde gelegt. Bei einer Krankenkasse mit einem vergleichsweise niedrigen Beitragssatz versicherte Personen sollen auch nur entsprechend niedrigere Zuschüsse erhalten. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Privatversicherten der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt.

Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für den Fall einer vorzeitigen Beendigung der Pflegezeit. Nach § 4 Abs. 3 des Pflegezeitgesetzes endet die Pflegezeit zum Beispiel bei Versterben der oder des Pflegebedürftigen oder bei einem Umzug in ein Pflegeheim vier Wochen nach diesem Zeitpunkt.

Auch in diesen vier Wochen bestehen Ansprüche auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Zu Absatz 2

Aus Gründen der Transparenz verweist Absatz 2 auf die Regelungen des Dritten Buches. Während der Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nach § 3 des Pflegezeitgesetzes besteht für die Pflegepersonen nach dem Dritten Buch Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung (§ 26 Abs. 2b des Dritten Buches). Die Pflegeversicherung zahlt hierfür Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit (§ 349 Abs. 4a in Verbindung mit § 347 Nr. 10 des Dritten Buches).

Keht eine Pflegeperson nach Ablauf der Pflegezeit nicht auf ihren Arbeitsplatz zurück, hat sie die Möglichkeit, die Arbeitslosenversicherung gegen eine entsprechende Beitragszahlung auf Antrag fortzusetzen (§ 28a Abs. 1 des Dritten Buches).

Zu Nummer 26 (Fünfter Abschnitt)

Die bisherige Überschrift wird geändert und ergänzt, um zum einen der Einbeziehung von Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 sind, in den Kreis der Leistungsberechtigten nach § 45b Rechnung zu tragen und um zum anderen die besondere Bedeutung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vor allem für Demenzkranke zu unterstreichen. Die Änderung soll zudem deutlich machen, dass die Pflegeversicherung den Auf- und Ausbau von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für Demenzkranke und ihre Angehörigen mit den Regelungen dieses Abschnitts im Rahmen ihrer Möglichkeiten in besonderem Maße fördert.

Die Änderungen zu den §§ 45a bis 45c sowie die Neuregelung des § 45d enthalten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Dazu gehören Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen.

Eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzkranken Mitbürgern ist nach übereinstimmender Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen, dringend erforderlich. Hier sind insbesondere auch mit Blick auf die zu erwartende Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Menschen erhebliche Anstrengungen erforderlich. Dies gilt vor allem für Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege.

Nach der Konzeption der Pflegeversicherung ist bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den drei Pflegestufen der Hilfebedarf bei den im Gesetz (§ 14 Abs. 4) aufgelisteten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen. Dabei zählen zwar auch die Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu berücksichtigenden Hilfeleistungen, soweit sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebedarf bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psy-

chisch kranken Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Dies wird von den Betroffenen und ihren Angehörigen, die durch die Pflege in hohem Maße physisch und psychisch beansprucht werden, als unbefriedigend empfunden. Die bessere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung.

Handlungsbedarf besteht vorrangig im ambulanten Bereich, dort ist eine Entlastung in der Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf besonders dringlich. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die pflegenden Angehörigen, die durch die Pflege und die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung vielfach rund um die Uhr zeitlich beansprucht werden, weil sie den Pflegebedürftigen nicht allein lassen können.

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vom 14. Dezember 2001, BGBl. I S. 3728) wurde bereits mit Wirkung ab dem 1. Januar 2002 die Grundlage für zusätzliche Pflegearrangements und deren schrittweisen Ausbau gelegt. Es wurde ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eingeführt (§ 45b). Danach konnte dieser Personenkreis bei häuslicher Pflege insbesondere zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Auf dieser Grundlage entwickelte sich ein entsprechendes vielfältiges Angebot an Betreuungsleistungen in den einzelnen Ländern. Im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 15/4125, S. 29 ff.) wurde dargestellt, wie sich die verschiedenen Betreuungsangebote seit dem 1. Januar 2002 auf der Grundlage des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes entwickelt haben.

Mittelfristig wird eine grundlegende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs angestrebt, der unter anderem auch den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf dieses Personenkreises bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe angemessen berücksichtigt.

In der Zwischenzeit werden in Fortführung des mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz eingeschlagenen Weges

- nach dem Umfang des Betreuungsbedarfs abgestufte Leistungen vorgesehen;
- für die Pflegebedürftigen der Stufen I bis III der Betreuungsbetrag von 460 Euro jährlich auf bis zu 200 Euro monatlich (also bis zu 2 400 Euro jährlich) angehoben;
- gleichzeitig zusätzlich für diejenigen Versicherten, die noch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, jedoch nach der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 45a in der Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind, ebenfalls ein Leistungsbetrag von bis zu 200 Euro monatlich (2 400 Euro jährlich) zur Verfügung gestellt; diese Leistungsbeträge können jeweils nur für

qualitätsgesicherte Betreuungsangebote und nur unter Nachweis der entstandenen Aufwendungen in Anspruch genommen werden (siehe die Aufzählung möglicher Betreuungsmaßnahmen in § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 1 bis 5);

- darüber hinaus die Mittel zum Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellmaßnahmen zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen nach § 45c, auch unter Einbeziehung von Selbsthilfe und Ehrenamt nach § 45d, um 5 Mio. Euro von bislang 10 auf 15 Mio. Euro jährlich erhöht, so dass bei entsprechender Kofinanzierung ein Gesamtvolumen von 30 Mio. Euro erreicht wird.

Zu Nummer 27 (§ 45a)

Zu Buchstabe a

Die Änderung des § 45a erweitert den Personenkreis, der den zusätzlichen Betreuungsbetrag nach § 45b in Anspruch nehmen kann. Erstmals werden damit auch versicherte Personen, die nicht mindestens die Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) erreichen, in beschränktem Umfang Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können. Es handelt sich um Personen, die zwar einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, deren Hilfebedarf aber insbesondere im Bereich der Grundpflege nicht mindestens 45 Minuten täglich beträgt, also Pflegebedürftige mit nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit, sondern mit lediglich einfacher Pflegebedürftigkeit.

Aus der Ergänzung des § 45a ergibt sich die Verpflichtung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, die Überprüfung gutachterlich vorzunehmen, und zwar auch in Fällen, in denen von vornherein nicht mit der Anerkennung einer Pflegestufe zu rechnen ist und nur die Voraussetzungen des § 45a zu überprüfen sind.

Zu Buchstabe b

Ebenso wie bei den nach § 45b Abs. 1 vorgesehenen Richtlinien sollen nun auch bei den Richtlinien nach § 45a Abs. 2 die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene beteiligt werden.

Zu Nummer 28 (§ 45b)

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird angehoben und der Kreis der Leistungsberechtigten auf die so genannten Pflegestufe-0-Fälle ausgedehnt. Zudem kann der zusätzliche Betreuungsbetrag künftig auch für niedrigschwellige Angebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden, genutzt werden.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Betreuungsbetrag, den nun auch Personen der so genannten Pflegestufe 0 erhalten können, wird von 460 Euro jährlich auf bis zu 200 Euro monatlich (also bis zu 2 400 Euro jährlich) angehoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Höhe des zusätzlichen Betreuungsbetrages wird im Einzelfall von der Pflegekasse festgelegt. Der MDK gibt hierzu

eine Empfehlung ab. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die Empfehlung des MDK zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages einheitliche Maßstäbe in Richtlinien festzulegen. Um sicherzustellen, dass die Richtlinien bereits ab 1. Juli 2008 von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung angewandt und ihren Empfehlungen zugrunde gelegt werden können, bedarf es einer ergänzenden Regelung, die in § 122 n. F. vorgesehen ist. Dort ist geregelt, dass die bis zum 30. Juni 2008 handelnden Spitzenverbände der Krankenkassen die Richtlinien noch vor der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 zu erarbeiten haben. Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 122 n. F. verwiesen.

Die Höhe des Anspruchs richtet sich nicht nach dem Bedarf an Betreuung, sondern nach der persönlichen Situation und den festgestellten dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Satz 1 aufgeführten Bereichen. Insbesondere die Bereiche 1 bis 9 ermöglichen die Beurteilung des individuellen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs von Personen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz und sind daher im Rahmen des Begutachtungsverfahrens von entscheidender Bedeutung.

Ebenso wie der bisherige Betreuungsbetrag kann auch der erhöhte Betreuungsbetrag nur zweckgebunden für die Inanspruchnahme der im Gesetz genannten qualitätsgesicherten Betreuungsangebote verwendet werden. Bisher umfasst dies folgende Angebote: Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung. Um die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote möglichst einfach, aber auch qualitätsgesichert zu ermöglichen, ist vorgesehen, dass künftig auch für von den Pflegestützpunkten vermittelte Angebote der Betreuungsbetrag zur Verfügung steht (siehe auch die Begründung zu Doppelbuchstabe cc).

Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen Finanzmittel – wie bisher schon – im Wege der Kostenerstattung von der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der im Gesetz aufgeführten Betreuungsleistungen entstanden sind.

Die Ausweitung der Leistungen für Betreuung und die Einbeziehung neuer Personenkreise in den Leistungsbezug wird die Nachfrage nach diesen Leistungsangeboten deutlich steigern. Dies wiederum dürfte auch strukturfördernde Effekte zur Folge haben und den Anbietern von Betreuungsleistungen Impulse für die Entwicklung und den Ausbau spezifischer Angebote, insbesondere für die Zielgruppe der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen, geben.

Die allgemeinen Vorschriften für Leistungen der Pflegeversicherung, die für den Leistungsbezug durch anerkannte Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III gelten, sind auch anzuwenden auf die neuen Betreuungsleistungen für Personen der so genannten Pflegestufe 0. Es handelt sich insbesondere um folgende Regelungen des Elften Buches:

- Die Leistungen werden auf Antrag gewährt (§ 33).
- Der Leistungsanspruch ruht bei Aufenthalt im Ausland oder bei Bezug von vorrangigen Entschädigungsleistungen (§ 34).
- Es gilt auch hier das Gebot wirtschaftlicher Leistungsgewährung (§ 29 Abs. 1).
- Beihilfeberechtigte erhalten die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte (§ 28 Abs. 2). Es wird davon ausgegangen, dass die Beihilfevorschriften in Bund und Ländern entsprechend ergänzt und Beamte und Versorgungsempfänger die anteiligen Leistungen von der Beihilfe erhalten werden.
- Die zusätzlichen Leistungen nach § 45b werden auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht angerechnet (§ 13 Abs. 3a).

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Inhalt der Regelung in Satz 5 entspricht weitgehend dem bisher geltenden Recht. Neu ist, dass zur Erleichterung der Inanspruchnahme qualitätsgesicherter niedrigschwelliger Betreuungsangebote künftig auch von einem Pflegestützpunkt vermittelte Betreuungsangebote mit dem zusätzlichen Betreuungsbetrag finanziert werden können. Ziel ist, dass die Leistungsverbesserung zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz möglichst schnell und mit wenig bürokratischem Aufwand in der Praxis wirken kann. Daher wird mit der Anfügung der neuen Nummer 5 in Satz 5 geregelt, dass künftig eine Kostenerstattung im Rahmen des § 45b auch bei der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote möglich ist, wenn solche wohnortnahen Angebote durch einen Pflegestützpunkt vor Ort vermittelt worden sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Pflegestützpunkte neben der Kenntnis, Empfehlung und gegebenenfalls Vermittlung von nach Landesrecht anerkannten Angeboten nach § 45b Abs. 1 Nr. 4 auch nicht entsprechend anerkannte Angebote vermitteln können. Aufgrund ihrer Ausrichtung und der vorhandenen fachlichen Kompetenz haben Pflegestützpunkte in besonderem Maße Kenntnisse über wohnortnahe und im Einzelfall geeignete Hilfsangebote im niedrigschwelligen Bereich, die ebenfalls als qualitätsgesichert im Sinne des § 45c Abs. 3 gelten können und daher zur Vermittlung durch den Pflegestützpunkt geeignet sind, ohne dass die Voraussetzungen der Nummern 1 bis 4 vorliegen müssen.

Der zusätzliche Betreuungsbetrag steht wie bisher auch für die Betreuung durch Einzelpersonen zur Verfügung, beispielsweise im Rahmen so genannter Tagesmüttermodelle. Allerdings müssen dies Personen sein, die Betreuungsleistungen nicht allein aufgrund familiärer, freundschaftlicher oder verwandtschaftlicher Beziehungen zum Leistungsberechtigten erbringen, da der Betreuungsbetrag keine pauschale Pflegegelderrhöhung, sondern die Förderung von infrastrukturellen Effekten insbesondere zur Entlastung von Familienangehörigen bezweckt.

Führt ein Pflegestützpunkt eine entsprechende Vermittlung, beispielsweise aufgrund von festgestellten Qualitätsmängeln, nicht mehr durch, sind die bisher vermittelten Leistungsberechtigten hierüber in geeigneter Weise zu informieren. Der zusätzliche Betreuungsbetrag kann dann nach Kenntnisnahme bzw. der Möglichkeit der Kenntnisnahme

von den Leistungsberechtigten künftig nicht mehr zur Finanzierung des bisher vom Pflegestützpunkt vermittelten Angebotes genutzt werden. Eine Kostenerstattung unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 4 bleibt hiervon unberührt.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Betreuungsbetrag in Höhe von 460 Euro stand für das Kalenderjahr zur Verfügung. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Voraussetzungen nach § 45a erfüllten, erhielten den Betrag von 460 Euro anteilig. Künftig werden als Betreuungsbetrag bis zu 200 Euro monatlich (2 400 Euro jährlich) geleistet. Wird der Betrag von bis zu 200 Euro monatlich nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann eine Übertragung nicht verbrauchter Ansprüche von einem Kalenderjahr in das erste Quartal des nächsten Kalenderjahres vorgenommen werden. Durch die Beschränkung der Übertragung auf das erste Quartal des Folgejahres soll ein zeitnahe Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel erreicht werden.

Da das bisherige Recht eine Übertragung nicht verbrauchter Ansprüche jeweils in das folgende Kalenderjahr vorsah, wird – aus Bestandsschutzgründen – eine Übertragung des im ersten Halbjahr 2008 nicht verbrauchten kalenderjährlichen Anspruchs in das zweite Halbjahr 2008 und gegebenenfalls vom Kalenderjahr 2008 in das Kalenderjahr 2009 ermöglicht.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Zusammenführung der von den Pflegekassen zur Schaffung von Transparenz und zur Förderung des Wettbewerbs vorgesehenen Unterstützung pflegebedürftiger Versicherter in § 7 Abs. 3.

Zu Nummer 29 (§ 45c)

Zu den Buchstaben a und b

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45c kann bisher mit insgesamt 10 Mio. Euro je Kalenderjahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung unter Mitfinanzierung der Länder oder der Kommunen gefördert werden. Der Anteil der Pflegeversicherung wird nun um 5 Mio. Euro jährlich auf 15 Mio. Euro jährlich erhöht. Eine Dynamisierung des Förderbetrages ist nicht vorgesehen. Da der Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen immer zehn vom Hundert der Fördersumme der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung beträgt, haben sich die privaten Versicherungsunternehmen auch entsprechend an dem Erhöhungsbetrag zu beteiligen.

Die Steuerungsverantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Infrastruktur verbleibt weiterhin bei den Ländern und Kommunen. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss von Land oder Kommune, so dass nun insgesamt ein Fördervolumen von 30 Mio. Euro im Kalenderjahr für Fördermaßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung nach § 45c zur Verfügung stehen kann. Hierdurch werden die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz bewirkten Impulse zum flä-

chendeckenden Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nachhaltig verstärkt.

Der zusätzliche Förderbetrag einschließlich der Komplementärmittel der Länder steht ebenfalls zum weiteren Auf- und Ausbau von Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zur Verfügung. Es ist auch – wie bei der bisherigen Förderung schon – gegebenenfalls möglich, Mittel der Arbeitsförderung zur Förderung von niedrigschwelligen Angeboten heranzuziehen, um die nach § 45c notwendigen Komplementärmittel der Länder zu substituieren, wenn nach näherer Prüfung und Entscheidung der Arbeitsagentur vor Ort und des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit den Mitteln der Arbeitsförderung – bezogen auf den Einzelfall eines Arbeitssuchenden bzw. Berufsrückkehrers – das Entstehen von Arbeitslosigkeit vermieden oder die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzt werden kann. Eine Förderung auf der Grundlage des Dritten Buches bzw. des Zweiten Buches kommt im Einzelfall beispielsweise in Form von Eingliederungszuschüssen, Förderung als berufliche Weiterbildungsmaßnahme oder Trainingsmaßnahme oder von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (zusätzliche und im öffentlichen Interesse liegende Tätigkeiten) in Betracht. Eine allgemeine Projektförderung und/oder die Förderung von ehrenamtlich Tätigen sind im Rahmen des Dritten Buches derzeit allerdings nicht vorgesehen. Eine Aussage über konkrete Fördermöglichkeiten nach dem Dritten Buch bzw. dem Zweiten Buch kann nur von den Arbeitsagenturen und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor Ort getroffen werden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung trägt einem in der Praxis aufgetretenen Bedürfnis Rechnung. Im Falle von Verzögerungen beim Start von Projekten, beispielsweise im Antrags- oder Bewilligungsverfahren, sollen dem Land keine Nachteile erwachsen und die in der Regel mühsamen Vorarbeiten der Projektträger sollen nicht vergeblich gewesen sein.

Zu Nummer 30 (§ 45d)

Die demografische Entwicklung und die wachsende Mobilität der klassischen Pflegepersonen werden zunehmend die häusliche Pflege durch Angehörige erschweren: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird weiter ansteigen und der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen – also die potenziellen Pflegepersonen – wird sinken. Zudem werden Kleinfamilien sowie Einpersonenhaushalte stetig zunehmen. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, rechtzeitig ausreichend bedarfsorientierte alternative Hilfsangebote zu schaffen, um die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern sowie familiäre Pflegearrangements zu unterstützen und zu ergänzen. Der Einsatz ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie die Selbsthilfe als wichtige ergänzende Elemente in der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen gewinnen daher zunehmend an Bedeutung.

Sie machen einerseits zusätzliche Aufwendungen erforderlich, helfen aber andererseits dabei, die Qualität der Pflege wirksam zu erhöhen, und ermöglichen beispielsweise den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung. Hierbei liegt der besondere Vorzug der Selbsthilfe in der Betroffenenkom-

petenz, die auf der Kenntnis der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Angehörigen beruht und somit Akzeptanz bei den Betroffenen schafft und auf diesem Wege bedarfsgerechte und sinnvolle Unterstützung des Pflegealltags erst ermöglicht.

Gruppen von ehrenamtlich tätigen sowie sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen sowie die Selbsthilfe werden daher in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c einbezogen, und zwar sowohl für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf als auch für Pflegebedürftige mit körperlichen Erkrankungen und deren Angehörige. Dies geht einher mit der Erhöhung des Fördervolumens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen um 5 Mio. Euro auf jährlich 15 Mio. Euro, wobei sich das Gesamtfördervolumen einschließlich Kofinanzierung auf insgesamt 30 Mio. Euro erhöht. Die Regelungen des § 45c sind insgesamt entsprechend anzuwenden.

Entsprechend der bisherigen Regelung des § 45c beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, in Höhe von zehn vom Hundert an der Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe.

Die Förderung wird durch die Länder und Kommunen gesteuert. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss vom Land oder von der Kommune.

Auch im Hinblick auf die erweiterte Förderung nach § 45d ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der Betroffenen maßgeblichen Spitzenorganisationen und der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen zu den Voraussetzungen, zu Inhalt und Höchstumfang der Förderung zu beschließen.

Zu Absatz 1

Die in § 45c aufgeführten Möglichkeiten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte mit einem Gesamtetat von 15 Mio. Euro zu fördern, werden um die Möglichkeiten erweitert,

1. Gruppen von ehrenamtlich tätigen sowie sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, zu fördern.

Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ist auch neben einer Förderung nach § 20c des Fünften Buches zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung oder neben einer Förderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 des Sechsten Bu-

ches zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung denkbar. Voraussetzung ist dabei, dass sich diese Gruppen bzw. Institutionen neben anderen Aufgaben auch die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Die Förderung nach dieser Vorschrift ist zweckgebunden und soll eine zusätzliche Fördermöglichkeit eröffnen. Sie darf nicht zu einer Substituierung der Förderung nach anderen Rechtsvorschriften genutzt werden. Damit das Gesamtbudget flexibel und bedarfsgerecht eingesetzt werden kann, findet keine Priorisierung einzelner Förderoptionen statt. Die Steuerungsverantwortung liegt bei den Ländern und Kommunen.

Zu Absatz 2

Gefördert werden Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Voraussetzung für die Förderung ist ein freiwilliger, neutraler, unabhängiger und nicht gewinnorientierter Zusammenschluss von Betroffenen bzw. deren Angehörigen zu Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.

Selbsthilfegruppen sind dabei freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf wohnortnaher Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung der Pflegesituation richten, von der sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Sie sind nicht auf materielle Gewinnerzielung ausgerichtet, sondern verfolgen vielmehr das Ziel, ihre persönliche Lebensqualität zu erhöhen und die mit der Pflegesituation verbundene Isolation und gesellschaftliche Ausgrenzung zu durchbrechen.

Selbsthilfeorganisationen sind das Ergebnis eines Zusammenschlusses verschiedener Selbsthilfegruppen zu einem Verband. Hierbei handelt es sich um Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung.

Selbsthilfekontaktstellen sind auf wohnortnaher Ebene arbeitende Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die Dienstleistungsangebote zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen anbieten und diese aktiv bei der Gruppengründung oder in schwierigen Situationen durch infrastrukturelle Hilfen (Räume, Beratung oder supervisorische Begleitung) unterstützen.

Die Einbindung ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen in die Arbeit der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird ermöglicht.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, dass für die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe auch die Verordnungsermächtigung des § 45c Abs. 6 Satz 4 für die Länder entsprechend gilt.

Zu Nummer 31 (§ 46)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 7a Abs. 4 Satz 5 über die Tragung der Aufwendungen für die Pflegeberatung.

Zu Nummer 32 (§ 47)

Zur Stärkung der Eigenvorsorge der Versicherten erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Die Vorschrift lehnt sich an die seit dem 1. Januar 2004 geltende Regelung des § 194 Abs. 1a des Fünften Buches an, wonach die Satzung der Krankenkasse die Vermittlung von Zusatzversicherungen im Bereich Krankenversicherung vorsehen kann. Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ wird das Vermittlungsangebot im Interesse der Versicherten sinnvoll ergänzt und abgerundet.

Zu Nummer 33 (§ 52)

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378 ff., im Fünften Buch eingefügten Regelungen zu den Entscheidungen der Landesverbände der Krankenkassen (§ 211a) und zur Vertretung der Ersatzkassen auf Landesebene (§ 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10) werden auch in den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Diese Änderungen tragen dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung.

Im Übrigen wurden die Vorschriften in den §§ 52 und 53 betreffend das Verbänderecht bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (Artikel 8 GKV-WSG) an die neuen Regelungen im Fünften Buch angepasst. Die Regelungen zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den §§ 217b, 217d und 217f des Fünften Buches wurden dabei für den Bereich der Pflegeversicherung mit Wirkung ab 1. Juli 2008 für entsprechend anwendbar erklärt. Bereits vor dem 1. Juli 2008, also in der Gründungsphase des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, wird eine Vorbereitung auf die Aufgabenwahrnehmung ab 1. Juli 2008 auch im Hinblick auf die Pflegeversicherung notwendig.

Zu Nummer 34 (§ 55)

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Sie ist insbesondere zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen sowie der Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Infrastruktur erforderlich.

Zu Nummer 35 (§ 57)

Die für die landwirtschaftliche Pflegeversicherung geltenden Zuschläge wurden bisher jeweils für ein ganzes Kalenderjahr festgelegt. Da der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung mit Wirkung zum 1. Juli 2008 erhöht wird (§ 55 Abs. 1), müssen auch die Zuschläge für das zweite Halbjahr 2008 neu festgelegt werden.

Zu Nummer 36 (§ 61)

Aufgrund des Artikels 11 Nr. 3 des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung vom 29. Juli 1994 (Agrarsozialreformgesetz 1995 – ASRG 1995, BGBl. I S. 1890), der zum 1. Januar 1995 zeitgleich mit dem Elften Buch in Kraft getreten ist, ist § 61 Abs. 3 gegenstandslos.

§ 61 Abs. 3 sieht für Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei und als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Land-

wirte) versichert sind, einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag vor. Die hier vorausgesetzte Konstellation kann nicht eintreten und es gibt keinen Anwendungsfall für diese Vorschrift, denn bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze gibt es wegen der zum 1. Januar 1995 eingeführten Regelung nach § 3a Nr. 1 KVLG 1989 keine Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 37 (§ 67)

Die durch die Vereinbarung nach § 66 Abs. 1 Satz 4 zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Bundesversicherungsamt beschlossene und bereits durchgeführte Verwaltungspraxis, die in § 67 Abs. 1 genannten Angaben bereits bis zum 10. des Monats zu ermitteln, wird nunmehr auch im Gesetz nachvollzogen.

Zu Nummer 38 (§ 69)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 39 (§ 71)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zum neuen Krankenpflegegesetz und zum Altenpflegegesetz des Bundes. Mit der Verwendung der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, „Gesundheits- und Krankenpfleger“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ wird der geänderten Bezeichnung im Krankenpflegegesetz Rechnung getragen. Der Verzicht auf die zusätzliche Aufzählung der alten Bezeichnungen „Krankenschwester“, „Krankenpfleger“, „Kinderkrankenschwester“ und „Kinderkrankenpfleger“ trägt dem Interesse der Rechtsklarheit Rechnung. Das ist möglich, weil die Übergangsvorschriften in § 23 des Krankenpflegegesetzes klarstellen, dass die Personen, die über eine Berufserlaubnis nach altem Recht verfügen, die neue Berufsbezeichnung verwenden dürfen, ohne eine entsprechende Erlaubnis nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2004 zu beantragen. Sie werden daher von den Vorschriften, in denen nur noch die neuen Bezeichnungen Verwendung finden, mit umfasst. Darüber hinaus wird die Berufsausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin nach dem Altenpflegegesetz des Bundes im Hinblick auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegefachkraft gleichgestellt. Gemäß der Übergangsvorschrift des § 29 des Altenpflegegesetzes entfällt der Verweis auf den Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin nach bisherigem Landesrecht.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung ist erforderlich geworden durch die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 24. September 2002, Az. B 3 P 14/01 R, wonach Zulassungsvoraussetzungen für die Anerkennung als Pflegefachkraft, soweit sie über die in § 71 geregelten Anforderungen hinausgehen, nicht allein in den nach § 113 n. F. vereinbarten Grundsätzen und Maßstäben zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität getroffen werden können, da jede Zulassungsvoraussetzung einer gesetzlichen Grundlage bedarf.

Zu Nummer 40 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Mit der Möglichkeit zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages für die verschiedenen selbständig wirtschaftenden Pflegeeinrichtungen, die sich in einem örtlichen und organisatorischen Verbund befinden, sollen die Parteien der Versorgungsverträge von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet werden. Dies dient dem Bürokratieabbau. An der grundlegenden Voraussetzung, dass jeder Einrichtungsteil weiterhin selbständig wirtschaftet, wird nichts geändert. Künftig genügt es allerdings, dass alle Teile der Verbundeinrichtung (und damit jeder Teil der Gesamteinrichtung) unter der ständigen Verantwortung nur einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen. Soweit es zu einem Personalaustausch zwischen den verschiedenen selbständig wirtschaftenden Einrichtungen innerhalb der Verbundeinrichtung kommt, bedarf es – neben der damit korrespondierenden Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 (vergleiche die Begründung zu § 84 unter Buchstabe b) – einer klaren rechnungsmäßigen Abgrenzung der Kosten des Personaleinsatzes, damit hinsichtlich der Kostenzuordnung zu den verschiedenen Einrichtungsteilen keine Unklarheiten entstehen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung der Nummer 2 wird sichergestellt, dass Pflegeeinrichtungen eine Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, die dem Lohnniveau im Wirtschaftskreis entspricht. Zur Bestimmung der ortsüblichen Vergütung ist im Regelfall auf fachlich und räumlich einschlägige Tarifverträge abzustellen, soweit üblicherweise Tariflohn gezahlt wird. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitskräfte üblicherweise nur zu den tariflichen Lohnbedingungen am Arbeitsmarkt gewonnen werden können. Fehlt es an einer Verkehrsbüchlichkeit des Tariflohns, ist auf das allgemeine örtliche Lohnniveau in Pflegeeinrichtungen abzustellen.

Im Übrigen handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Regelungsinhalts des § 80 in den neuen § 113. Zum anderen wird in Nummer 4 klargestellt, dass die Einführung und Umsetzung der Expertenstandards nach § 113a durch die Pflegeeinrichtung Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages ist. Die Vorschrift korrespondiert mit der Neuregelung in § 112 Abs. 2, nach der die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, Expertenstandards anzuwenden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung greift die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 24. Juni 2006, Az. B 3 P 1/05 R, auf, nach der zugelassene Pflegedienste über den im Versorgungsvertrag festgelegten Einzugsbereich hinaus regional, überregional und auch bundesweit tätig werden können und keiner weiteren oder zusätzlichen Zulassungen bedürfen. Die Vereinbarung eines verbindlichen Einzugsbereichs, in dem Pflegedienste die Dienstleistungen erbringen, ist jedoch mit Blick auf die Kenntnisse über die vorhandenen Versorgungsstrukturen sowie hinsichtlich des Informationswertes von Leistungs- und Preisvergleichslisten notwendig. Die Regelung

sorgt deshalb dafür, dass sich aus dem Versorgungsvertrag der Einzugsbereich ergibt, in dem der Pflegedienst Leistungen erbringt.

Zu Nummer 41 (§ 74)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung trägt dem hohen Stellenwert Rechnung, der der Verwirklichung der Selbstbestimmungsrechte nach § 2 zukommt. Danach sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich aktiv der Sorgen, der Nöte sowie der individuellen, zum Beispiel religiösen, Bedürfnisse und der daraus resultierenden Wünsche Pflegebedürftiger anzunehmen. Pflegeeinrichtungen, die gegen diese Pflicht nicht nur in einem Einzelfall, sondern kontinuierlich gröblich verstoßen, erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Zulassung durch Versorgungsvertrag. Soweit diese Pflichtverletzungen nicht durch andere Maßnahmen (siehe auch zu Doppelbuchstabe bb) abgestellt werden, soll künftig der Versorgungsvertrag durch die Landesverbände der Pflegekassen gekündigt werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung ermöglicht es den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, einvernehmlich durch eine Vereinbarung mit dem Pflegeeinrichtungsträger von einer fristgebundenen Kündigung abzusehen, obwohl die Voraussetzungen vorliegen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass bei entsprechenden Anstrengungen der Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 wieder kontinuierlich erfüllt werden können. Ob das erwartet werden kann, hängt wesentlich von der Haltung und dem Willen der Pflegeeinrichtung ab, Mängel dauerhaft abzustellen. Die Vereinbarung mit dem Pflegeeinrichtungsträger soll nach Möglichkeit einer fristgebundenen Kündigung nach § 74 Abs. 1 vorausgehen.

Zusammen mit den präzisierten Zulassungsvoraussetzungen (vergleiche die Änderung des § 72 Abs. 3) wird die Flexibilität der Beteiligten durch die Regelung gestärkt. Sie gibt beispielhaft zwei unterschiedlich wirkende Optionen vor, mit deren Hilfe fristgebundene Kündigungen abgewendet werden können. Welche Möglichkeit in Betracht zu ziehen ist, hängt sowohl von der jeweiligen Individualsituation der Pflegeeinrichtung als auch von der Einschätzung der Landesverbände der Pflegekassen und des zuständigen Trägers der Sozialhilfe ab. Es ist nicht vorgesehen, dass immer mehrere Möglichkeiten zur Anwendung gelangen müssen. So kann das Ziel möglicherweise allein durch gezielte Weiterbildungsmaßnahmen erreicht werden, zu denen beispielsweise die verantwortliche Pflegefachkraft durch eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger verpflichtet werden kann. Die Vereinbarung eines generellen zeitlich befristeten Belegungsstopps bzw. eines Verbots, die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger zu übernehmen, kann zum Beispiel als Mittel in Betracht gezogen werden, um einerseits Risiken der Pflegebedürftigen zu begrenzen und andererseits den Willen der Pflegeeinrichtung zu stärken, den Veränderungsprozess zügig zu absolvieren oder eine Personalunterdeckung ohne sofortige Neueinstellungen auszugleichen. Die Möglichkeit zur Vereinbarung finanzieller Sanktionen gegenüber den Pflegeeinrichtungen ist nicht

aufgeführt, weil die in § 115 Abs. 3 bereits vorgesehene Möglichkeit zur Vergütungskürzung ausreicht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Föderalismusreform, mit der gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 des Grundgesetzes das Heimrecht in die Zuständigkeit der Länder übergegangen ist. Durch die Änderung wird erreicht, dass künftige landesrechtliche Regelungen erfasst werden. Für das geltende Recht ergeben sich keine Änderungen.

Zu Nummer 42 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Anfügung des Absatzes 7.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Auftrag an die Vertragsparteien der Rahmenverträge auf Landesebene wird insoweit konkretisiert und präzisiert, als diese nunmehr neben der personellen Ausstattung der verschiedenen Arten von Pflegeeinrichtungen auch deren Grundausrüstung mit Hilfsmitteln zu regeln haben. Damit wird auch klargestellt, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen erforderlich sind, die für eine möglichst weitgehende Rechtssicherheit auf dem Gebiet der Grundausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln sorgen (vergleiche ergänzend Doppelbuchstabe cc).

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird der Einsatz der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie von ehrenamtlichen Pflegepersonen und von weiteren Personen und Organisationen, die sich bürgerschaftlich oder ehrenamtlich engagieren, zur Unterstützung und Ergänzung der professionellen Versorgung der Pflegebedürftigen erleichtert. Bisher wird die in der Bevölkerung vorhandene Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement bei der pflegerischen Versorgung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Mitbürgern noch nicht in vollem Umfang genutzt. Die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge erhalten deshalb ausdrücklich den Auftrag, die in diesem Bereich bisher nicht genutzten Ressourcen für eine ergänzende Weiterentwicklung der humanen Pflege durch geeignete Regelungen zu erschließen und die vorhandenen Möglichkeiten besser als bisher zu nutzen, um so dazu beizutragen, dass sich die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten in der Zukunft nicht auf eine zu geringe Zahl von Pflegekräften reduzieren (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.8, S. 268), deren begrenztes Zeitbudget insbesondere eine zeitintensive Betreuung der Hilfebedürftigen kaum zulässt.

Erfahrungen aus dem Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger bestätigen eindrucksvoll den Erfolg eines entsprechenden Vorgehens. Hervorzuheben sind die geförderten Projekte „Zentrum für seelische Gesundheit“ eines Bezirkskrankenhauses in Bayern (vergleiche ISO-Ta-

gungsband 1/2004) und „Soziale Personenbetreuung – Hilfen im Alter – SOPHIA“ einer Stiftung in Bayern (vergleiche ISO-Tagungsband 2/2005) sowie die Projekte BETA I und II in Baden-Württemberg, die sich mit dem Auf- und Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements beschäftigten (vergleiche ISO-Modellbericht 15/2006 „Bürgerschaftliches Engagement im BMG-Modellprogramm“). Des Weiteren ist das Projekt „Pflegebegleiter-Praxis“ im Rahmen des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Bundesmodellprogramms „Generationenübergreifende Freiwilligendienste“ zu nennen, das die Entwicklung von Stärkungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Angehörige durch Praxisanleitung und -begleitung von Freiwilligen zum Inhalt hat. Diese Modellprojekte belegen die große Bereitschaft vieler Freiwilliger und bürgerschaftlich Engagierter zur Mitarbeit in pflegerischen Versorgungssituationen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Indirekt wird mit Hilfe der Grundausrüstungsregelung nach Satz 1 Nr. 3 bewirkt, dass die Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der Krankenkassen im Hinblick auf die individuelle Hilfsmittelversorgung pflegebedürftiger Personen nach § 33 des Fünften Buches und der Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Bereitstellung einer ausreichenden Grundausrüstung mit Hilfsmitteln deutlicher wird. Darüber hinaus wird in Satz 2 klargestellt, dass der nach § 33 des Fünften Buches bestehende individuelle Leistungsanspruch eines Pflegebedürftigen gegen seine Krankenkasse durch die Aufnahme in ein Pflegeheim nicht eingeschränkt wird, sondern dieser Anspruch wie bisher in vollem Umfang bestehen bleibt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene, gemeinsam einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für ambulante sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu schaffen, um die als zu verwaltungsaufwendig und bürokratisch kritisierte, geltende Pflege-Buchführungsverordnung abzulösen. Dabei sind von den Vertragsparteien beispielsweise die sich aus dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2000/52/EG der Kommission vom 26. Juli 2000 zur Änderung der Richtlinie 80/723/EWG über die Transparenz der finanziellen Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten und den öffentlichen Unternehmen (Transparenzrichtlinie-Gesetz) vom 16. August 2001 (BGBl. I S. 2141) ergebenden Vorgaben für die buchhalterische Ausweisung von öffentlichen Fördermitteln zu beachten. Das Gesetz räumt den Vertragsparteien einen weiten Spielraum bei der Vereinbarung der Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung ein. Sie können sich hierbei an bestehenden Buchführungsregelungen, wie zum Beispiel im Handelsgesetzbuch, orientieren und diese an die besonderen Verhältnisse im Pflegebereich anpassen. Den Vereinbarungspartnern steht es frei, sich außenstehender Sachverständiger bei der Vorbereitung und Erarbeitung der Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung zu bedienen oder sich an die bestehenden Regelungen der Pflegebuchführungsverordnung anzulehnen bzw. diese entsprechend ihren Bedürfnissen weiterzuentwickeln.

Wenn die Vertragsparteien die Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart haben, wird die Bundesregierung prüfen, ob diese Vereinbarungen sachgerecht sind, damit die

Pflege-Buchführungsverordnung außer Kraft gesetzt werden kann. Mit dem Außerkrafttreten der Verordnung werden die von den Vertragsparteien vereinbarten Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Zu Nummer 43 (§ 76)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Die Änderungen tragen der geübten Praxis und regionalen Besonderheiten Rechnung.

Zu Buchstabe b

Wie im Krankenversicherungsrecht in § 132a Abs. 2 Satz 6 bis 8 des Fünften Buches bereits geschehen, wird nunmehr auch in der Pflegeversicherung speziell für Vergütungsvereinbarungen (vergleiche die §§ 85, 87 und 89) die Möglichkeit geschaffen, in unbürokratischer Art und Weise zu einer schnellen Vergütungsregelung zu kommen. Da die Absprache der Vertragsparteien zur Beauftragung einer neutralen Schiedsperson freiwillig und damit nur im Einvernehmen möglich ist, kann auf einen Rechtsbehelf gegen die Entscheidung der Schiedsperson verzichtet werden, zumal den Vertragsparteien anstatt der Beauftragung einer Schiedsperson weiterhin die Alternative bleibt, die Schiedsstelle anzurufen und sich damit den Rechtsweg offen zu halten.

Zu Nummer 44 (§ 77)

Zu Buchstabe a

Die Erweiterung der Voraussetzungen zum Abschluss von Einzelverträgen soll in erster Linie die Rechte Pflegebedürftiger stärken und es ihnen ermöglichen, eine ihren individuellen Vorstellungen entsprechende Versorgung verwirklichen zu können. Dies ist insbesondere dort sinnvoll, wo sich aus dem Blickwinkel der Leistungsberechtigten im Rahmen der Pflegesachleistungen ihr individuell gewünschtes Leistungsspektrum auf Dauer besser durch Einzelkräfte verwirklichen lässt. So kann sich beispielsweise der Wunsch, von einer Kraft gleichen Geschlechts oder gleicher Religion, Kultur und Weltanschauung gepflegt und versorgt zu werden, aus der Sicht der Leistungsempfänger zum Teil besser durch eine Einzelkraft erfüllen lassen.

Die Pflegekassen können über die bisher bestehenden Möglichkeiten hinaus auch dann Einzelpflegekräfte einsetzen, wenn deren Einsatz besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Die Regelung entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 und kann die Gründung und Realisierung von Wohngruppen sowie Wohn- und Hausgemeinschaften erleichtern. Einzelpflegekräfte können von den Pflegekassen zum Beispiel auch dann unter Vertrag genommen werden, wenn dies den pflege- und betreuungsbedürftigen Bewohnern einer Wohngemeinschaft in besonderem Maße hilft, in selbständiger und selbstbestimmter Weise zu leben (vergleiche § 2 Abs. 1), und damit auch dem in der Regel bestehenden Wunsch der pflege- und betreuungsbedürftigen Bewohner entspricht, kontinuierlich durch eine möglichst geringe Zahl von Pflege- und Betreuungskräften versorgt zu werden.

Darüber hinaus erleichtert die Regelung den Einsatz von Einzelpflegekräften für mehrere Pflegebedürftige, um durch aufeinander abgestimmte („gepoolte“) Einsätze zusätzliche

Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dies bietet sich nicht nur für die Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen an, die in räumlicher Nähe wohnen, wie zum Beispiel in einem Mietshaus oder in der näheren Nachbarschaft, sondern insbesondere auch für Pflegebedürftige, die in Wohngemeinschaften, in Hausgemeinschaften oder beispielsweise in Wohngruppen zusammenleben.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung stellt klar, dass die Pflegekassen die Qualität der Pflege, Betreuung und Versorgung durch geeignete Pflegekräfte nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zu prüfen, sondern auch zu gewährleisten haben, dass die Qualität der Pflege auf Dauer dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entspricht, indem beispielsweise die Expertenstandards angewendet und geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. § 112 ff. sind entsprechend anzuwenden.

Die Anfügung des neuen Halbsatzes trägt der Einbeziehung der Betreuungsleistungen in die Pflegesachleistungen (vergleiche die Begründung zu § 36 Buchstabe a) und der Flexibilisierung der Vergütungen (vergleiche die Begründung zu § 89 Buchstabe b) Rechnung und ermöglicht auch Einzelpflegekräften die Erbringung von Betreuungsleistungen, wenn die Grundpflege oder die hauswirtschaftliche Versorgung von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam („gepoolt“) in Anspruch genommen wird und durch eine zeitgleiche Leistungserbringung für mehrere Personen Zeiterparnisse entstehen.

Zu Buchstabe c

Die Pflegekassen dürfen über das derzeit geltende eng begrenzte Recht hinaus Verträge mit Einzelpersonen schließen, wenn dies entweder zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Betreuung unter Beachtung des in der Region vorhandenen Angebots an ambulanten Pflegeeinrichtungen oder zur Erfüllung der von den Pflegebedürftigen oder den für sie handelnden Personen zum Ausdruck gebrachten Wünsche notwendig ist.

Zu Nummer 45 (§ 79)

Zu den Buchstaben a und b

Das Instrument der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung wird aus Gründen der Entbürokratisierung auf Prüfungen reduziert, für deren Notwendigkeit tatsächliche Anhaltspunkte bestehen. Die Durchführung von reinen Ermessensprüfungen, für die kein konkreter Anlass besteht, ist künftig nicht mehr zulässig. Gleichzeitig wird die Durchführung der Anlassprüfungen in das Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen gestellt, damit die mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen einhergehenden Eingriffe unterbleiben können, wenn die Anhaltspunkte auf anderen, weniger belastenden Wegen, wie zum Beispiel im Rahmen anstehender Vergütungsverhandlungen, aufgeklärt werden können.

Die Regelung stellt ausdrücklich auf das Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte ab. Vage und wenig konkrete Hinweise reichen somit für die Veranlassung von Prüfungen nicht aus. Die Anhaltspunkte müssen die Landesverbände der Pflegekassen vielmehr zu der Überzeugung kommen lassen, dass die Wirtschaftlichkeit bzw. Wirksamkeit der Pflegeleistungen im Sinne des § 72 Abs. 3 Satz 1 angezweifelt werden

muss. So ist es zum Beispiel unzulässig, Prüfungen zur Vorbereitung von Vergütungsverhandlungen zu veranlassen oder weil aus Sicht der Landesverbände der Pflegekassen von einer Pflegeeinrichtung im Zuge von Vergütungsverhandlungen überzogene Forderungen erhoben werden.

Damit werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf ein Maß begrenzt, das im Interesse der zweckentsprechenden Mittelverwendung und des Verbraucherschutzes trotz eines vom Wettbewerb geprägten Marktes unerlässlich ist.

Die Neuregelung führt zu mehr Rechtssicherheit für die Landesverbände der Pflegekassen und für die Pflegeeinrichtungen. Durch die Stärkung der Rechtsklarheit können künftig Rechtsstreitigkeiten vermieden werden.

Zu Nummer 46 (§ 80)

Der bisherige § 80 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität) wird als neuer § 113 in den inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den weiteren Regelungen der Qualitätsentwicklung gestellt.

Zu Nummer 47 (§ 80a)

Der Forderung des Runden Tisches Pflege entsprechend wird die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) als eigenständiger Vertragstypus aus dem Pflegeversicherungsrecht herausgenommen. Unverzichtbare Bestandteile dieses bisher gesonderten Vertrages werden künftig als weiterer Bestandteil in die ohnehin regelmäßig abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen übernommen (siehe die Änderung des § 84). Der Wegfall gesonderter Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen führt zur Entlastung der Pflegesatzparteien sowie der Schiedsstellen und der Gerichte von verzichtbarem bürokratischem Aufwand, da die bisherigen gesonderten vertraglichen Vereinbarungen über die Leistungsinhalte und die Qualität im Streitfall durch die Anrufung der Schiedsstelle und des Sozialgerichts in zeit- und kostenaufwendigen Verfahren überprüft werden mussten.

Zu Nummer 48 (§ 82a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an das Altenpflegegesetz des Bundes. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002, Az. 2 BvF 1/01, obliegt die Regelungskompetenz für die Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger dem Bund, die für die Ausbildung zur Altenpflegehelferin und zum Altenpflegehelfer den Ländern.

Zu Nummer 49 (§ 82b)

Die Regelung stellt klar, dass die in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung anfallenden Sach- und Personalaufwendungen beispielsweise

- für die vorbereitenden und begleitenden Schulungen der Mitglieder von Selbsthilfegruppen,
- für die Planung und Organisation von Einsätzen der ehrenamtlich tätigen Personen und Organisationen,
- für den Ersatz der den ehrenamtlich tätigen Personen selbst entstehenden Aufwendungen (zum Beispiel Fahrkosten für die An- und Abfahrt, Reinigungskosten für die Kleidung und Verpflegungsmehraufwendungen) und
- für das Abstellen des dafür benötigten Personals

in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung für die stationäre oder ambulante Pflege und Betreuung berücksichtigt werden können. Dies gilt allerdings dann nicht, wenn diese Aufwendungen nach anderweitig bestehenden Regelungen von anderen Kostenträgern, wie zum Beispiel Bundes-, Landes- oder kommunalen Stellen, übernommen werden oder übernommen werden können. Damit soll vermieden werden, dass vorhandene Finanzquellen nicht genutzt und pflege- und betreuungsbedürftige Personen ohne ausreichenden Grund mit erhöhten Pflegevergütungen belastet werden.

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und der Entbürokratisierung bedarf es keines besonderen Ausweises der Aufwendungen für die ehrenamtliche Unterstützung in der Vergütungsvereinbarung. Falls die Partner der Vergütungsvereinbarung einen gesonderten Ausweis trotz des verhältnismäßigen Mehraufwands, zum Beispiel aus Gründen der Transparenz, übereinstimmend für wünschenswert oder für erforderlich halten, steht einem gesonderten Ausweis dieser Aufwendungen allerdings nichts im Wege.

Zu Nummer 50 (§ 84)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass für Härtefälle im Sinne des § 43 Zuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem Sachleistungsbetrag für den Härtefall und dem Pflegesatz der Pflegeklasse 3 vereinbart werden können. Die Änderung trägt der in einigen Ländern bereits geübten Praxis Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien zur angemessenen Berücksichtigung der Pflegesätze derjenigen Einrichtungen verpflichtet, die im Wesentlichen gleichartig sind. Damit wird klargestellt, dass für einen externen Vergleich von Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Bemessung der Pflegesätze nur die in den wesentlichen Vergleichskriterien gleichartigen und nicht auch die wesensfremden Einrichtungen herangezogen werden können. Mit dieser Gesetzesänderung ist eine Einschränkung der Rechtswirkungen der Urteile des Bundessozialgerichts vom 14. Dezember 2000, Az. B 3 P 17/99 R und B 3 P 19/00 R, dahingehend verbunden, dass die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung erkannten Grundsätze und Maßstäbe nicht gegen den Willen einer Vertragspartei, sondern nur noch auf gemeinsamen Wunsch aller Vertragsparteien zur Anwendung kommen dürfen. Den Maßstab für die Beurteilung der Gleichartigkeit bilden neben der Art und Größe der Pflegeeinrichtung auch die Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die nach Absatz 5 nunmehr in den Pflegesatzvereinbarungen und nicht mehr wie bislang in den durch dieses Gesetz aufzuhebenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a festzulegen sind. In diesem Sinne können zum Beispiel die Pflegesätze von Einrichtungen,

- sich auf besondere Gruppen von Pflegebedürftigen spezialisiert haben (beispielsweise auf beatmungspflichtige Menschen oder Wachkomapatienten), mit den Einrichtungen, die allen Gruppen von Pflegebedürftigen von der Stufe I bis zur Stufe III offen stehen,

- eine große Zahl von Menschen (zum Beispiel 100 Heimbewohner) pflegen, mit Einrichtungen, die nur wenige (beispielsweise sechs) Pflegebedürftige versorgen,
- Dauerpflegeeinrichtungen sind und sich auch der Sterbegleitung widmen, mit Einrichtungen der Kurzzeitpflege,
- über eine besonders gute personelle Ausstattung verfügen, mit denen, die bei der Personalausstattung an der Untergrenze des Notwendigen liegen,

nicht verglichen werden. Bei der Feststellung der Gleichartigkeit der bei der Pflegesatzermittlung berücksichtigungsfähigen Pflegeheime haben Einrichtungen, deren Pflegequalität nicht den erforderlichen Standard erreicht, unberücksichtigt zu bleiben. Der Pflegesatz eines qualitativ mangelhaften Pflegeheimes darf kein Bestimmungsfaktor für die Vergütung eines qualitativ guten Heimes sein. Der Zweck der Vergütungsregelungen des Pflegeversicherungsrechts besteht nicht darin, ohne Rücksicht auf die Qualität zu möglichst niedrigen Preisvereinbarungen zu kommen. Vielmehr ist es erforderlich, entsprechend den individuellen Gegebenheiten des Pflegeheimes eine leistungsgerechte Vergütung zu vereinbaren, die auch eine über das notwendige Mindestmaß hinausgehende Personalausstattung zulässt. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass ohne eine gute Personalausstattung keine gute Pflege möglich ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschrift über den besonderen Vertragstyp der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a, mit der eine Entlastung der Pflegeeinrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand erreicht wird, weil nunmehr neben der Vergütungsvereinbarung keine weitere zusätzliche und auf dem Rechtsweg gesondert überprüfbare Vereinbarung über die Leistung und die Qualität des Pflegeheimes erforderlich ist. Die inhaltlich unverzichtbaren Elemente der aufgehobenen Regelung des § 80a werden als Vereinbarungsbestandteil in die ohnehin regelmäßig abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen aufgenommen. Es wird klargestellt, dass eine Pflicht zur Regelung der erforderlichen Ausstattung der Pflegeeinrichtung mit Verbrauchsgütern nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 zweiter Halbsatz besteht. Zu regeln sind auch und insbesondere die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraumes erwartet werden. Hieran anknüpfend ist die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, zu regeln. Dies kann – je nach Einrichtung und Situation – eine feste Größenordnung, eine personelle Mindestausstattung oder zum Beispiel ein Korridor sein (vergleiche den Gesamtversorgungsvertrag; siehe die Begründung zu § 72 Abs. 2). Bei diesen individuell auf die jeweilige Pflegeeinrichtung abzustellenden Regelungen ist es denkbar, dass von den Personalanhaltszahlen oder Personalrichtwerten abzuweichen ist, die als allgemein gültige Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene personelle Ausstattung in einem Rahmenvertrag (§ 75) verbindlich vereinbart wurden. So kann eine geringere personelle Ausstattung beispielsweise

- zu flexiblen Strukturen im Bereich der Tagespflege führen, weil Pflegebedürftige insbesondere morgens in der Einrichtung keine grundpflegerischen Leistungen in Anspruch nehmen, und
- für die Zeit eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 (vergleiche die Begründung dort) oder als Ergebnis derartiger Modellvorhaben ebenso sachgerecht sein wie eine umfangreichere personelle Ausstattung aufgrund ausgeprägter Besonderheiten des zu versorgenden Personenkreises.

Die individuell zu vereinbarenden Leistungs- und Qualitätsmerkmale kennzeichnen die jeweilige Pflegeeinrichtung. So wären zum Beispiel auch Aufwendungen der Einrichtung zu berücksichtigen, die ihr in der nächsten Vergütungsperiode voraussichtlich durch besonderes Fachpersonal, wie beispielsweise Physio- oder Ergotherapeuten, oder durch ehrenamtlich tätige Personen entstehen werden.

Der im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vorgesehene Personalabgleich bleibt weiterhin möglich.

Zu Nummer 51 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Die neue Nummer 3 erweitert die bisherige Regelung in Nummer 1 und ermöglicht nunmehr auch den Trägern der Sozialhilfe die Bildung von Arbeitsgemeinschaften. Demzufolge ist die in Nummer 1 enthaltene und auf Sozialversicherungsträger beschränkte Regelung zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften zu streichen.

Die bisherige Regelung der Nummer 2 erfasst neben den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe nur die am Sitz des Pflegeheimes örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe. So bleiben insbesondere die Träger der Sozialhilfe unberücksichtigt, die nach Umzug eines Leistungsberechtigten in den Zuständigkeitsbereich eines anderen örtlichen Trägers der Sozialhilfe die Hilfe zur Pflege gewähren. Mit den neuen Regelungen können auch diese Träger der Sozialhilfe bei Erfüllung des Quorums von fünf vom Hundert zur Vertragspartei werden und sind dann an den Pflegesatzvereinbarungen zu beteiligen. Damit wird einerseits dem Grundgedanken der Vorschrift Rechnung getragen, dass Kostenträger soweit wie möglich an den Verhandlungen teilnehmen, ohne andererseits die Zahl der Beteiligten unpraktikabel hoch werden zu lassen.

Durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft können die Sozialhilfeträger häufiger gemeinsam das Quorum von fünf vom Hundert überspringen als dies den einzelnen Sozialhilfeträgern möglich wäre. Dies sorgt für größere Kontinuität bei den Pflegesatzverhandlungen, da Schwankungen bei den Berechnungstagen leichter kompensiert werden. Darüber hinaus schafft die Regelung für örtlich nicht zuständige Träger der Sozialhilfe die Möglichkeit, einen anderen Träger mit den Verhandlungen zu beauftragen, so dass ihm zum Beispiel keine zusätzlichen Aufwendungen durch die Teilnahme an den Verhandlungen entstehen. Die Verhandlungsposition der Sozialhilfeträger kann durch diese Neuregelungen verbessert werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Föderalismusreform, mit der gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 des

Grundgesetzes das Heimrecht in die Zuständigkeit der Länder übergegangen ist. Durch die Änderung wird erreicht, dass künftige landesrechtliche Regelungen erfasst werden. Für das geltende Recht ergeben sich keine Änderungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung, eigene Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung zu entwickeln und für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich zu vereinbaren (§ 75 Abs. 7).

Zu Buchstabe c

Mit dieser Änderung soll ein angemessener Ausgleich zwischen den Interessen der Pflegeeinrichtungsträger nach einem baldigen Wirksamwerden der neu vereinbarten oder der durch die Schiedsstelle bestimmten leistungsgerechten Pflegesätze und den in den heimrechtlichen Regelungen normierten Verbraucherschutzinteressen der Pflegeheimbewohner erreicht werden. Hierbei muss den im Heim wohnenden Personen ermöglicht werden, die Angemessenheit und Berechtigung einer Entgeltveränderung zu prüfen. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn sie rechtzeitig und ausreichend über Änderungen der Vergütungsregelungen informiert werden. Soweit die künftigen Pflegesätze aufgrund von sozialgerichtlichen Entscheidungen festgesetzt werden, treten die neuen Vergütungshöhen mit der Rechtskraft dieser Entscheidungen – wenn die jeweilige Entscheidung nichts anderes vorsieht – unmittelbar und ohne Wartezeit in Kraft, da ein interessengeleitetes Zuwarten mit der Rechtskraft dieser Entscheidungen kaum vereinbar wäre.

Zu Nummer 52 (§ 87)

Die Pflegesatzparteien haben künftig die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung getrennt voneinander zu vereinbaren. Die Regelung trägt zur Harmonisierung mit heimrechtlichen Vorschriften bei, denn dort ist die Aufgliederung der Leistungsbestandteile ebenfalls vorgesehen (vergleiche § 5 Abs. 3 Satz 3 des Heimgesetzes).

Zu Nummer 53 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschrift dient der Klarstellung der Rechtslage, nach der in zugelassenen Pflegeheimen die Zahlungspflicht mit dem Tag endet, an dem Pflegebedürftige versterben oder aus dem Heim ausziehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neuregelung sieht vor, dass bei einer vorübergehenden Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr der Pflegeplatz für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist. Dieser Zeitraum wird bei Aufhalten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte verlängert (vergleiche hierzu auch die Neuregelung in § 43 Abs. 5). Im Übrigen ist für den Abwesenheitszeitraum ein Abschlag von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung (vergleiche hierzu § 75 Abs. 2 Nr. 5) und der Ent-

gelte für Unterkunft und Verpflegung in den Landesrahmenverträgen zu vereinbaren, wenn die Abwesenheit drei Tage überschreitet. Während der ersten drei Tage ist demnach der volle Pflegesatz zu zahlen. Darüber hinaus sind auch für den Fall Abschläge in Höhe von mindestens 25 vom Hundert zu vereinbaren, dass Pflegebedürftige im Rahmen der integrierten Versorgung Zuschläge im Sinne des § 92b zu entrichten haben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Klarstellung des Gewollten.

Zu Buchstabe c

Die Regelung sieht für die Pflegeeinrichtungen der dauerhaften vollstationären Pflege einen finanziellen Anreiz vor, mit dem die Anstrengungen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation (§ 5 Abs. 2) gesteigert werden sollen. Deshalb erhalten diese Pflegeeinrichtungen künftig in den Fällen, in denen nach aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen auf Dauer ein pflegestufenrelevanter geringerer Pflegebedarf erforderlich ist, von der Pflegekasse eine finanzielle Anerkennung. Hierbei wird unterstellt, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung für die Herabstufung ursächlich sind, da ein konkreter Nachweis, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der entscheidende oder sogar der einzige Grund für die Herabsetzung der Pflegestufe ist, kaum möglich oder zumindest äußerst schwierig sein dürfte. Soweit die Rückstufung auf die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (außerhalb der Pflegeeinrichtung) zurückzuführen ist, sind die Voraussetzungen zur Zahlung des Anerkennungsbetrages nicht erfüllt.

Der Anerkennungsbetrag beträgt einheitlich 1 536 Euro. Zur Bemessung der Höhe des Anerkennungsbetrages wurde der Differenzbetrag zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe I und der Pflegestufe II herangezogen, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt. Damit keine Fehlanreize geschaffen werden, wird der Betrag nicht nach Pflegestufen gestaffelt. Zur Vermeidung unnötiger Bürokratie ist eine einmalige Zahlung vorgesehen. Sie steht den Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu den Vergütungen der niedrigeren Pflegeklasse zur Verfügung. Das dem Pflegeheimbewohner zu berechnende Gesamtheimentgelt richtet sich demgegenüber vom Zeitpunkt der Rückstufung an nach der niedrigeren Pflegeklasse. Die Regelung gilt aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Pflegebedürftige, deren Hilfebedarf nach den aktivierenden oder rehabilitativen Anstrengungen nicht mehr erheblich ist.

Zeitgleich mit der regelgebundenen Dynamisierung aller Leistungsbeträge nach § 30 wird auch der Anerkennungsbetrag angepasst.

Nicht vorgesehen werden finanzielle Anreize für Pflegedienste und Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, da die Ausgangssituationen nicht vergleichbar sind. Pflegedienste erbringen typischerweise bzw. häufig nur einen Teil des insgesamt erforderlichen Versorgungs- und Betreuungsaufwands, überdies findet regelmäßig eine begleitende ambulante Rehabilitation statt, so dass ein Erfolg nur schwerlich allein oder auch nur überwiegend den Anstrengungen eines Pflegedienstes zugeordnet werden kann. Ähnliches gilt für die teilstationäre Versorgung. In Einrich-

tungen der Kurzzeitpflege halten sich Pflegebedürftige nur für einen begrenzten Zeitraum auf, so dass sich etwaige Erfolge auch hier kaum kausal auf die professionelle Versorgung zurückführen lassen.

Zu Nummer 54 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Zu Satz 1

Die Möglichkeit zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften bei Verhandlungen zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen wird nicht mehr nur für Sozialversicherungsträger, sondern auch für Träger der Sozialhilfe vorgesehen (vergleiche die Begründung zur Änderung des § 85 Abs. 2 Satz 1).

Zu Satz 2

Durch die Neuregelung sind Vergütungsvereinbarungen für den gesamten Bereich gültig, der im Versorgungsvertrag als Einzugsgebiet vereinbart wurde. Soweit Pflegedienste über den festgelegten Einzugsbereich hinaus regional, überregional und auch bundesweit tätig werden wollen (vergleiche die Änderung des § 72 Abs. 3 Satz 3), bedarf es entsprechender Vergütungsvereinbarungen, die mit den regional oder örtlich zuständigen Vertragsparteien zu vereinbaren sind. Dies ist zur Erhaltung der unterschiedlichen Preisgestaltungen und zum Schutz vor Wettbewerbsverzerrungen erforderlich und verhindert, dass Pflegedienste in Hochpreisregionen Vergütungen vereinbaren und damit in Niedrigpreisregionen höhere Vergütungen als andere dort tätige Pflegeeinrichtungen berechnen können.

Zu Buchstabe b

Pflegebedürftige sollen Leistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen können, indem sie ihre Leistungen gemeinsam mit anderen abrufen und in Anspruch nehmen („poolen“) können. Für mehrere Pflegebedürftige, die zum Beispiel in der Nachbarschaft, in einem Gebäude, in einer Wohngruppe oder in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft wohnen, können auf diesem Wege, insbesondere durch nach Zeitaufwand bemessene Vergütungen für „gepoolte“ Leistungen, Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Dies ist zum Beispiel dann möglich, wenn der Gesamtzeitaufwand einer Pflegekraft durch unmittelbar nacheinander erbrachte Hilfeleistungen in einer Wohngruppe minimiert wird. In der Folge könnten durch entsprechende neu zu schaffende Leistungskomplexe für eine Gruppenversorgung Mittel freigesetzt werden, die für (ergänzende) Betreuungsleistungen nach § 36 verwendet werden können. Da auch durch die gemeinschaftliche Versorgung mehrerer Pflegebedürftiger der Aufwand einer Pflegekraft sinkt, wie zum Beispiel bei der Zubereitung einer warmen Mahlzeit für die Mitglieder einer Wohngemeinschaft oder für die anleitende Unterstützung einer Gruppe von Pflegebedürftigen bei der Nahrungsaufnahme, können diese Zeitersparnisse den zu versorgenden Pflegebedürftigen ebenfalls als (ergänzende) Betreuungsleistungen nach § 36 zur Verfügung gestellt werden. Synergieeffekte ergeben sich ferner bei Einsatzpauschalen, die – verglichen mit Einsätzen bei einzelnen Pflegebedürftigen – bei Kombination bzw. Konzentration von Einsätzen in Wohngruppen oder Wohn- und Hausgemeinschaften gegebenenfalls abgesenkt werden können. Wirtschaftlichkeitsreserven wären gegebenenfalls durch die

Anpassung von Vergütungen speziell für die Hilfeleistungen realisierbar, die von den Pflegebedürftigen „gepoolt“ werden. Möglich und zulässig wären auch Regelungen, nach denen beispielsweise bei der gleichzeitigen hauswirtschaftlichen Versorgung von mehreren Pflegebedürftigen für jeden einzelnen nur ein jeweils gleicher Anteil der vereinbarten Vergütung abgerechnet werden kann.

Die Regelung fordert deshalb von den Vertragsparteien, die gemeinschaftliche Inanspruchnahme (also das „Poolen“) von Leistungen auch bei der Vereinbarung der Vergütungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die Vertragsparteien aufgefordert, Vergütungen für die Betreuungsleistungen im Sinne des § 36 Abs. 1 (vergleiche die Begründung zu § 36 Buchstabe a) zu vereinbaren, so dass für die durch das „Poolen“ entstehenden Zeitgewinne, die immer den Pflegebedürftigen und nicht den Kostenträgern oder den Leistungserbringern zugute kommen müssen, beispielsweise eine Abrechnung nach Zeit erfolgen kann.

Zu Nummer 55 (§ 92a)

Zu den Buchstaben a bis c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie die Leistungs- und Qualitätsnachweise und die Änderung des § 112.

Zu Buchstabe d

Der Pflegeheimvergleich wurde bisher nicht realisiert, so dass die vorgesehenen Termine aufgehoben werden.

Zu Nummer 56 (Fünfter Abschnitt)

Die bisherige Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird geändert, um die Bedeutung der Pflegestützpunkte zu unterstreichen.

Zu Nummer 57 (§ 92c)

Die Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege haben Probleme der Gesundheits- und Sozialsysteme bei der zielgerichteten und angemessenen Unterstützung Pflegebedürftiger beschrieben. Diese Schwierigkeiten resultieren aus der bisher erfolgten Konzentration auf körperliche Probleme oder einzelne Episoden im Krankheitsverlauf bei Vernachlässigung psychischer und sozialer Belange sowie einer ganzheitlichen und auf Dauer ausgerichteten Gesamtversorgungsstruktur. Eine wesentliche Anforderung an die zukünftigen Strukturen in der pflegerischen Versorgung besteht somit darin, die Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu stärken (vergleiche die Empfehlungen der Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege, vorgestellt am 12. September 2005 in Berlin). Vor diesem Hintergrund weist bereits die Ergänzung und Konkretisierung der Regelung des § 12 auf die Notwendigkeit hin, insbesondere auf der wohnortnahen Ebene vorhandene Versorgungsangebote so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung nicht nur der pflegebedürftigen Personen, sondern auch der Leistungsberechtigten nach § 45a im Rahmen eines Gesamtkonzeptes ermöglicht wird. Dieser Orientierungsrahmen des § 12 benötigt wirksame Instrumente, um eine abgestimmte Versorgung und Be-

treuung Pflege- und Hilfebedürftiger auf der wohnortnahen Ebene zu ermöglichen.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung sowie der Entwicklung der Struktur und der Zielsetzung der vorgesehenen Pflegestützpunkte sind die Überlegungen und Erfahrungen einer Vielzahl von Einrichtungen aufgegriffen und berücksichtigt worden, die im Rahmen des Modellprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger gefördert worden sind. So sind die konzeptionellen Überlegungen der bereits 1991 angelaufenen Förderung von Pflegestützpunkten in die Vorbereitungen des vorliegenden Gesetzentwurfs eingeflossen. Die damaligen Überlegungen führten zu dem Förderschwerpunkt „Koordinierungsstellen“. Insgesamt wurden aus dem Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger über 70 Koordinierungsstellen gefördert. Erfahrungen zur Arbeits- und Funktionsweise der regionalen Koordinierungsstellen sind vom ISO-Institut in Saarbrücken, das mit der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprogramme beauftragt ist, in Band 3 seiner Veröffentlichungsreihe (vergleiche ISO-Modellbericht 3/2001) dokumentiert worden. Weitere Erkenntnisse leiten sich aus dem Modellvorhaben „Altenhilfestruckturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ab (veröffentlicht im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung).

Mit der in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung zum Aufbau von Pflegestützpunkten wird den Beteiligten die Möglichkeit gegeben, die starren Grenzen zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung, der offenen örtlichen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gemeinsam zu überwinden, um im Rahmen eines umfassenden Versorgungs- und Betreuungskonzeptes eine verbesserte Zusammenarbeit zu fördern (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.4, S. 266). Die hier erstmals auf ausdrücklicher gesetzlicher Grundlage geschaffene Möglichkeit zur gemeinsamen Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche und unterschiedlicher Träger der Sozialversicherung, der öffentlichen Hand einschließlich der Kommunen, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen bzw. Selbsthilfeorganisationen durch gleichzeitige strukturelle Vernetzungen der unterschiedlichen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene wird eine an den individuellen Bedürfnissen insbesondere älterer pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung im wohnortnahen Bereich, zum Beispiel in ambulanten Wohnformen wie Wohn- und Hausgemeinschaften, ermöglicht. Hierbei wird neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems durch Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie durch eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungssysteme gesteigert. Die Bündelung der Leistungsangebote durch mehrseitige Verträge auf einer freiheitlichen und liberalen Basis, die dem Prinzip der weitgehenden Vertragsfreiheit folgt, stellt einen Beitrag zum Bürokratieabbau und zur Verwaltungsvereinfachung dar.

chung dar und schafft für die beteiligten Personen, Institutionen und Einrichtungen eine deutliche Verbesserung der Leistungstransparenz.

Die Pflege- und Krankenkassen haben die Initiative zur gemeinsamen Errichtung von Pflegestützpunkten zu ergreifen. Sie haben konsequent und zu jedem Zeitpunkt des Aufbaus und Betriebs des neuen und umfassenden Versorgungssystems dafür zu sorgen, dass sich die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der örtlichen Altenhilfe als Teil der örtlichen Daseinsvorsorge und die für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmenden Stellen an den Pflegestützpunkten beteiligen, um damit die Verzahnung der unterschiedlichen Hilfsangebote und die Versorgung in den Wohnquartieren nachhaltig zu verbessern. Gleichzeitig werden durch ein gemeinsames Vorgehen der Alten- und Sozialhilfe sowie der Kranken- und Pflegeversicherung Schnittstellen weitgehend abgebaut und erhebliche Synergien freigesetzt (vergleiche hierzu auch das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abschlussbericht 2004). Durch die Verzahnung und Vernetzung von unterschiedlichen Ansprüchen und Leistungen können in erheblichem Umfang Wirtschaftlichkeitsreserven freigesetzt werden (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.6, S. 267).

Darüber hinaus können die beteiligten Träger die Verträge zur Einrichtung und zum Betrieb der Pflegestützpunkte – gemeinsam mit Leistungserbringern im Sinne dieses sowie des Fünften und des Zwölften Buches – als Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung ausgestalten und damit eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität mit erheblichen freiheitlichen Elementen (zum Beispiel im Hinblick auf die Vergütungsgestaltungen und die Vorgaben der Landesrahmenverträge) erreichen. Eine Verpflichtung zu einem derart intensiven Zusammenwirken besteht zwar nicht, gleichwohl handelt es sich hierbei um ein höchst wirksames neues und innovatives Instrument, das eine abgestimmte und zielorientierte Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen und der Leistungsberechtigten nach § 45a auf der wohnortnahen Ebene in der Kommune oder im städtischen Wohnquartier ermöglicht. Von daher wäre eine derartige Vorgehensweise äußerst wünschenswert. Daher sollten die potenziellen Vertragspartner, also die für die Alten- und Sozialhilfe zu bestimmenden Stellen, die Kranken- und Pflegekassen sowie die unterschiedlichen Leistungserbringer, diese Möglichkeiten im Interesse der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, aber auch in ihrem eigenen wirtschaftlichen Interesse nutzen. Hierbei ist allerdings der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität der Pflegestützpunkte zu beachten.

Den durch Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe bietet sich mit dem Abschluss der Verträge über den Aufbau und den Betrieb von Pflegestützpunkten zugleich die Möglichkeit, auf die durch die demografische Entwicklung entstandenen veränderten Anforderungen an die soziale Infrastruktur im wohnortnahen ländlichen und städtischen Bereich unter Berücksichtigung der jeweils gegebenen besonderen örtlichen Rahmenbedingungen im Sinne einer „sozialen Prävention“ angemessen zu reagieren.

Die Folge kann und soll ein Anstieg der Attraktivität des Lebensraums älterer Menschen sowohl im ländlichen Raum als auch im städtischen Bereich sein. Durch dieses verstärkte Zusammenwirken aller beteiligten Kräfte, insbesondere im ambulanten Bereich, entstehen zugleich die Möglichkeit und die erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Rückgangs kostenintensiver vollstationärer Versorgungsfälle. Zugleich ergibt sich hieraus die Möglichkeit, den pflegebedürftigen Menschen unnötiges Leid und eine zunehmende Vereinsamung zu ersparen.

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind auf dem Pflege- und Betreuungsmarkt rund 300 000 neue Arbeitsplätze entstanden. Derzeit sind circa 760 000 Personen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Sie versorgen rund 1,15 Millionen Pflegebedürftige, die Sachleistungen beziehen. Berücksichtigt man, dass die Zahl der potenziell pflegenden Angehörigen im Zuge der demografischen Entwicklung und der sich ändernden Familienstrukturen voraussichtlich weiter zurückgehen wird, ist mit einem höheren Bedarf an professionellen Pflegekräften zu rechnen. Um dem steigenden Bedarf an Arbeitskräften in den Bereichen Pflege, Betreuung, soziale Integration und Hauswirtschaft gerecht zu werden und eine an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Arbeitskräftequalifizierung sicherzustellen, sollen die Vertragsparteien der Pflegestützpunkte mit den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende, denen nach dem Dritten und dem Zweiten Buch die Vermittlung und Förderung von arbeitssuchenden Personen obliegt, zusammenarbeiten.

Die Vorschrift gibt den Pflege- und Krankenkassen die Pflicht, spätestens bis zum 1. Januar 2009 die Pflegestützpunkte errichtet zu haben, da zu diesem Zeitpunkt der gesetzlich vorgesehene Leistungsanspruch auf Pflegeberatung vorgehalten werden muss. Ziel der Gesamtkonzeption ist aber, dass die Stellen der Alten- und Sozialhilfe sich an den Stützpunkten beteiligen, da nur so ein Gesamtangebot an Beratung und Begleitung für die pflegebedürftigen Menschen vorgehalten werden kann. Mit der Verweisung auf die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen wird deutlich, dass hier die Länder mit ihrer Zuständigkeit für die Versorgungsstruktur maßgeblich mit beteiligt sind.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 der Regelung sind alle Pflegekassen im Land verpflichtet, mit den Krankenkassen Verträge zur wohnortnahen Pflege, Versorgung und Betreuung durch gemeinsam zu errichtende Pflegestützpunkte zu schließen. Kommen die Verträge bis zum 31. Oktober 2008 ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats die Vertragsinhalte mit der Maßgabe zu bestimmen, dass sie auch die Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wahrzunehmen haben (vergleiche auch § 7a Abs. 4 Satz 3).

Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse gilt § 81 Abs. 1 Satz 2, der nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 1. Juli 2008 eine neue Fassung erhält, entsprechend. Durch die entsprechende Anwendung dieser Vorschrift in der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung erfolgt die Beschlussfassung über den Inhalt der Verträge durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen ein-

schließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

Die Rechte und Pflichten der Aufsichtsbehörden nach Bundes- und Landesrecht bleiben hiervon unberührt. Damit der im Interesse der Pflegebedürftigen erforderliche Aufbau der Pflegestützpunkte von keiner Seite – aus welchen Gründen auch immer – blockiert und verzögert werden kann, haben Rechtsbehelfe und Rechtsmittel gegen aufsichtsrechtliche Maßnahmen keine aufschiebende Wirkung. Der Konfliktlösungsmechanismus soll den zügigen Abschluss der Verträge über und den Beginn des Aufbaus und des Starts der Pflegestützpunkte im Interesse der Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen sichern.

Die Pflegekassen haben jederzeit – also auch schon im Rahmen der Vorbereitung und des Abschlusses der Vereinbarungen nach Satz 1 – darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe als Teil der Daseinsvorsorge und für die Gewährung der sozialhilferechtlichen Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch sowie die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an diesen Verträgen beteiligen. Es wäre wünschenswert, dass sich die weiteren Beteiligten bereits im Rahmen des Abschlusses der Verträge nach Satz 1 an diesen beteiligen. Es ist nicht erforderlich, dass der Abschluss der Vereinbarungen nach Satz 1 und die Beteiligung der weiteren Stellen in gesonderten Verträgen vereinbart werden. Wünschenswert wäre vielmehr, dass der Vertragsschluss nach Satz 1 und die Beteiligung der weiteren Stellen in einem einheitlichen Dokument über die Errichtung und den Betrieb der Pflegestützpunkte erfolgen. Die genannten Kosten- und Leistungsträger sollen die Pflegestützpunkte gemeinsam und gleichberechtigt betreiben und unterhalten (zur laufenden Finanzierung der Betriebskosten siehe Absatz 2). Auch die im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen sollen in die Verträge eingebunden werden, soweit der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität der Pflegestützpunkte nicht verletzt wird. Wünschenswert wäre es, dass sich auch die Verbraucherzentralen und Verbraucherberatungsstellen in den Pflegestützpunkten engagieren und den Beratung suchenden Pflegebedürftigen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Der hier vorgesehene gesetzliche Rahmen lässt dies ohne weiteres zu, da er keine abschließende Aufzählung der für eine Beteiligung in Betracht kommenden Stellen enthält. Von daher können und sollen das Potenzial und die Teilnahme- und Beteiligungsangebote anderweitiger gesellschaftlicher Gruppen, soweit sie für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen einen Beitrag zur Verbesserung der Situation und Versorgung leisten können, möglichst umfassend berücksichtigt werden. Es ist darauf zu achten, dass der Beitritt zunächst nicht beteiligter, aber später interessierter Partner und Unterstützer der Pflegestützpunkte erwünscht und im Rahmen des Möglichen zu unterstützen ist.

Ziel der Regelung ist die Vernetzung von wohnortnahen Auskunfts-, Beratungs-, Koordinierungs- und Bereitstellungsangeboten rund um die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse der Menschen im wohnortnahen Bereich. Aufgabe der Pflegestützpunkte soll es deshalb sein, mit dem gebündelten Wissen der beteiligten Leistungsträger hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, Pflege-

personen und anderen interessierten Personen die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie sie gezielt und individuell zu beraten. Hierfür sollen die Pflegestützpunkte bedarfsgerecht mit Personal ausgestattet werden, das über das notwendige Wissen verfügt, um die Aufgaben zu bewältigen und die dafür benötigten Informationen zu beschaffen, um die Stellung der hilfebedürftigen Menschen auch als Verbraucher nachhaltig zu stärken. Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten- und Leistungsträger kompetente Mitarbeiter in die Pflegestützpunkte entsenden, um die Aufgaben dort zu bewältigen. Über die rein informierenden und beratenden Aufgaben hinaus soll der Vertrag zur wohnortnahen Versorgung und Betreuung auch die gezielte Bereitstellung aufeinander abgestimmter Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsangebote und die systematische und zielgerichtete Koordination bestehender Versorgungs- und Betreuungsangebote vorsehen (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.7, S. 267/268; „Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“, Schriftenreihe Band 189.1 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Dies ist im Sinne eines Care Managements in erster Linie die Aufgabe der Pflegestützpunkte, die dabei von den in den Pflegestützpunkten angesiedelten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern unterstützt werden können. Auch die Pflegeberater bzw. die Pflegebegleitpersonen der privaten Pflege-Pflichtversicherung und der privaten Krankenversicherung sind zwingend in den Pflegestützpunkten und nicht etwa an anderen Orten anzusiedeln. Ziel ist es, allen Pflegebedürftigen, unabhängig davon, ob sie privat oder gesetzlich versichert sind, in ihrem Pflegestützpunkt eine umfassende Beratung und Hilfestellung anzubieten. Durch die Mitwirkung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen können Leistungsansprüche zeitnah und unbürokratisch bewilligt und die Leistungen durch das Hinzuziehen der Leistungserbringer sofort bereitgestellt werden.

Eine wesentliche Anforderung an die künftigen Strukturen besteht darin, die Potenziale für eine umfassende Beratung, Pflege, Versorgung und Betreuung zu schaffen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Diese Aufgabe soll von den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte gemeinsam wahrgenommen werden.

Es wäre deshalb zu begrüßen, wenn auch weitere Kostenträger für ein Versorgungsmanagement geeignete Mitarbeiter mit Entscheidungskompetenzen ausstatten und in den Pflegestützpunkten einsetzen. Die sich so entwickelnde Zusammenarbeit kann zur besseren Vernetzung örtlicher Angebote führen und – gepaart mit der Möglichkeit zur sofortigen Entscheidung der entscheidungsbefugten Mitarbeiter – wesentlich zur sachgerechten Nutzung wohnortnaher Angebote beitragen. 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. Mit diesem Ziel sollen Mitarbeiter der Pflegestützpunkte

- über die verfügbaren pflegerischen, medizinischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote informieren und für Transparenz sorgen,

- individuell und bedarfsorientiert über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch beraten und einen Beitrag zur Verwirklichung von Wünschen Hilfebedürftiger leisten sowie
- weitere allgemeine Auskünfte erteilen, so dass insgesamt die Souveränität der Verbraucher gestärkt wird.

Im Übrigen werden die Vertragspartner aufgefordert, Pflegefachkräfte, Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Bereitstellung und Koordination der Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegestützpunkte einzubinden, so dass auch in diesem Bereich eine Vernetzung der Hilfen erreicht und insbesondere die häusliche Versorgung gestärkt werden kann. Für die von den Ländern zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung im Rahmen der Altenhilfe zu bestimmenden Stellen besteht darüber hinaus auch die Möglichkeit, Leistungen der örtlichen Altenhilfe im Rahmen der Daseinsvorsorge durch in das Gesamtkonzept integrierte Hilfestellungen von bürgerschaftlich Engagierten anzureichern und aufzuwerten. Die Vertragsparteien sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen anerkannten religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen den Zugang und die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen, um die Tätigkeit der Pflegestützpunkte auf eine breite, tragfähige und allgemein anerkannte und akzeptierte Grundlage zu stellen. Von daher ist es auch begrüßenswert, wenn sich zum Beispiel familienorientierte oder sonstige anerkannte soziale Organisationen in den Pflegestützpunkten engagieren.

Die den Pflegestützpunkten eingeräumte Möglichkeit, sich der Unterstützung außenstehender Dritter zu bedienen und Leistungen bei diesen einzukaufen, dient der Einbindung und Beteiligung bereits vorhandener Strukturen im jeweiligen Land, wie zum Beispiel der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz und ähnlicher Stellen in anderen Ländern (vergleiche § 7a Abs. 1 nebst Begründung).

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen können die Verträge zur wohnortnahen Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen und Leistungsberechtigten nach § 45a zusammen mit Leistungserbringern im Sinne

- dieses Buches (mit Pflegediensten und zum Beispiel Einrichtungen der Kurzzeitpflege),
- des Fünften Buches (mit Ärzten, Physiotherapeuten und beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen) und
- des Zwölften Buches (mit Trägern von Seniorentreffs und zum Beispiel von Behindertenfahrdiensten)

zu wohnortnahen integrierten Versorgungsverträgen ausgestalten und weiterentwickeln. Bei diesen Verträgen wird die Regelung des § 92b entsprechend mit der Maßgabe angewandt, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

Zu Absatz 2

In jedem Land soll ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entstehen. Die Vertragsparteien werden beauftragt, die konkreten Standorte der Pflegestützpunkte einvernehmlich festzulegen. Die für den Betrieb eines Pfle-

gestützpunktes vorhandenen und geeigneten Strukturen sind in enger Abstimmung mit den Ländern so weit wie möglich zu erhalten und zu nutzen, so dass weder doppelte Strukturen aufgebaut noch Bauvorhaben erforderlich werden sollten. Dabei soll in der Regel für rund 20 000 Einwohner ein Pflegestützpunkt vorgesehen werden (vergleiche hierzu die Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen, Kuratorium Deutsche Altershilfe, März 2007, Abschnitt 6.1, die allerdings nur von 10 000 bis 15 000 Einwohnern ausgeht). Soweit im ländlichen Raum Stützpunkte für weniger Einwohner oder in Ballungsräumen Stützpunkte für größere Einwohnerzahlen sinnvoll und geeignet sind, können sich die Vertragsbeteiligten je nach Bedarf auf größere oder kleinere Pflegestützpunkte einigen, da die Zahl von 20 000 Einwohnern lediglich eine Regel darstellt, von der bei Bedarf abgewichen werden kann. So können in großen Wohnsiedlungen, in einzelnen Stadtbezirken oder Stadtteilen, aber zum Beispiel auch in großemäßig geeigneten Gemeinden Pflegestützpunkte entstehen, die die notwendige Akzeptanz beim Bürger finden. Wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz bei den Bürgern ist die gute Erreichbarkeit. Hier wurde auf eine größere Regelungsdichte verzichtet, um den Vertragsparteien die Möglichkeit zu eröffnen, die vielfältigen und unterschiedlichen Rahmenbedingungen vor Ort nutzen zu können. So wäre es beispielsweise zulässig, einen größeren Pflegestützpunkt in zwei Zweigstellen zu gliedern und ihn zum Teil in einem Rathaus, beim Sozialamt, bei einer gemeinsamen Servicestelle nach dem Neunten Buch und zum anderen Teil beispielsweise bei einer Krankenkasse, bei Dienstleistungszentren oder Dienstleistungsagenturen anzusiedeln. Ausdrücklich wird klargestellt, dass der Pflegestützpunkt auch bei einem Leistungserbringer errichtet werden kann. Voraussetzung ist aber, dass die Wahl des Standortes nicht zu einer – dem geltenden Recht widersprechenden – Wettbewerbsverzerrung führen darf. Dies setzt zumindest eine räumliche und organisatorische Trennung zwischen dem Pflegestützpunkt und dem Leistungserbringer voraus. Aus diesem Grund lässt die Regelung lediglich die Errichtung eines Pflegestützpunktes „bei“ und nicht „in“ einer Pflegeeinrichtung zu. Diese Einschränkung beruht auf dem zwingenden Erfordernis, dass die Pflegestützpunkte in jeglicher Hinsicht wettbewerbsneutral auszugestalten sind. Ziel der Beteiligung der Pflegeeinrichtungen ist, den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zum Angebot der Pflegeversicherung, insbesondere den Pflegeeinrichtungen, zu verschaffen.

Die für den Betrieb eines Pflegestützpunktes erforderlichen und angemessenen Aufwendungen sind von den an den Verträgen beteiligten drei Leistungsträgergruppen gemeinsam zu tragen. Dies sind

1. die Gesamtheit der für die Durchführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung zuständigen und am Pflegestützpunkt beteiligten Träger bzw. Unternehmen,
2. die Gesamtheit der für die Durchführung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zuständigen beteiligten Träger bzw. Unternehmen sowie
3. die Gesamtheit der beteiligten Landesstellen, die für die Altenhilfe und die Sozialhilfe zuständig sind.

Um eine aufwendige Erfassung und Zuordnung bzw. Abgrenzung einzelner Aufwendungen zu vermeiden, haben die Vertragsparteien die Aufwendungen unter Berücksichtigung

etwaiger Besonderheiten gleichmäßig oder nach geeigneten, von ihnen selbst zu vereinbarenden Schlüsseln pauschaliert auf die Leistungsträgergruppen zu verteilen und gemeinsam zu tragen. Soweit die drei beteiligten Leistungsträgergruppen keine individuelle Verteilung oder keine Verteilungsschlüssel vereinbaren wollen, können sie bestimmen, dass jede Leistungsträgergruppe die Kosten und Aufwendungen zu je einem Drittel trägt. Eine solche Drittelung der Kosten und Aufwendungen ist grundsätzlich als geeigneter und angemessener Kostenverteilungsmaßstab anzusehen. Die drei unterschiedlichen Leistungsträgergruppen wiederum entscheiden selbst über die Aufteilung der von ihnen gemeinsam zu tragenden Kostenanteile untereinander. Die laufenden Aufwendungen für von den einzelnen Leistungsträgern eingesetztes Personal sind auf die jeweiligen Finanzierungsanteile anzurechnen. Dabei sollen die Aufwendungen für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen (§ 7a) sowie für vergleichbare Fallbearbeiter aus dem Bereich der Alten- und Sozialhilfe nicht berücksichtigt werden. Die Personalkosten sollen insoweit unverändert von den entsendenden Stellen getragen werden, um insbesondere einen Wechsel des Arbeitgebers zu vermeiden und damit die Akzeptanz des einzusetzenden Personals für die notwendigen Veränderungen und Um- bzw. Versetzungen zu schaffen. Zu den erforderlichen Aufwendungen könnte neben den Kosten für ausreichende Räumlichkeiten für die Pflegeberatung beispielsweise ein Raum für die Schulung von ehrenamtlichen Pflegepersonen (vergleiche § 45) und für mehr oder weniger regelmäßige Treffen von Selbsthilfegruppen und -organisationen in Betracht kommen. Zur Vermeidung ungewollter Kostenverlagerungen von einer Krankenkasse zu ihrer Pflegekasse darf der auf eine Pflegekasse entfallende Kostenanteil nicht höher sein, als der von der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, zu tragende Anteil. Eine weitergehende gesetzliche Kostenverteilungsregelung wird nicht für erforderlich gehalten; insoweit besteht Vertragsfreiheit für die Vertragsbeteiligten des Pflegestützpunktes, so dass interne Vorgaben, Bindungen und Begrenzungen der Vertragsbeteiligten nicht übergangen werden.

Wenn private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sich nicht an der Finanzierung für den Aufbau und den laufenden Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie für die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch die bei ihnen nach § 23 versicherten Personen eine vertragliche Vereinbarung mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung je Fall zu schließen. Hinsichtlich der Abgeltung entstehender Aufwendungen bietet sich die Vereinbarung von Vergütungspauschalen an, die auf der Basis der den Pflegestützpunkten insgesamt entstehenden Kosten ausgehandelt werden können. Dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend, soweit sie nicht an der Finanzierung für den Aufbau und den laufenden Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligt sind. Die private Versicherung hat sich somit auf jeden Fall an der Finanzierungsvereinbarung über die Pflegestützpunkte zu beteiligen, entweder im Wege eines anteiligen Finanzierungsvertrages über den Aufbau und den laufenden Betrieb des Pflegestützpunktes oder andernfalls über die fallweise Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch Versicherte der privaten Versicherung. Hieraus folgt, dass

die private Versicherung ihre Versicherten auch nicht von der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte abhalten darf. Ansonsten stünden die Pflegestützpunkte nicht mehr allen Bevölkerungsgruppen offen. Privatversicherte dürfen insoweit nicht benachteiligt werden.

Zu Absatz 3

Die Errichtung der zumindest gemeinsam von Pflege- und Krankenkassen sowie den zuständigen Landesstellen getragenen Pflegestützpunkte wird für einen Zeitraum von drei Jahren bis zum 30. Juni 2011 gefördert. Dies gilt auch, wenn zugelassene Pflegeeinrichtungen oder die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung am Aufbau mitwirken. Soweit Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte allein ohne die Beteiligung der nach Landesrecht bestimmten Stellen aufbauen, ist keine Förderung aus dem Ausgleichsfonds vorgesehen.

Entsprechend dem Bedarf kann je Pflegestützpunkt ein Betrag von bis zu 45 000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes, zu denen zum Beispiel neben etwaigen Renovierungskosten und den Kosten für eine geeignete und ansprechende Ausstattung auch die Aufwendungen für Qualifizierungsmaßnahmen zählen, die erforderlich sind, um das Personal auf seine neuen (vernetzten) Aufgaben vorzubereiten. Die Personalkosten selbst sind entweder den laufenden Aufwendungen zuzuordnen, die von den Vertragsparteien anteilig zu finanzieren sind, oder sie sind der Pflegeberatung zuzuordnen, die generell und vollständig nach den Regelungen des § 7a finanziert werden.

Die Förderung ist – ebenfalls am tatsächlichen Bedarf orientiert – um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn die Mitglieder von Selbsthilfegruppen, die ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen konzeptionell und nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.

Die weiteren Regelungen enthalten Verfahrensvorgaben und übertragen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen insbesondere die Aufgabe, den Umfang der bedarfsentsprechenden Förderung festzustellen, einen Zuwendungsbescheid zu erlassen und die sachgerechte Verwendung der Mittel zu prüfen. Damit die wesentlichen Daten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für eine zügige Entscheidung über die einzelnen Anträge umfassend vorliegen, werden die Vertragsparteien verpflichtet, die Höhe des benötigten Zuschusses, einen Auszahlungsplan und den Empfänger der Zahlungen anzugeben und insbesondere den Förderbedarf zu begründen. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel dem Auszahlungsplan entsprechend an den ihm mitgeteilten Zahlungsempfänger aus. Ein Jahr nach der letzten Auszahlung haben die Vertragsparteien dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen abschließenden Verwendungsnachweis zu erbringen.

Zu Absatz 4

Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Mittel für die Förderung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamtfördersumme von 80 Mio. Euro. Um eine gerechte Verteilung der aus dem Ausgleichsfonds entnommenen Fördermittel auf die Länder zu erreichen, wird der gesamte Förderbetrag dem Königsteiner Schlüssel entspre-

chend auf die Länder aufgeteilt. Die Auszahlung der Förderbeträge erfolgt entsprechend der Reihenfolge des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Um den Vertragsparteien möglichst umgehend die nötige Sicherheit über zu erwartende Fördermittel zu geben, soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zeitnah nach Eingang des Antrags zur Förderung eines Pflegestützpunktes den Förderbescheid an die Antragsteller (Pflegekassen, Krankenkassen, beteiligte Landesstellen) übersenden.

Zu Absatz 5

Die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte ist freiwillig. Die Arbeit der Pflegestützpunkte berührt auch Fragen des Sozialdatenschutzes, insbesondere dann, wenn in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern Krankendaten, Unterlagen aus MDK-Gutachten und sonstige Einzelangaben über die persönlichen und sächlichen Verhältnisse der unterstützten Personen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten, einschließlich der Übermittlung zum Beispiel an den kommunalen Träger, ist mithin zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe der Pflegestützpunkte erforderlich. Die Daten dürfen dabei ausschließlich für Zwecke der Pflegestützpunkte verwendet werden. Zudem ist die Einwilligung der unterstützten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters einzuholen und auf die Möglichkeit eines jederzeitigen Widerrufs hinzuweisen.

Zu Nummer 58 (§ 94)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung zur Verfolgung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen durch die Pflegekassen, wie sie bereits im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch § 284 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches erfolgt ist.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um datenschutzrechtliche Begleitregelungen zur Einführung der Vorschriften zur Pflegeberatung in § 7a sowie zur Einführung der Vorschriften zu den Pflegestützpunkten in § 92c.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine zweckdienliche datenschutzrechtliche Ergänzung im Hinblick auf die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (vergleiche § 115 Abs. 3 Satz 7).

Zu Nummer 59 (§ 95)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung, zur Aufhebung des § 80a und zur Beteiligung der Pflegeeinrichtungen an den Verträgen zur integrierten Versorgung nach dem Fünften Buch.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine zweckdienliche datenschutzrechtliche Ergänzung im Hinblick auf die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (vergleiche § 115 Abs. 3 Satz 7).

Zu Nummer 60 (§ 97)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 61 (§ 97a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Wegfall von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 62 (§ 97b)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 63 (§ 104)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 64 (§ 106a)

Zu Buchstabe a

Seit dem Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes zum 1. Januar 2002 sind die Mitteilungen über die Durchführung des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 4 nicht nur an die sozialen Pflegekassen, sondern bei privat versicherten Pflegebedürftigen auch an die privaten Versicherungsunternehmen zu richten. Satz 1 ist daher entsprechend zu ergänzen.

Außerdem müssen die neu eingeführten Beratungsstellen sowie die in der Vorschrift bereits vorgesehenen beauftragten Pflegefachkräfte in die Datenschutzregelungen einbezogen werden.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderungen bei der Verweisung auf § 37 aufgrund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes sowie wegen der Erweiterung der Amtsbezeichnung des bisherigen Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

Zu Nummer 65 (§ 107)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 66 (§ 109)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 67 (§ 110)

Zu Buchstabe a

Personen, die im Standardtarif der privaten Krankenversicherung nach § 315 des Fünften Buches oder im Basistarif der privaten Krankenversicherung nach § 12 des Versiche-

rungsaufsichtsgesetzes versichert sind und dort einen besonderen sozialen Schutz erhalten, sollen im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung unter die Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 und nicht unter die ungünstigeren Bedingungen des § 110 Abs. 3 – mit gegebenenfalls hohen Versicherungsprämien vor allem in den ersten fünf Versicherungsjahren – fallen.

Der Beitrag im Basistarif der privaten Krankenversicherung wurde im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378 ff.) grundsätzlich auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt (§ 12 Abs. 1c Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes). Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen reduziert sich der Höchstbeitrag auf den prozentualen Anteil, der dem die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruch entspricht (§ 12 Abs. 1c Satz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes). Bei Hilfebedürftigkeit des Versicherten wird der Beitrag im Basistarif der privaten Krankenversicherung halbiert (§ 12 Abs. 1c Satz 4 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes). Hilfebedürftigkeit im Sinne dieser Regelung liegt vor, wenn allein durch Zahlung des nicht halbierten Beitrags im Basistarif Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entsteht oder unabhängig davon bereits besteht. Diese Regelungen gelten auch im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches (siehe § 315 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches, der auf § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes verweist).

An diese Regelungen wird nun im Recht der privaten Pflege-Pflichtversicherung angeknüpft. Auch bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung kommt es für Versicherte im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches und für Versicherte im Basistarif zu einer Beitragshalbierung, wenn Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 12 Abs. 1c Satz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsteht oder nach § 12 Abs. 1c Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bereits unabhängig davon besteht. Dabei wird bei der Prüfung der Hilfebedürftigkeit bzw. des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Beitragshalbierung auch in der Pflege-Pflichtversicherung grundsätzlich auf den Beitrag zur privaten Krankenversicherung im Basistarif bzw. im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches abgestellt. Dies bedeutet, dass Versicherte, bei denen der Beitrag zur privaten Krankenversicherung halbiert wird, auch zur privaten Pflege-Pflichtversicherung nur einen halben Beitrag entrichten müssen. Wird allerdings ein im Standardtarif der privaten Krankenversicherung Versicherter allein durch den Beitrag zur Pflegeversicherung hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, ist die Halbierungsregelung auf diesen Beitrag beschränkt.

Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, bei denen der Beitrag zur Pflegeversicherung ohnehin bereits auf 50 vom Hundert des Höchstbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung gesetzlich begrenzt ist (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e), wird der Beitrag bei Hilfebedürftigkeit ebenfalls halbiert. Die Regelungen in § 12 Abs. 1c Satz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes betreffend die Beitragsbegrenzung bei Beihilfeberechtigten in Abhängigkeit vom jeweiligen Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten können auf die private Pflege-Pflichtversicherung nur in angepasster Form übertragen werden, weil es bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung einen

von dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz unabhängig kalkulierten Einheitstarif gibt.

Im Falle einer Reduzierung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach § 110 Abs. 2 des Elften Buches in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes wird die Ehegattenermäßigung nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g des Elften Buches in der Pflegeversicherung nicht zusätzlich vorgesehen.

Die Regelung tritt am 1. Juli 2008 in Kraft und gilt mit diesem Wortlaut bis zum 31. Dezember 2008. Ab 1. Januar 2009 wird der Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches in den Basistarif umgewandelt. Daher wird § 110 Abs. 2 ab dem 1. Januar 2009 redaktionell angepasst (siehe dazu Artikel 2, der am 1. Januar 2009 in Kraft tritt).

Zu Buchstabe b

Nach § 178a Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes bzw. nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes in der künftigen Fassung nach Inkrafttreten der Versicherungsvertragsrechtsreform ist eine Versicherungspflicht geregelt. Der private Versicherungsschutz muss ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen. Die neue Formulierung in Absatz 1 nimmt darauf Bezug.

Da privat Krankenversicherte, die bisher nur einen Anspruch auf stationäre Heilbehandlung hatten, ihren Versicherungsschutz ohne Ergänzung fortführen können (§ 193 Abs. 3 Satz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes), wird es auch in Zukunft Personen geben, die nur einen Versicherungsschutz mit Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung haben. Deshalb werden in Absatz 3 diese Fälle weiterhin genannt.

Zu Buchstabe c

Satz 2 des Absatzes 4 wird gestrichen, denn er verweist auf eine Regelung in § 49, die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aufgehoben wurde. Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung soll auch in der sozialen und privaten Pflegeversicherung ein Beitragszahlungsverzug des Versicherten nicht mehr zur Beendigung des Versicherungsschutzes führen.

Zu Buchstabe d

Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass privat Pflege-Pflichtversicherte in gleichem Umfang ein Recht auf Akteneinsicht haben, wie dies für Sozialversicherte in § 25 des Zehnten Buches vorgesehen ist. Dieses Akteneinsichtsrecht ist insbesondere von Bedeutung für Privatversicherte, bei denen der Gutachterdienst der privaten Krankenversicherung (MEDICPROOF) zu dem Ergebnis gekommen ist, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht vorliegt oder die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe abzulehnen ist. Die Betroffenen sollen durch Einsicht in die Akten bzw. durch Aushändigung einer Kopie des Gutachtens über die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung in die Lage versetzt werden, die Entscheidung des Versicherungsunternehmens nachzuvollziehen, zu kontrollieren und gegebenenfalls vor dem Sozialgericht überprüfen zu lassen.

Das Versicherungsvertragsgesetz sieht die Verpflichtung der Versicherer vor, auf Verlangen des Versicherungsnehmers

oder jeder versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat (vergleiche § 202 des Versicherungsvertragsgesetzes).

Demgegenüber haben Versicherte der sozialen Pflegeversicherung Anspruch auf Akteneinsicht auch ohne Vermittlung durch einen Arzt, wenn sie dies nicht wollen. Die Ungleichbehandlung zulasten der Privatversicherten ist immer wieder Gegenstand von Beschwerden. Durch die Anwendung des § 25 auch bei den privat Pflege-Pflichtversicherten wird die Ungleichbehandlung beseitigt. Die Versicherten sind über den Anspruch auf Akteneinsicht bei der Mitteilung der Ergebnisse der Prüfung der Pflegebedürftigkeit zu informieren. Mit der Regelung wird der Rechtsschutz für die Betroffenen effektiver, gleichzeitig werden auch unnötige Klagen vermieden, weil durch die Offenlegung Entscheidungen verständlicher werden und das Vertrauensverhältnis zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer gestärkt wird.

Zu Nummer 68 (§ 111)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die wegen der Umbenennung der Behörde erforderlich geworden ist.

Zu Nummer 69 (§ 112)

Die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege werden im Elften Kapitel zusammengefasst, ergänzt und neu strukturiert. Damit werden Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung entsprechend ihrer Bedeutung für eine Leistungserbringung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie entsprechend ihrer Bedeutung für die Akzeptanz der Pflegeversicherung durch die pflegebedürftigen Menschen umfassend geregelt.

Die in den §§ 112 bis 115 zum Teil neu formulierten Vorschriften führen den mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, eingeleiteten Prozess der Weiterentwicklung der Pflegequalität fort und schaffen durch neue Instrumente und Verfahren größere Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung. Die Regelungen tragen dazu bei, dass Qualität nicht nur von Pflegekassen und Leistungserbringern gefordert wird, sondern unterstützen und organisieren Qualitätsentwicklung auf der Grundlage von Fachlichkeit und Transparenz. Mit der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung werden auch Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus seinem Gutachten von 2005 zur Koordination und Qualität im Gesundheitswesen aufgegriffen. Darin wird beispielsweise gefordert, die Professionalität in der Pflege zu erhöhen und die Einrichtungen zu nutzerfreundlicherer Informationspolitik zu verpflichten.

Die Weiterentwicklung von Pflegequalität stützt sich auf drei Säulen. Diese sind

1. die Entwicklung und Fortschreibung von Qualitätsinhalten in der Pflege durch Expertenstandards (§ 113a),

2. die stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und eine größere Transparenz der Ergebnisse (besonders § 114 Abs. 3 und § 115 Abs. 1a) und
3. die Weiterentwicklung der Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und anderer Prüfinstitutionen sowie die Transparenz der dabei gewonnenen Ergebnisse (§§ 114, 114a und 115).

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt die Qualitätsverantwortung der Einrichtungsträger und der Pflegeeinrichtungen. Die Überschrift wird dementsprechend angepasst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c

Durch die Umstrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung entfällt die Pflicht zur Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen. Zugleich wird der Regelungsinhalt dahingehend konkretisiert, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verpflichtet sind. Diese Vorgabe korrespondiert mit der Regelung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3. Zudem werden die Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, Expertenstandards anzuwenden und damit in die Pflegepraxis umzusetzen. Die Regelung verweist auf die nachfolgende Vorschrift des § 113a, in der die Expertenstandards im Elften Buch verankert werden, und korrespondiert mit der Regelung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4. Darüber hinaus werden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.

Zu Buchstabe d

Der Inhalt des bisherigen Absatzes 3 wird in § 114 (Qualitätsprüfungen) und in § 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen) konkretisiert und erweitert.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Nummer 70 (§ 113)

Der bisherige § 113 bildete die Grundlage für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen. Diese Vorschrift konnte nicht umgesetzt werden, da die hierzu erforderliche Umsetzungsverordnung nach § 118 im Bundesrat – trotz Zustimmung des Bundesrates zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und somit zur Ermächtigungsgrundlage in § 118 – abgelehnt wurde. Sie wird daher aufgehoben, zumal die externe Qualitätssicherung in anderer Form gewährleistet wird.

In § 113 wird stattdessen die bislang als § 80 eingestellte Regelung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen eingefügt, die dadurch in einen engen Zusammenhang mit den weiteren Vorschriften der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gestellt und darüber hinaus inhaltlich erweitert wird.

Zu Absatz 1

Die Ergänzungen übertragen den Vertragsparteien die Aufgabe, im Rahmen der zu vereinbarenden Maßstäbe und Grundsätze Regelungen zu folgenden Punkten zu treffen:

- Nach Nummer 1 über die Anforderungen an die Pflegedokumentation,
- nach Nummer 2 über die Sachverständigen und Prüfinstitutionen, die nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3 Qualitätsprüfungen durchführen können, im Hinblick auf deren Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
- nach Nummer 3 über Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3.

Pflegedokumentation

Die Dokumentation der Pflegeleistungen ist eine unverzichtbare Informationsquelle für alle am Pflegeprozess Beteiligten. Nur mit einer zuverlässigen Pflegedokumentation ist es möglich, den zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichten Pflegezustand zu beschreiben und – ausgehend vom Hilfebedarf des Bewohners – ein Pflegeziel zu formulieren. Eine gute Pflegedokumentation ist mehr als Qualitätssicherung, sie ist auch ein Instrument zur Qualitätsförderung. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten, aus dem das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind. Die Pflegedokumentation dient der Sicherung von Pflege, dem Informationsfluss, dem Leistungsnachweis, der Überprüfung von Pflegequalität und der juristischen Absicherung des pflegerischen Handelns.

Der Runde Tisch Pflege hat sich in seiner Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ mit der Pflegedokumentation beschäftigt und empfiehlt ein sinnvolles Maß an Dokumentation und Pflegeplanung auf der Grundlage eines für die jeweilige Einrichtung gewählten Pflegemodells. Kritisiert wird zum Beispiel die Doppelerhebung bewohnerbezogener Daten beim Einzug, wenn die Erhebung einmal auf Anordnung der Verwaltung und darüber hinaus noch einmal auf Anordnung des Wohnbereichs erfolge. Dadurch entstehe überflüssiger Schreib- und Zeitaufwand als Belastungsfaktor für die Beschäftigten. Nach Auffassung der Fachleute gelingt es dem Pflegepersonal bei der derzeit gängigen Dokumentationspraxis nicht immer, ein Gesamtbild des zu Pflegenden zu beschreiben und zu erhalten. Dies widerspreche jedoch einer nachhaltigen Dienstleistungsorientierung im Sinne einer flexiblen und individuellen Betreuung und Pflege.

Die Ergänzungen sollen erreichen, dass die Pflegedokumentation als verlässlicher Parameter der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung erhalten bleibt und gleichzeitig überflüssige Bürokratie und damit unnötige Belastungen der Pflegeeinrichtungen vermieden werden. Entsprechende verbindliche Festlegungen sind in den Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu treffen. Wichtige Erkenntnisse liefert dafür das Handbuch „Pflegedokumentation stationär“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das im März 2007 veröffentlicht wurde. Einbezogen werden sollen auch Erfahrungen mit vorhandenen

Musterdokumentationen, die in einigen Bundesländern entwickelt wurden.

Prüfinstitutionen und Prüfverfahren

Nach dem neuen § 114 Abs. 3 haben die Landesverbände der Pflegekassen bei Vorliegen anderer Prüfergebnisse den Turnus von Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu verlängern oder den Prüfumfang zu verringern. Voraussetzung hierfür ist, dass die von den Trägern oder den Pflegeeinrichtungen – zum Beispiel im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens – veranlassten Prüfverfahren methodisch verlässlich sind und ihnen inhaltlich die jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über Qualitätsprüfungen (derzeit gelten die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) der Spitzenverbände der Pflegekassen, in Kraft seit 1. Januar 2006) zugrunde liegen. Die Vertragsparteien haben die Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen sowie an die von diesen angewandten Prüf- bzw. Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren. Um Verlässlichkeit und Transparenz dieses wichtigen Instruments des Qualitätsmanagements herzustellen, sind Kriterien hinsichtlich der Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation der prüfenden Sachverständigen bzw. der Prüfinstitutionen von den Vertragsparteien festzulegen. Nicht erforderlich ist, dass die Vertragsparteien Prüfkataloge entsprechend den Anlagen zu den QPR erstellen. Die durch die Einrichtungen selbst veranlassten Prüfungen können im Hinblick auf Inhalt, Methodik und Umfang über den Prüfkatalog der QPR auch hinausgehen. Angestrebt wird darüber hinaus die gemeinsame Entwicklung und Evaluation von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in Alten- und Pflegeheimen unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die dabei auf wissenschaftlicher Grundlage zu erarbeitenden Indikatoren für die Darstellung und Bewertung von Ergebnisqualität sollen in die Weiterentwicklung von Zertifizierungs- und Prüfverfahren einfließen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 wurde unverändert aus § 80 Abs. 2 übernommen.

Zu Absatz 3

In der Vergangenheit kam es wiederholt zu Unstimmigkeiten zwischen den Vertragsparteien über den Abschluss und die Fortentwicklung von Vereinbarungen nach § 80. An die Stelle der bisherigen Verordnungsermächtigung wird angesichts der inhaltlich erheblich erweiterten Aufgabenstellung an die Vertragsparteien ein tragfähiger, transparenter und ergebnisorientierter Konfliktlösungsmechanismus gesetzt. Es wird ein Schiedsverfahren vor einer Schiedsstelle eingeführt, das sowohl durch die Vertragsparteien als auch durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgelöst werden kann. Das Nähere zur Schiedsstelle ist in § 113b geregelt. Aufgabe der Schiedsstelle gegenüber den Vertragsparteien nach § 113 ist es, innerhalb einer Frist von drei Monaten mit der Mehrheit ihrer Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen festzusetzen. Gegen die Festsetzung der Schiedsstelle ist der Sozialgerichtsweg eröffnet.

Zu Nummer 71 (§§ 113a und 113b)**Zu § 113a**

Expertenstandards als Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses stellen ein ausgesprochen wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Sie tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei, der nach dem Elften Buch dem pflegerischen Handeln und der Qualitätsverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger (§ 11) und dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 69) zugrunde liegt. Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, dass sie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt werden. Die Beachtung des aktuellen Erkenntnisstandes ist von Bedeutung, denn Pflegefehler können zu haftungsrechtlichen Folgen führen. Die Diskussion um die Qualitätsentwicklung in der Pflege und die Frage nach verlässlichen Grundlagen einer qualitätsgestützten Pflege haben gezeigt, dass in der Praxis wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards dringend benötigt werden.

Der Begriff „Expertenstandard“ ist in der pflegewissenschaftlichen Fachwelt und in der Pflegepraxis eingeführt. Seit langem zeichnet sich ab, dass in den Pflegeberufen dem verbindlichen Instrument „Standard“ der Vorzug gegeben wird, während die Medizin in der „Leitlinie“ das besser geeignete Instrument sieht. Beide Instrumente dienen der Qualitätsentwicklung in der Praxis und dem Theorie-Praxis-Transfer.

Mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit wurden bislang fünf Expertenstandards zu den Themen „Dekubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“, „Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“, „Sturzprophylaxe“ sowie „Kontinenzförderung“ erarbeitet. Auftragnehmer bei der Entwicklung, der Konsentierung und der Implementierung von in der Fachwelt anerkannten Expertenstandards war das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als bundesweiter Zusammenschluss von Fachexperten in der Pflege. Im September 2005 hat das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die finanzielle Förderung von drei weiteren Expertenstandards bis 2008 bewilligt:

- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“,
- „Schmerzmanagement bei chronischen nicht malignen Schmerzen“ und
- „Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei pflegebedürftigen Menschen“.

In diesem Zusammenhang steht auch die Förderung der im März 2007 veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“ durch das Bundesministerium für Gesundheit. Mit diesem Instrument wurde die Vorarbeit zur Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege demenzkranker Menschen geleistet.

Wesentliche Erfolgsfaktoren sind das hohe fachliche Niveau der Expertenstandards sowie die pflegfachliche und gesundheitspolitische Diskussion innerhalb der Pflegeberufe unter Einbeziehung der Vertreter von Spitzenorganisationen

und Verbänden im Gesundheitswesen und Fachexperten anderer Gesundheitsberufe.

In der Pflegepraxis fanden die bisher erarbeiteten Expertenstandards große Resonanz sowohl hinsichtlich des Verbreitungsgrades als auch hinsichtlich der inhaltlichen Akzeptanz. Der allgemein anerkannte Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse wird in einem Expertenstandard themenspezifisch zusammengefasst und anwendungsorientiert dargestellt. Zwar kann die Umsetzung von Expertenstandards bei ihrer Neueinführung zunächst eine fachliche Herausforderung für die Pflegenden, die Pflegeeinrichtungen und deren Träger darstellen. Zunehmend wird aber auch deutlich, dass das Instrument des Expertenstandards Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag vermittelt.

Es ist auf der Grundlage der in diesen Projekten gewonnenen Erfahrungen sowie vor dem Hintergrund der etwa im Bereich der Medizin fest verankerten Leitlinienentwicklung fachlich geboten, die Entwicklung und die Aktualisierung von Expertenstandards zukünftig als ein wesentliches Instrument in den institutionellen Rahmen und den rechtlichen Zusammenhang des Elften Buches zu stellen. Damit wird dieser Form der Qualitätsentwicklung die notwendige prozessuale Verankerung und die im Interesse der pflegebedürftigen Menschen erforderliche Verbindlichkeit gegeben.

Zu Absatz 1

Absatz 1 unterstreicht die Bedeutung der Expertenstandards als Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. 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 übertragen. Dabei sind der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und unabhängige Sachverständige, etwa aus dem Bereich der Pflegewissenschaften oder der Geriatrie, zu beteiligen. Das Beteiligungsrecht umfasst auch die Möglichkeit, Themen für die Entwicklung von Expertenstandards vorzuschlagen.

Im Rahmen ihrer Aufgabenstellung besitzen die Vertragsparteien erstens die Kompetenz, den Prozess der Entwicklung bzw. Aktualisierung eines Expertenstandards in Gang zu setzen, das heißt, sie entscheiden über Gegenstand, Ziel und Umfang eines Expertenstandards (Themenstellung und Auftrag zur Entwicklung) und fassen zweitens einen Beschluss zur Einführung des nach den Vorgaben der Themenstellung sowie der nach Absatz 2 festgelegten Verfahrensordnung erarbeiteten Expertenstandards. Die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege bereits entwickelten Expertenstandards sind in den Aktualisierungsprozess einzubeziehen.

Kommt eine Einigung über eine Themenstellung oder eine Beschlussfassung zu einem Expertenstandard nicht zustande, kann jede Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Diese Möglichkeit gilt auch für das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesmi-

nisterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Schiedsstelle entscheidet gemäß § 113b innerhalb von drei Monaten, ob die Verfahrensregelungen zur Erarbeitung eines Expertenstandards beachtet worden sind. Wenn dies durch die Schiedsstelle bestätigt wird, gilt der Expertenstandard. Der Beschluss der Schiedsstelle über die Geltung eines Expertenstandards tritt insoweit an die Stelle einer Beschlussfassung der Vertragsparteien.

Zu Absatz 2

Die Vertragsparteien stellen sicher, dass wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Entwicklung der Qualität in der Pflege entwickelt werden. Sie tragen damit die unmittelbare Verantwortung für die methodische Richtigkeit und die fachliche Qualität der Expertenstandards, für deren Entwicklung und Aktualisierung sowie für die Transparenz des Verfahrens. Die unmittelbare methodisch-wissenschaftliche Steuerungsaufgabe kann auch durch eine unabhängige, wissenschaftlich besetzte Lenkungsgruppe wahrgenommen werden. Das Nähere ist in einer Verfahrensordnung zu regeln.

In der Verfahrensordnung sind das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die Unabhängigkeit des Verfahrens, die wissenschaftliche Fundierung, die Schrittfolge von Entwicklung, fachlicher Abstimmung, Praxiserprobung und modellhafter Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens, festzulegen. Dabei sollen sich die Vertragsparteien an dem Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und dem methodischen Vorgehen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege orientieren, das sich aus wissenschaftlicher und praktischer Sicht bewährt hat.

Danach werden Expertenstandards mit wissenschaftlichen Methoden erarbeitet und überprüft. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sich das methodische Vorgehen auf international anerkannte Regeln, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung (evidenzbasiert) und die fachliche Abstimmung (Konsentierung), stützt. Die Schrittfolge umfasst dabei Entwicklung, Konsentierung, Praxiserprobung, Implementierung und Aktualisierung. Ausgewiesene pflegerische und wissenschaftliche Expertinnen und Experten, die nach fachlichen Kriterien ausgewählt werden, entwickeln den jeweiligen Standard (Expertengruppe). Expertenstandards können im Grundsatz sowohl monoprofessionell, das heißt unter ausschließlicher Heranziehung von Expertinnen und Experten aus den Pflegewissenschaften und der Pflegepraxis, als auch multidisziplinär, das heißt unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus weiteren pflegerelevanten Gebieten wie etwa medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen oder der Ernährungswissenschaft und der Hauswirtschaft, erarbeitet werden. Eine Entscheidung über die Beteiligung unterschiedlicher Disziplinen erfolgt nach fachlichen Gesichtspunkten. Es ist für einen breit angelegten Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zu sorgen und so die Basis für die Transparenz der von den Expertengruppen zu entwickelnden und von den Vertragsparteien zu beschließenden Expertenstandards sicherzustellen. Die Arbeitsergebnisse der Expertengruppe werden als Entwurf eines Standards vorgelegt. Darauf folgt die professionelle Abstimmung (Konsentierung), gegebenenfalls wird der Standard den konsentierten Ergebnissen angepasst. Der Standard wird in verschiedenen Einrichtungen hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit erprobt, das heißt, er

wird modellhaft eingeführt und umgesetzt. Nach Abschluss dieser Erprobung wird er gegebenenfalls erneut angepasst und abgestimmt.

Um die Transparenz des Verfahrens sicherzustellen, sollten Entwürfe des Expertenstandards sowie wesentliche Schritte und Zwischenergebnisse des Verfahrens im Internet und in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden.

Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt eine Einigung über die Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.

Zu Absatz 3

Liegt ein Beschluss der Vertragsparteien vor, so ist der Expertenstandard im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Er erhält dadurch die im Interesse der pflegebedürftigen Menschen notwendige Verbindlichkeit für die Pflegepraxis. Die Vertragsparteien haben die Pflegeeinrichtungen bei der Einführung und Anwendung der Expertenstandards zu unterstützen, zum Beispiel durch Schulungen und Multiplikatorenkonferenzen.

Zu Absatz 4

Die Kosten für die Entwicklung sowie Überarbeitung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Sie sind jährlich zu berechnen. Einen Anteil von zehn vom Hundert tragen die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Der Anteil entspricht dem gerundeten Anteil der Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Zahl aller Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung kann der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

Zu § 113b

Die Regelung bezweckt, etwaige Konflikte zwischen den Vertragsparteien nach § 113 ziel- und ergebnisorientiert zu beenden und durch eine nach fachlichen Gesichtspunkten gebildete unabhängige Instanz sachgerechte Lösungen zu schaffen. Dazu werden die Vertragsparteien verpflichtet, bis zum 31. August 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung einzurichten.

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien errichten die Schiedsstelle gemeinsam bis zum 31. August 2008. Sie sind für die Bestellung der Mitglieder verantwortlich.

Der Schiedsstelle Qualitätssicherung obliegen folgende Aufgaben:

- Sie setzt den Inhalt von Vereinbarungen über Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität fest, wenn sich die Vertragsparteien

darüber ganz oder teilweise nicht einigen können (§ 113 Abs. 3).

- Sie entscheidet im Streitfall, ob zu einem Thema ein Expertenstandard erarbeitet bzw. überarbeitet werden soll und ob ein Expertenstandard als beschlossen gilt, wenn ein Beschluss von den Vertragsparteien nicht herbeigeführt werden konnte (§ 113a Abs. 1).
- Sie legt die Kriterien der Veröffentlichung der Prüfergebnisse bezüglich der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität bis zum 31. Dezember 2008 fest, wenn die Vertragspartner diese nicht bis zum 30. September 2008 festlegen (§ 115 Abs. 1a).

Bei der Festsetzung des Inhalts der Vereinbarungen über Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 Abs. 3) und bei der Festsetzung der Kriterien für die Veröffentlichung von Prüfberichten bezüglich der Leistungen der Pflegeeinrichtungen und deren Qualität (§ 115 Abs. 1a) hat die Schiedsstelle einen materiellrechtlichen Beurteilungsspielraum. Ist ein Expertenstandard Gegenstand der Schiedsstellenentscheidung (§ 113a Abs. 1), ist der Beurteilungsspielraum der Schiedsstelle auf die Prüfung eines ordnungsgemäßen Verfahrens beschränkt. Gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 2

Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl. Aus dem Grundsatz der Parität folgt zum einen, dass der Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein möglicher Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. auf die Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden, und zum anderen, dass ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe der Schiedsstelle nur unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Pflegeeinrichtungen angehören kann.

Der unparteiische Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Diese Vorschrift entspricht der durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) in § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffenen Regelung. In der Begründung dazu wurde darauf verwiesen, dass sich Alternativen, wie etwa ein Losverfahren, in anderen Fällen als nicht sachgerecht erwiesen haben.

Entscheidungen sind mit der Mehrheit der Mitglieder der Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten zu treffen. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, bis zum 31. August 2008 das Nähere über die Errichtung der Schiedsstelle und ihre Arbeitsweise – insbesondere die Zahl der Mitglieder, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen, die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder und die Geschäftsführung – in einer Geschäftsord-

nung zu regeln. Hinsichtlich der Amtsführung der Mitglieder (Ehrenamtlichkeit, Weisungsungebundenheit) wird auf die Regelung in § 76 Abs. 3 (Landesschiedsstellen) verwiesen, die hier entsprechend zu beachten ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, die ganz oder teilweise sowie dauerhaft oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen werden kann.

Zu Nummer 72 (§ 114)

Mit der hier getroffenen Neufassung des § 114 werden die grundsätzlichen Anforderungen an die Prüfverfahren zusammengefasst und die bisher in § 112 Abs. 3 enthaltenen Regelungen zu Qualitätsprüfungen konkretisiert und erweitert. Die inhaltlichen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Leistungen ergeben sich aus den Qualitätsanforderungen nach diesem Buch sowie den dazu abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen der Partner der Selbstverwaltung. Die bisher in § 114 enthaltenen Vorschriften, die Verfahrensfragen der Qualitätsprüfung regelten, sind in den neuen § 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen) integriert worden.

Von besonderer Bedeutung ist die Einführung einer von den Landesverbänden der Pflegekassen turnusmäßig alle drei Jahre zu veranlassenden Regelprüfung. Festgelegt wird ferner, unter welchen Voraussetzungen eine von den Pflegeeinrichtungen oder deren Einrichtungsträgern selbst veranlasste Qualitätsprüfung die Regelprüfung ganz oder teilweise ersetzt. Diese Regelung hat grundlegende Bedeutung, da sie Engagement und Eigenverantwortung der Einrichtungsträger mit einer Verringerung externer Qualitätskontrolle belohnt, wenn die selbst veranlassten Prüfungen bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen und die Qualität der pflegerischen Leistung damit gewährleistet wird. Von den Einrichtungen selbst veranlasste Qualitätssicherungsinstrumente können ebenso hoch eingeschätzt werden wie externe Prüfungen, wenn sie nachweislich Ausdruck des Qualitätsbewusstseins der verantwortlichen Leistungserbringer sind.

Zu Absatz 1

Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige setzen stets einen Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen voraus, der Angaben zur Prüfart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang enthält. Die bisher in § 112 Abs. 3 zu Qualitätsprüfungen getroffenen Regelungen werden konkretisiert und erweitert. Die Regelung ist erforderlich, weil die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen ihre Prüfungsbefugnis im Einzelfall aus dem Prüfauftrag ableiten. Mit ihrem Prüfungsrecht korrespondiert die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen – zum Beispiel durch Bereithalten der Pflegedokumentationen und der Dienst- und Einsatzpläne – zu ermöglichen (§ 112 Abs. 2 Satz 1).

Hinsichtlich der Prüfarten werden Regelprüfungen, Anlassprüfungen (entsprechend den bisherigen Einzelfallprüfungen), Stichprobenprüfungen und Vergleichsprüfungen (bisher vergleichende Prüfungen) unterschieden. Die Wiederholungsprüfung ist als Prüfart bereits in § 115 Abs. 2 angelegt.

Zu Absatz 2

Neu ist die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, in einem Abstand von drei Jahren turnusmäßig Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige) in den Pflegeeinrichtungen zu veranlassen und damit den regelmäßigen Nachweis über Leistung und Qualität der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Es handelt sich hierbei um eine Kernregelung der Qualitätssicherung. Die Prüfreihenfolge ist nach objektiven Kriterien zu bestimmen, der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität ist zu beachten.

Diese Prüfungen erhalten die Bezeichnung Regelprüfungen. Um die Vollständigkeit der Regelprüfung zu gewährleisten und gleichzeitig bundesweit einheitliche Anforderungen sicherzustellen, werden alle Prüfgegenstände, auf die sich eine Regelprüfung erstrecken muss, aufgeführt. Geprüft werden müssen die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der gegebenenfalls nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, insoweit diese Leistungen in der ambulanten oder stationären Pflege nach diesem Buch jeweils erbracht werden müssen. Dabei kann auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen vom Prüfungsumfang umfasst werden. Zu prüfen ist darüber hinaus, ob die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes eingehalten werden. Damit wird sichergestellt, dass bei der Versorgung der Pflegebedürftigen die Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen (Krankenhausinfektionen) beachtet werden. Erkenntnisse, die aufgrund der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 36 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes vorliegen, können dabei berücksichtigt werden. Zum anderen wird vorgegeben, dass Regelprüfungen sich grundsätzlich auf die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität zu beziehen haben. Insbesondere bei der Prüfung der Strukturqualität ist ein Abgleich mit dem jeweiligen Prüfverfahren der Heimaufsicht geboten. Die Vorgaben sind keine neuen Anforderungen an das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, vielmehr sind diese Maßgaben auch Gegenstand der den Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zugrunde liegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie.

Die regelmäßigen Prüfungen schließen insbesondere anlassbezogene Qualitätsprüfungen nicht aus. Wichtig ist, dass erfolgreich durchlaufene Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Dreijahresfrist unabhängig von der Art der Prüfung (Anlass-, Stichproben- oder Vergleichsprüfung) jeweils neu in Gang setzen, wenn sie die oben genannten Voraussetzungen einer Regelprüfung

im Hinblick auf den Prüfgegenstand und die Prüfebene erfüllen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die rechtlichen Möglichkeiten der Anerkennung der Ergebnisse von Qualitätsnachweisen aus anderen Prüfungsverfahren als denjenigen des Medizinischen Dienstes geregelt. Die Vorschrift korrespondiert mit einer ähnlichen Bestimmung in § 15 Abs. 4 des Heimgesetzes. Die Pflegeeinrichtungen werden durch die Neuregelungen im Interesse der Verwaltungsvereinfachung weiter von Prüfaufwand entlastet, weil die Anerkennungsfähigkeit anderer Prüfverfahren gesichert wird.

Die Regelung ermöglicht es den Landesverbänden der Pflegekassen, die neu vorgesehene turnusmäßige Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auszusetzen oder in einem geringeren Prüfungsumfang durchzuführen zu lassen, soweit aufgrund anderer Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch eingehalten sind. Dabei werden die Anforderungen aus den vertraglichen Vereinbarungen auf Orts-, Landes- und Bundesebene ausdrücklich eingeschlossen. Die Verlängerung des Prüfturnus des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder ein verringerter Prüfungsumfang setzt damit in jedem Fall voraus, dass die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach diesem Buch nachgewiesen ist. Die Regelprüfung kann daher auch nur in dem Umfang ausgesetzt werden, in dem dieser Nachweis geführt ist. Maßstab für die Angemessenheit der Verlängerung des Prüfturnus oder der Verringerung des Prüfungsumfanges ist das Maß an Übereinstimmung mit den durch die Landesverbände der Pflegekassen veranlassten Prüfungen.

Die Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sind zum einen zwingend auszusetzen oder im Umfang zu verringern, soweit der Nachweis über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen durch die Vorlage der Ergebnisse einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder eines landesrechtlich geregelten Prüfverfahrens geführt wird. Das heißt auch, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung auf eine eigenständige Sachverhaltsaufklärung verzichten kann, wenn ihm verwertbare Informationen aus einer solchen Prüfung zeitnah vorliegen. Mit der Möglichkeit, die Ergebnisse von Heimbegehungen durch die Landesverbände der Pflegekassen anzuerkennen, greift die Vorschrift eine Forderung auf, die insbesondere im Hinblick auf den Verwaltungs- und Prüfaufwand immer wieder gestellt wird.

Das Prüfgeschehen wird zum anderen wesentlich erweitert und flexibler gestaltet, indem auf Eigeninitiative der Einrichtungen oder ihrer Träger beruhende Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen als gleichwertig mit von den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßig vorzusehenden Prüfungen anerkannt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Die Regelung stärkt insbesondere die eigenen Anstrengungen von Einrichtungen und Trägern zu einer transparenten und nachvollziehbaren Qualitätsentwicklung. Wenn die Erkenntnisse der Landesverbände der Pflegekassen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Einrichtungen auf Prüfungen durch Sachverständige oder Prüfinstitutionen beruhen, die auf Veranlassung der Pflegeeinrichtungen bzw. von Einrichtungsträgern tätig wurden, so ist ebenfalls der

Prüfturnus der Regelprüfung angemessen zu verlängern oder die Prüftiefe angemessen zu verringern. Voraussetzung für diesen Fall ist, dass die Prüfung

- a) durch geeignete, unabhängige und zuverlässige Sachverständige oder Prüfinstitutionen durchgeführt worden ist,
- b) auf einem anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität beruht,
- c) nicht länger als drei Jahre zurückliegt und
- d) ihre Ergebnisse entsprechend der in § 115 Abs. 1a getroffenen Neuregelung veröffentlicht werden.

Die Anforderungen an die Sachverständigen, die Prüfinstitutionen und die Prüfverfahren sind durch die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 zu regeln; die Anforderungen an die Veröffentlichungspflicht werden in § 115 Abs. 1a geregelt. Die Anerkennung der Prüfverfahren obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen.

Zu Absatz 4

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll jährlich in 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von Sachverständigen oder Prüfinstitutionen im Auftrag der Pflegeeinrichtungen bzw. der Einrichtungsträger geprüft worden sind und bei denen daraufhin die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ausgesetzt oder der Prüfungsumfang verringert worden ist, stichprobenmäßig unangemeldete Prüfungen durchführen. Dies wird als notwendig angesehen, um die Qualität der angewandten Zertifizierungsinstrumente sicherzustellen. Gleichzeitig dienen die Ergebnisse dazu, die Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 zu den Anforderungen an Sachverständige, Prüfinstitutionen und Prüfverfahren weiterzuentwickeln.

Zu Absatz 5

Anlassbezogene Prüfungen werden durchgeführt, wenn Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite vorliegen. Sie sind in der Regel als vollständige Prüfungen mit Erhebung der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität durchzuführen. Es liegt im Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen, zu entscheiden, ob eine vollständige oder eine teilweise Prüfung sinnvoll und angemessen ist.

Innerhalb eines Landes können wie bisher Prüfungen auch als Vergleichsprüfungen durchgeführt werden. Dazu werden die in den Vergleich einzubeziehenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen anhand geeigneter Kriterien, zum Beispiel Platzzahl, Zahl der betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen, Beschäftigte nach Zahl und Qualifikation, Vergütungs- und Entgeltsätze, Leistungsangebot und Lage der Einrichtung, ausgewählt. Pflegeeinrichtungen dürfen erst zwei Jahre nach einer Regelprüfung in eine Vergleichsprüfung einbezogen werden, die wiederum gemäß Absatz 2 Satz 7 zwingend bei der nächsten Regelprüfung zu berücksichtigen ist. Damit wird hinsichtlich der Prüfbelastung der Pflegeeinrichtungen Rechtssicherheit und Klarheit geschaffen.

Wiederholungsprüfungen dienen der Überprüfung, ob bei vorherigen Prüfungen festgestellte Qualitätsdefizite erfolgreich behoben worden sind. Grundlage für die Wiederholungsprüfung ist ein Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen nach § 115 Abs. 2.

Zu Nummer 73 (§ 114a)

Die neue Vorschrift des § 114a entspricht in ihren wesentlichen Inhalten dem bisherigen § 114 (Örtliche Prüfung). Sie wird zudem um weitere Regelungen zum Prüfungsverfahren ergänzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht § 114 Abs. 1 a. F. Die den Leistungs- und Qualitätsnachweis betreffende Regelung entfällt.

Es wird klargestellt, dass Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen unangemeldet durchzuführen sind und Regel- und Vergleichsprüfungen auch angemeldet durchgeführt werden können. Nach dem 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 118 Abs. 4 wurde bereits im Jahr 2006 jede zweite Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im stationären Pflegebereich unangemeldet durchgeführt.

Die bisher in § 112 Abs. 4 und nunmehr in § 112 Abs. 3 normierte beratende Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung entsteht insbesondere im Zusammenhang mit der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes und wird daher an dieser Stelle hervorgehoben. Damit wird verdeutlicht, dass Qualitätsprüfungen sich nicht in der Bestandsaufnahme der Qualität der Pflege und in einer Auflistung potenzieller Defizite erschöpfen, sondern Stärken und Schwächen der Pflegeeinrichtungen darstellen und vor allem auch auf Verbesserungspotenziale hinweisen, um die Qualität in der Pflege kontinuierlich zu steigern.

Zu Absatz 2

Die bisher in den Absätzen 2, 3 und 5 des § 114 a. F. getroffenen Regelungen werden in Absatz 2 zusammengefasst. Prüfungen zur Nachtzeit (22 bis 8 Uhr) sind dann verstärkt durchzuführen, wenn zum Beispiel Hinweise darauf bestehen, dass eine ungenügende personelle Besetzung vorliegt und die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen nicht gewährleistet ist.

Die Beschränkung der Beteiligungsmöglichkeit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde auf unangemeldete Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung entfällt. Dadurch werden eine gemeinsame Prüfpraxis gemäß § 117 Abs. 1 gefördert und die Pflegeeinrichtungen weniger häufig belastet.

Zu Absatz 3

Ergänzt werden Regelungen zur Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Menschen. Im Rahmen der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und anderer Prüfinstitutionen kann die Betrachtung des körperlichen Zustands des Pflegebedürftigen erforderlich sein. Hierfür wird eine gesetzliche Grundlage und damit zugleich Rechtssicherheit geschaffen.

Die Einwilligung kann wirksam nur erteilt werden, wenn die Pflegebedürftigen über

1. Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,

2. den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
3. die Freiwilligkeit der Teilnahme und
4. die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung

ausreichend aufgeklärt und darauf hingewiesen wurden, dass sich die Verweigerung der Einwilligung nicht nachteilig auswirkt. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Absatz 2 Satz 6 gilt für die Einwilligung entsprechend.

Zu Absatz 4

Die Beteiligung der Pflegekassen und anderer Institutionen an den Prüfungen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung an den Prüfungen nach heimrechtlichen Vorschriften waren bisher inhaltsgleich in § 114 Abs. 4 und 6 geregelt.

Zu Absatz 5

Die Qualitätsprüfungen werden in der Regel ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung jeweils hälftig finanziert (siehe § 46 Abs. 3 Satz 4). Die hälftige Finanzierung durch die soziale Pflegeversicherung dient unter anderem auch dazu, die Kosten für Qualitätsprüfungen abzu decken.

Die durchgeführten Qualitätsprüfungen kommen allen derzeitigen und auch künftigen Pflegebedürftigen zugute, also sowohl den sozial als auch den privat Versicherten. Daher ist es sachlich gerechtfertigt, die privaten Versicherungsunternehmen an dieser Aufgabe finanziell nach dem Verhältnis der Versichertenzahlen, also in Höhe von zehn vom Hundert, an den Gesamtkosten zu beteiligen. Eine vergleichbare Regelung gibt es bereits in § 45c Abs. 1 Satz 2 bei der Finanzierung des Auf- und Ausbaus von niedrighwelligen Betreuungsangeboten sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, an denen sich die private Pflege-Pflichtversicherung ebenfalls finanziell in Höhe von zehn vom Hundert beteiligt.

Die sich aus der Kostenbeteiligung an den Qualitätsprüfungen ergebende finanzielle Belastung wird für die private Pflege-Pflichtversicherung keine erhebliche finanzielle Bedeutung haben. Die durchschnittlichen Kosten von Qualitätsprüfungen/Regelprüfungen liegen nach Informationen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in einer Größenordnung von circa 4 800 Euro. Dies ergäbe bei 7 000 Prüfungen 34 Mio. Euro jährlich, das heißt, bei zehn vom Hundert ergäben sich 3,4 Mio. Euro jährlich zulasten der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Im Hinblick auf die Abweichungen bei den Kosten je nach Typ und Größe der Pflegeeinrichtungen sind gegebenenfalls für unterschiedliche Prüfungen auch unterschiedliche Kostenpauschalen festzulegen (insbesondere Unterschiede zwischen Prüfungen eines durchschnittlichen Pflegeheimes und eines durchschnittlichen ambulanten Pflegedienstes).

Das Bundesversicherungsamt und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. müssen sich über die Höhe der Kostenpauschale je Prüfung abstimmen. Hierbei werden sie

sich auf Daten stützen, die der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bzw. die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen zur Verfügung stellen.

Zu Absatz 6

Bisher waren entsprechende Verpflichtungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen gegenüber dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in § 118 Abs. 4 geregelt. Die Berichtspflichten dienen der Sammlung und Auswertung von Daten, Erfahrungen und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität notwendig und zweckdienlich sind. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sicher, dass die in den einzelnen Ländern gewonnenen Daten untereinander vergleichbar sind und ihre Grundlagen erläutert werden. In den Erläuterungen sollen zum Beispiel die bei den Qualitätsprüfungen erhobenen Stichproben zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Land in Bezug gesetzt werden. Der Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist jeweils innerhalb eines halben Jahres vorzulegen, nachdem ihm die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen übermittelt worden sind.

Zu Absatz 7

Um Qualitätsprüfungen entsprechend der Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung sicherzustellen und fortzuentwickeln und um ein einheitliches Vorgehen bei den Qualitätsprüfungen und bei der Beratung der Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Dabei sind auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitete Indikatoren und Instrumente zur Beurteilung von Ergebnisqualität zu berücksichtigen, deren gemeinsame Entwicklung und Evaluation unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angestrebt wird.

Die Richtlinien werden in der Praxis erhebliche Auswirkungen haben. Von daher ist es besonders wichtig, dass die hier aufgeführten Organisationen und Verbände bei der Erstellung der Richtlinien in qualifizierter Form beteiligt werden. Auf diese Weise wird nicht nur die notwendige Transparenz der Qualitätsprüfungen und ihrer Ziele erreicht, sondern auch die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten eindeutig geregelt und somit die von den Verbänden geforderte Grundlage für die Erarbeitung der Richtlinien geschaffen. Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihrer Qualität vom 10. November 2005 gelten bis zum Erlass neuer oder überarbeiteter Richtlinien fort.

Zu Nummer 74 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung legt fest, dass die bestehende Mitteilungspflicht über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gegen-

über den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie bei stationärer Pflege zusätzlich gegenüber den zuständigen Heimaufsichtsbehörden sich zukünftig auch auf Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß § 114 Abs. 3 durchgeführt werden und eine Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen, erstreckt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass die Verschwiegenheitspflicht für Prüfer und Empfänger der Daten nur insoweit besteht, als keine gesetzliche Pflicht zur Veröffentlichung der Daten nach Absatz 1a besteht.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird der vielfach erhobenen Forderung nach mehr Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in weitest möglicher Form Rechnung getragen.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben sicherzustellen, dass die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität offen gelegt werden. Dabei sind insbesondere auch Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität in den Einrichtungen zu beachten. Den Veröffentlichungen sind die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zugrunde zu legen. Dies umfasst sowohl die Regelprüfungen als auch Ergebnisse aus anderen Prüfungen, zum Beispiel erforderlich gewordene Anlassprüfungen. In gleicher Weise als Grundlage können Prüfergebnisse dienen, die gemäß § 114 Abs. 3 anstelle von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt worden sind. Dies können sowohl Prüfungen der zuständigen Heimaufsichtsbehörde, ein nach Landesrecht durchgeführtes Prüfverfahren als auch eine Prüfung, die von der Pflegeeinrichtung und dem Einrichtungsträger im Rahmen eines selbst veranlassten Zertifizierungsverfahrens durchgeführt wurde, sein. Zusätzlich können auch Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität darstellen, berücksichtigt werden.

Die Informationen sollen für jedermann barrierefrei und ohne großen Aufwand kostenfrei zugänglich sein. Sie sind sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen. Dem Datenschutz wird dadurch Genüge getan, dass personenbezogene und personenbeziehbare Daten bei der Veröffentlichung zu anonymisieren sind.

Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist es von großer Bedeutung, schon in naher Zukunft über verlässliche Informationen über die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität verfügen zu können. Bis zum 30. September 2008 haben deshalb der 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 Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eine Vereinbarung über die

Kriterien der Veröffentlichung zu treffen. In dieser Vereinbarung ist zu regeln, zu welchen Merkmalen und in welcher Form die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie Informationen, die in anderen Prüfverfahren, beispielsweise im Rahmen eines von den Einrichtungen veranlassten Zertifizierungsverfahrens, gewonnen wurden, zu veröffentlichen sind, um die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität verständlich, umfassend, nachprüfbar, übersichtlich und zuverlässig darzustellen.

Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.

Bei der Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien sollen Erfahrungen aus Initiativen zur Schaffung von Transparenz der Pflegequalität, die in den Ländern, zum Beispiel in Berlin und Sachsen-Anhalt, von den Einrichtungsträgern und deren Verbänden, den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst gemeinsam getragen werden, wichtige Impulse geben.

Wesentliches Ziel dieser Regelung und Aufgabe der Vereinbarungspartner nach dieser Vorschrift ist es, eine für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen verständliche, umfassende, nachprüfbare, übersichtliche und zuverlässige Form der Darstellung von Angaben zur Qualität in den Einrichtungen zu gewährleisten. Als Verbraucher sind sie über Art und Datum der Prüfung zu informieren und in die Lage zu versetzen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Vor dem Hintergrund dieses unmittelbaren Verbraucherinteresses kommt auch der frühzeitigen Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie von unabhängigen Verbraucherorganisationen auf Bundesebene an der Vereinbarung besondere Bedeutung zu. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind insbesondere auch Informationen über Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität in den Einrichtungen von Bedeutung. Die im Rahmen der Qualitätsentwicklung in der Pflege angewendeten Prüf- und Zertifizierungsverfahren sind daher zukünftig auch auf diese Zielsetzung auszurichten. Gemeinsam zu entwickelnde Instrumente zur Beurteilung von Ergebnisqualität in Alten- und Pflegeheimen und auf wissenschaftlicher Grundlage zu erarbeitende Indikatoren für deren Darstellung und Bewertung können dazu beitragen. Ein entsprechendes wissenschaftliches Projekt wird gegenwärtig unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorbereitet.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 75 (§ 116)

Bei den Anpassungen handelt es sich sämtlich um Folgeänderungen zu dem Wegfall von Leistungs- und Qualitätsnachweisen.

Zu Nummer 76 (§ 117)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Föderalismusreform, mit der das Heimrecht gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 des Grundgesetzes in die Zuständigkeit der Länder übergegangen ist. Durch die Änderung wird erreicht, dass künftige landesrechtliche Regelungen erfasst werden. Für das gelten die Rechtsergebnisse keine Änderungen.

Zu Nummer 77 (§ 118)

Die Vorschriften zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung werden neu strukturiert. So entfällt zukünftig § 113 in seiner bisherigen Fassung (Leistungs- und Qualitätsnachweise). Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 n. F. zur Vereinbarung von Grundsätzen und Maßstäben umfasst auch Regelungen zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsprüfungen. Diese Regelungen werden durch die Möglichkeit der Anrufung einer Schiedsstelle bei Nichtzustandekommen solcher Vereinbarungen ergänzt. Daher entfällt das Erfordernis, verordnungsrechtliche Regelungen über die Anforderungen an die Qualitätsprüfungen zu treffen, so dass § 118 aufgehoben wird.

Zu Nummer 78 (§ 120)

Die Änderung trägt den Bedürfnissen der Praxis Rechnung und dient der Entbürokratisierung. Die Aushändigung einer Ausfertigung des Pflegevertrages an den Pflegebedürftigen bedarf keiner gesetzlichen Regelung, da es sich um eine Nebenpflicht aus dem Vertrag handelt. Diese Regelung ist somit zu streichen. Gleichzeitig sind die Pflegeverträge den Pflegekassen nur noch nach Aufforderung zur Verfügung zu stellen. Die Regelung stellt auf eine Aufforderung ab, weil neben der Anforderung des Vertrages durch die Pflegekasse auch der Pflegebedürftige den Pflegedienst auffordern kann, seiner Pflegekasse den Vertrag zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 79 (§ 122)

Die Richtlinien nach § 45b Abs. 1 Satz 3 sollen bereits ab dem 1. Juli 2008, also sofort bei Inkrafttreten der Pflegereform, angewendet werden können. Da der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erst ab dem 1. Juli 2008 die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben wahrnehmen wird, wird den Spitzenverbänden der Pflegekassen die Aufgabe übertragen, rechtzeitig vor dem 1. Juli 2008 die Richtlinien zu erarbeiten und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass der zusätzliche Betreuungsbetrag nach § 45b von bis zu 200 Euro monatlich bereits ab dem 1. Juli 2008 und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt unter Anwendung der Richtlinien zur Verfügung gestellt werden kann.

Diese Vorschrift tritt bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes (also nicht erst am 1. Juli 2008) in Kraft.

Diese Aufgabe wird mit dem Tag der Verkündung des Gesetzes den Spitzenverbänden der Pflegekassen als eigene originäre Aufgabe übertragen und stellt demzufolge keine Auftragsleistung für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Gründung dar. Eine besondere Regelung hinsichtlich der

zur Erstellung der Richtlinien erforderlichen Verwaltungskosten ist daher nicht erforderlich.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Ab dem 1. Januar 2009 wird der Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches durch den Basistarif abgelöst. Daher muss § 110 Abs. 2 ab diesem Zeitpunkt redaktionell angepasst werden. Zur Begründung der Vorschrift wird im Übrigen auf die Begründung zu § 110 im Rahmen des Artikels 1 verwiesen.

Zu Artikel 3 (Pflegezeitgesetz)**Allgemeines**

Mit der Reform der Pflegeversicherung soll die ambulante Pflege, insbesondere auch die häusliche Pflege durch Angehörige, gestärkt werden. Damit entspricht der Gesetzgeber dem Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen, durch vertraute Angehörige in gewohnter Umgebung gepflegt zu werden. Um dieses Ziel leichter zu erreichen, sollen die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessert werden. Hierzu dient das Pflegezeitgesetz, das den Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 sowie den Koalitionsbeschluss vom 19. Juni 2007 umsetzt.

Das Pflegezeitgesetz wurde im Interesse pflegebedürftiger Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs entwickelt. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen: Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, kurze Zeit der Arbeit fernzubleiben, um die sofortige Pflege eines nahen Angehörigen sicherzustellen. Zu einer längeren Pflege in häuslicher Umgebung können berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Personen durch eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit bis zur Dauer von sechs Monaten den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit dem jeweiligen Pflegebedarf anpassen. In jeder Pflegesituation ist damit die Sicherstellung der Pflege des Angehörigen gewährleistet.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Wenn nach Akutereignissen ein Pflegebedarf plötzlich auftritt, müssen berufstätige Familienmitglieder zeitnah und zügig reagieren, um eine sofortige pflegerische Versorgung des betroffenen Angehörigen sicherzustellen. Das Pflegezeitgesetz räumt Beschäftigten daher das Recht ein, bei unerwartetem Eintritt der besonderen Pflegesituation eines nahen Angehörigen bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben. Aufgrund der kurzzeitigen Arbeitsbefreiung erhalten Berufstätige nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten. So kann die Arbeitsbefreiung von den Beschäftigten zum Beispiel dazu genutzt werden, für den nahen Angehörigen nach einer stationären Behandlung eine sachgerechte Anschlussversorgung im häuslichen Bereich, etwa durch Einschaltung eines Pflegedienstes, zu organisieren. Das Recht, der Arbeit kurzzeitig fernzubleiben, soll aber auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden

können, zunächst kurzfristig von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden können.

Der Arbeitgeber ist während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung des Beschäftigten nur dann zur Fortzahlung der Vergütung verpflichtet, wenn sich eine solche Verpflichtung aus anderen arbeitsrechtlichen Vorschriften (vergleiche § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) oder aufgrund individualvertraglicher Absprachen, Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträgen ergibt.

Pflegezeit

Mit dem Pflegezeitgesetz wird ein besonderer Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung zur Pflege eines nahen Angehörigen (Pflegezeit) gesetzlich verankert. Die Pflegezeit, die in Anlehnung an die Regelungen über die Inanspruchnahme von Elternzeit (vergleiche § 15 ff. des Bundeselternge- und Elternzeitgesetzes) ausgestaltet wird, ist ein sozialpolitisch wichtiges Instrument, um das gesetzgeberische Ziel zu fördern, die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen oder in der letzten Phase des Lebens begleiten wollen, haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate. Beschäftigte können hierbei zwischen der vollständigen und teilweisen Freistellung wählen. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Der Anspruch auf Pflegezeit verbunden mit dem Recht der Beschäftigten, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren, bewahrt Menschen, die bereit sind, Angehörige zu pflegen und Verantwortung zu übernehmen, vor einem unfreiwilligen Berufsausstieg. Eine Verschlechterung der beruflichen Entwicklungschancen wird durch die teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung und das Rückkehrrecht in die Vollzeitbeschäftigung vermieden.

Der Beschäftigte muss die Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor deren Beginn schriftlich ankündigen. Hierbei hat der Beschäftigte gegenüber dem Arbeitgeber zu erklären, für welchen Zeitraum er Pflegezeit in Anspruch nehmen will und ob er vollständige oder teilweise Freistellung wählt. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, muss der Beschäftigte auch die gewünschte Dauer und Verteilung der Arbeitszeit angeben. Aufgrund dieser Informationen wird der Arbeitgeber in die Lage versetzt, während der Ankündigungsfrist die notwendigen organisatorischen Maßnahmen vorzunehmen. Kann die beabsichtigte Pflegezeit nicht durch eine Umverteilung der Arbeit aufgefangen werden, hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, während der Ankündigungsfrist eine entsprechende Ersatzkraft für die Dauer der Pflegezeit zu suchen. Der Arbeitgeber kann den Ausfall des Beschäftigten zum Beispiel auch durch Leiharbeit ausgleichen, ohne den eigenen Personalbestand aufzustocken. Auf diese Weise sowie mit dem Recht der Arbeitgeber, bei einer teilweisen Freistellung die gewünschte Dauer oder Verteilung der verbleibenden Arbeitszeit wegen dringender betrieblicher Gründe abzulehnen, wird den berechtigten betrieblichen Belangen der Arbeitgeber Rechnung getragen. Diese werden vor Überforderung geschützt.

Die Pflegezeit beträgt längstens sechs Monate. Sie endet vor Ablauf des angekündigten Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, nicht mehr pflegebedürftig ist oder dem pflegenden Angehörigen die Pflege aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar ist. Ein solcher Ausnahmefall liegt zum Beispiel vor, wenn der nahe Angehörige in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss. Im Übrigen kann der Beschäftigte nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig aus der Pflegezeit an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Da die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, nicht zuletzt auch aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, sollen pflegende Angehörige sozialversicherungsrechtlich durch die Solidargemeinschaft abgesichert werden. Deshalb wird die Pflegezeit in der Arbeitslosenversicherung als Versicherungszeit berücksichtigt und werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von der Pflegekasse übernommen. In der Kranken- und Pflegeversicherung gewährt die Pflegeversicherung in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung, insbesondere durch eine Familienversicherung, besteht, einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Rentenversicherung sind nach dem Pflegeversicherungsge- setz Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege Pflichtbeitragszeiten, soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt und der Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Zu § 1

Das Gesetz hat die Zielsetzung, durch neue arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu fördern. Die Einführung der sechsmonatigen Pflegezeit und das Recht eines jeden Beschäftigten, bei Akutereignissen zur Sicherstellung der Pflege eines nahen Angehörigen für kurze Zeit der Arbeit fernzubleiben, sollen die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege durch berufstätige Angehörige verbessern.

Zu § 2

Zu Absatz 1

Absatz 1 eröffnet Beschäftigten die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage bei akut auftretenden Pflegesituationen der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Pflege für einen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung eines nahen Angehörigen in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Wenn nach Akutereignissen ein Pflegebedarf plötzlich auftritt, müssen berufstätige Familienmitglieder zeitnah und zügig reagieren können. Das Recht, der Arbeit fernzubleiben, ist auf Akutfälle begrenzt und kann nur in Anspruch genommen werden, wenn im konkreten Fall die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung besteht. Dies wird regelmäßig nur einmal je pflegebedürftigem Angehörigen der Fall sein, so dass dieses Recht regelmäßig auch nur einmal pro Pflegefall ausgeübt wird. Die Neuregelung bringt wesentlichen Rechtsfortschritt für Beschäftigte, die sich im schwierigen Konfliktfeld zwischen familiären Pflichten und beruflichem Engagement bewegen und die konfligierenden

Pflichten abwägen müssen. Die Neuregelung erleichtert die Abwägung und schafft Rechtssicherheit für alle Beteiligten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt dem Beschäftigten, der aus den in Absatz 1 normierten Gründen kurzzeitig an der Arbeitsleistung gehindert ist, gegenüber dem Arbeitgeber eine Anzeige- und Nachweispflicht auf. Nach Satz 1 müssen Beschäftigte dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitteilen. Da die kurzzeitige Arbeitsverhinderung durch Akutereignisse verursacht wird und nicht in jedem Fall bereits eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorliegt, hat der Beschäftigte nach Satz 2 dem Arbeitgeber auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, deren Kosten sich nach Maßgabe der Nummer 70 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte richten. Diese Bescheinigung hat neben der voraussichtlichen Pflegebedürftigkeit des Angehörigen auch die Notwendigkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen zu bestätigen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass der Arbeitgeber zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet ist, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Ein gesetzlicher Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung kann sich zum Beispiel aus § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuchs oder aus § 19 Abs. 1 Nr. 2b des Berufsbildungsgesetzes ergeben. Darüber hinaus können individual- und kollektivrechtliche Vereinbarungen Ansprüche auf Vergütungszahlung enthalten.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Absatz 1 begründet für Beschäftigte einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Pflegezeit kann in der Form der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Nach Satz 2 besteht der Anspruch auf Pflegezeit nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 sind die Beschäftigten verpflichtet, dem Arbeitgeber gegenüber die Pflegebedürftigkeit ihres nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Für Beschäftigte, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, gilt dies entsprechend. Satz 2 regelt, dass Pflegebedürftige, die in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, einen entsprechenden Nachweis erbringen müssen.

Wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt, ist nach § 18 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen

Dienstes der Krankenversicherung unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. Es wird davon ausgegangen, dass diese Verfahrensweise auch bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung praktiziert wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet die Beschäftigten, für die Inanspruchnahme der Pflegezeit eine zehntägige Ankündigungsfrist einzuhalten. Die Ankündigung der Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber muss schriftlich erfolgen. Hierbei hat der Beschäftigte mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er Pflegezeit in Anspruch nehmen will. Wenn der Beschäftigte nur eine teilweise Freistellung verlangt, hat er darüber hinaus die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt für den Fall der teilweisen Freistellung, dass Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung treffen. Es ist davon auszugehen, dass Beschäftigte und Arbeitgeber regelmäßig eine einvernehmliche Lösung über die Arbeitszeitgestaltung erzielen. Hierbei hat der Arbeitgeber grundsätzlich den Wünschen des Beschäftigten zu entsprechen. Der Arbeitgeber kann dem Verlangen des Beschäftigten dringende betriebliche Gründe entgegensetzen. Die Regelung ist insoweit dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz nachgebildet. Damit wird deutlich, dass einerseits die Arbeitgeber vor Überforderung geschützt werden, andererseits nicht jeder Ablehnungsgrund ausreicht. Es muss sich um gewichtige Gründe handeln, die Vorrang vor den Interessen an der häuslichen Pflege verdienen.

Das Schriftformerfordernis wurde im Interesse der Rechtssicherheit und mit Blick auf das Nachweisgesetz vorgesehen.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Satz 1 legt die Dauer der Pflegezeit fest. Sie beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Satz 2 eröffnet die Möglichkeit zur Verlängerung der Pflegezeit, wenn ihre Höchstdauer nicht ausgeschöpft wurde. Die Pflegezeit kann nach Satz 2 mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur höchst zulässigen Dauer von sechs Monaten verlängert werden. Nach Satz 3 kann eine solche Verlängerung der Pflegezeit verlangt werden, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Pflege nicht erfolgen kann, zum Beispiel weil die Person, die die Pflege des pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen sollte, selbst schwer erkrankt. Die Regelung entspricht § 16 Abs. 3 Satz 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes. Satz 4 schreibt vor, dass die Pflegezeit nicht auf Berufsbildungszeiten angerechnet wird. Soweit bestimmte Berufsbildungszeiten vereinbart worden sind, verlängert sich das der Berufsbildung dienende Vertragsverhältnis daher um die in Anspruch genommene Pflegezeit.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die vorzeitige Beendigung der Pflegezeit. Grundsätzlich können Beschäftigte die Pflegezeit nicht einseitig beenden. Ebenso wie bei der Verlängerung der Pflege-

zeit nach Absatz 1 Satz 2 ist hierzu die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich (Satz 3). Beschäftigte sind damit an den nach § 3 Abs. 3 gewünschten Zeitraum der Pflegezeit gebunden, da der Arbeitgeber seine organisatorischen Dispositionen entsprechend der Ankündigung des Beschäftigten trifft und über eine ausreichende Planungssicherheit verfügen muss. Nur in den nach Satz 1 geregelten Ausnahmefällen endet die Pflegezeit ohne Zustimmung des Arbeitgebers kraft Gesetzes vorzeitig. Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegedürftig oder dem Beschäftigten die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Dem Beschäftigten wird die Pflege beispielsweise unmöglich, wenn der nahe Angehörige vor Ablauf der Pflegezeit verstirbt oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss. Eine Unzumutbarkeit kann beispielsweise angenommen werden, wenn aufgrund unvorhergesehener persönlicher Umstände die Finanzierung der Pflegezeit nicht mehr gesichert und der Beschäftigte auf die regelmäßige Arbeitsvergütung angewiesen ist.

Nach Satz 2 ist der Beschäftigte verpflichtet, den Arbeitgeber unverzüglich über die veränderten Umstände zu unterrichten. Der Arbeitgeber hat ein berechtigtes Interesse daran, frühzeitig zu erfahren, wenn der Beschäftigte vor Ablauf der angekündigten Pflegezeit an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt.

Zu § 5

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird für pflegende Angehörige ein Sonderkündigungsschutz normiert. Ab dem Zeitpunkt der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der Pflegezeit darf der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis pflegender Angehöriger nicht kündigen. Mit diesem Kündigungsverbot soll das mit dem Pflegezeitgesetz verfolgte Gesetzesziel – die bessere Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege – gefördert werden. Beschäftigten soll durch den Kündigungsschutz die Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes genommen werden.

Zu Absatz 2

Satz 1 normiert in Anlehnung an die Bestimmungen des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes eine Ausnahme vom Kündigungsverbot des Absatzes 1 und trägt damit den Belangen der Betriebe Rechnung. In besonderen Fällen kann die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle eine Kündigung ausnahmsweise für zulässig erklären. Wie bei der Elternzeit wird Arbeitgebern damit die Möglichkeit eröffnet, Beschäftigten in außergewöhnlichen Fällen, beispielsweise bei einer beabsichtigten Betriebsschließung, mit Zustimmungserklärung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde auch während der Pflegezeit zu kündigen.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt, dass die Befristung eines Arbeitsvertrages mit einer Ersatzkraft für die Zeit, in der Beschäftigte nach § 2 kurzzeitig an der Arbeitsleistung gehindert sind oder Pflegezeit nach § 3 in Anspruch nehmen, sachlich gerech-

fertigt ist. Absatz 1 dient im Interesse der Anwenderfreundlichkeit des Pflegezeitgesetzes der Klarstellung, dass die Vertretung für die Dauer der Pflege einen sachlichen Grund für die Befristung eines Arbeitsverhältnisses darstellt. Satz 2 erlaubt eine Verlängerung der sich aus Satz 1 ergebenden zulässigen Höchstdauer der Befristung um die für die Einarbeitung notwendige Zeit.

Zu Absatz 2

Die Dauer der Befristung muss nach Absatz 2 kalendermäßig bestimmt oder bestimmbar oder den in Absatz 1 genannten Zwecken zu entnehmen sein. Damit soll gewährleistet werden, dass der Endzeitpunkt des befristeten Arbeitsverhältnisses für die Vertragsparteien von Anfang an klargestellt ist.

Zu Absatz 3

Satz 1 verleiht dem Arbeitgeber ein Sonderkündigungsrecht gegenüber der befristet eingestellten Ersatzkraft, wenn die Pflegezeit des Beschäftigten nach § 4 Abs. 2 Satz 1 vorzeitig endet. Der Arbeitgeber kann die Ersatzkraft mit einer zweiwöchigen Kündigungsfrist kündigen. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass der Arbeitgeber in den Ausnahmefällen, in denen der Beschäftigte ohne Zustimmung des Arbeitgebers früher als geplant an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann, den rückkehrenden Beschäftigten und die Ersatzkraft gleichzeitig beschäftigen und entlohnen muss.

Satz 2 ordnet an, dass bei einer Kündigung der Ersatzkraft nach Satz 1 das Kündigungsschutzgesetz nicht anzuwenden ist. Die Regelung entspricht inhaltlich § 21 Abs. 5 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes.

Nach Satz 3 kann die Kündigungsmöglichkeit nach Satz 1 vertraglich ausdrücklich ausgeschlossen werden.

Zu Absatz 4

Wenn im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer abgestellt wird, sind bei der Ermittlung dieser Zahl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach § 2 kurzzeitig an der Arbeitsleistung verhindert oder nach § 3 freigestellt sind, nicht mitzuzählen, solange nach Absatz 1 eine zu berücksichtigende Ersatzkraft eingestellt ist. Entsprechendes gilt nach Satz 3, wenn im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der Arbeitsplätze abgestellt wird. Zweck von Absatz 4 ist es, eine Doppelzählung des Beschäftigten, der einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen versorgt, und der vertretungsweise eingestellten Ersatzkraft zu vermeiden. Absatz 4 entspricht inhaltlich § 21 Abs. 7 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes.

Zu § 7

Zu Absatz 1

Beschäftigte im Sinne des Gesetzes sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Nummer 1), die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten (Nummer 2) und Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind (Nummer 3). Zu diesen gehören insbesondere Heimarbeiter und ihnen Gleichgestellte. Arbeitnehmerähnliche Personen sind im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pflegezeit wegen ihrer wirtschaftlichen

Abhängigkeit sozial ebenso schutzbedürftig wie Arbeitnehmer.

Zu Absatz 2

Als Arbeitgeber werden nach Satz 1 die natürlichen oder juristischen Personen bezeichnet, die Personen nach Absatz 1 beschäftigen. Satz 2 stellt klar, dass für die arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, an die Stelle des Arbeitgebers der Auftraggeber oder Zwischenmeister tritt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die nahen Angehörigen definiert und abschließend aufgezählt. Nahe Angehörige sind folgende Verwandte und verschwägte Personen: die Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder und Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder. Als nahe Angehörige gelten neben dem Ehegatten und Lebenspartner auch die Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft sowie die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners und eigene Pflegekinder.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Frage, welche Personen pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Nach Satz 1 sind zunächst alle Personen pflegebedürftig, die nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch pflegebedürftig sind. Im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel des § 2 genügt in dessen Anwendungsbereich auch eine voraussichtlich zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird in den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch definiert. Danach sind alle Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen erfüllen Personen, bei denen mindestens Pflegestufe I festgestellt ist.

Zu § 8

§ 8 bestimmt, dass von allen Regelungen des Gesetzes nicht zuungunsten der Beschäftigten abgewichen werden kann. Dies gilt für Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen und einzelvertragliche Vereinbarungen gleichermaßen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 26)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt die Versicherungspflicht von Beschäftigten, die zur Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Rahmen der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (siehe Artikel 3) vorübergehend von der Arbeitsleistung freigestellt sind. Sie gewährleistet, dass Beschäftigte, die nach diesem Buch versicherungspflichtig sind, auch während der bis zu sechs Monate dauernden Pflegeetätigkeit in den Schutz der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) einbezogen bleiben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a. Die Versicherungspflicht wegen der vorübergehenden Pflege eines Angehörigen in der Pflegezeit tritt nicht ein, wenn Versicherungsschutz während der Zeit der Pflege bereits aus anderen Gründen besteht.

Zu Nummer 2 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung ermöglicht es Personen, die einen Angehörigen während der Pflegezeit zunächst vorübergehend gepflegt haben, von der Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch zu machen, wenn sie ihr versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufgeben (müssen), um die Pflege fortzusetzen, und die sonstigen Voraussetzungen der freiwilligen Weiterversicherung gegeben sind. Auf diese Weise kann ein nahtloser Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung auch bei längerer Pflegeetätigkeit erreicht werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 3 (§ 130)

Die Regelung stellt sicher, dass Personen, die während der Pflege eines Angehörigen in einer Pflegezeit (versicherungspflichtig) beschäftigt waren, aber wegen der Pflege ein geringeres Entgelt erzielt haben, keine Nachteile in der Bemessung des Arbeitslosengeldes haben, wenn sie unmittelbar nach der Pflegezeit oder zu einem späteren Zeitpunkt arbeitslos werden.

Zu Nummer 4 (§ 345)

Die Vorschrift regelt die Beitragsbemessungsgrundlage für Personen, die in der Pflegezeit nach dem neu eingefügten § 26 Abs. 2b versicherungspflichtig sind. Die Vorschrift knüpft wie in anderen Fällen, in denen Versicherungspflicht nicht aufgrund einer Beschäftigung, sondern aus anderen Gründen besteht, an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 des Vierten Buches) an.

Zu Nummer 5 (§ 347)

Die Beiträge für Personen, die einen Angehörigen während der Pflegezeit pflegen, tragen die für die Leistungen an den pflegebedürftigen zuständigen Leistungsträger und die anderen Stellen.

Zu Nummer 6 (§ 349)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 5. Die Vereinbarung soll den beteiligten Stellen ermöglichen, Regelungen für eine vereinfachte summarische Abführung der Beiträge für das vergangene Kalenderjahr zu treffen. Dabei

kann zum Beispiel der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung die Beiträge für die Gesamtheit der Pflegekasse abführen, um den Bürokratieaufwand zu begrenzen. Entsprechendes gilt für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Hinblick auf die Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu Buchstabe b

Die Beiträge für die Pflegezeit sind als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde, an die Bundesagentur für Arbeit zu entrichten. Der Gesamtbeitrag ist abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches im März des Folgejahres pauschal zu entrichten.

Zu Artikel 5 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Die Regelung bewirkt, dass die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern, deren Beschäftigung durch die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes unterbrochen wird, sofort endet und nicht noch einen Monat beitragsfrei fortbesteht.

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Arbeitnehmern, die Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen, sollen hieraus keine mitgliedschaftsrechtlichen Nachteile in Bezug auf die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern in der gesetzlichen Krankenversicherung erwachsen. Es wird daher geregelt, dass bei Inanspruchnahme von Pflegezeit, wie im Übrigen bereits bei der Inanspruchnahme von Elternzeit, ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen ist, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesem Zeitraum eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird. Das Gleiche gilt auch für Zeiten der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Arbeitnehmer, die bisher versicherungsfrei waren und während der Pflegezeit aufgrund ihres geringeren Arbeitsentgelts in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, sollen ihre bisher bestehende private Absicherung im Krankheitsfall fortführen können. Dadurch wird ihre Bereitschaft, die Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, gefördert. Ohne das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht könnten diese Personen aufgrund der Neuregelung der Versicherungspflicht von Arbeitnehmern durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erst dann in die private Krankenversicherung zurückkehren, wenn ihr Jahresarbeitsentgelt nach Beginn der Versicherungspflicht in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren die Versicherungspflichtgrenze überstiegen hat und auch im laufenden Jahr übersteigt. Zur Sicherstellung einer Rückkehr in die private Krankenversicherung müssten sie über diesen Zeitraum eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung abschließen. Die Regelung ermöglicht daher Arbeitnehmern, die durch eine reduzierte Beschäftigungszeit

während der Pflegezeit versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, sich auf Antrag von dieser Versicherungspflicht befreien zu lassen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht während der Pflegezeit gilt, entsprechend der Regelung zur Elternzeit, nur für die Dauer der Pflegezeit.

Zu Nummer 3 (§ 11)

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Ziel muss sein, möglichst allen betroffenen Personen eine zeitige Rückkehr in den häuslichen Bereich, erforderlichenfalls mit ambulanter Pflege und Betreuung, zu ermöglichen. Um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang sicherzustellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden, sektorenübergreifenden Entlassungsmanagements, für das in § 11 Abs. 4 die wesentliche Grundlage geschaffen wurde.

In den Entschließungsanträgen, die die Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Deutschen Bundestag und im Bundesrat begleiteten (Bundestagsdrucksache 16/4220, Abschnitt II Nr. 2 und Bundesratsdrucksache 75/07, Nr. 11.4), wird die Bundesregierung aufgefordert, „Erkenntnisse über die Praktikabilität der Regelungen beim Entlassmanagement, insbesondere an der Schnittstelle von Krankenhaus und Pflege, zügig auszuwerten, damit gegebene Umsetzungsprobleme noch im Rahmen der Reform der sozialen Pflegeversicherung gelöst werden können;“.

Darüber hinaus hat die Diskussion mit Expertinnen und Experten im Rahmen der Arbeitsgruppe „Stärkere Einbeziehung der nichtärztlichen Heilberufe in die gesundheitlichen Versorgungskonzepte“ des Bundesministeriums für Gesundheit gezeigt, dass im Rahmen innovativer Versorgungskonzepte insbesondere erfahrene und qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit einer Zusatzausbildung die Funktion des Case Managers in Krankenhäusern für das Entlassmanagement in besonders geeigneter Weise übernehmen und dabei Qualität und Effizienz der Aufgabenabwicklung sicherstellen können. Als Case Manager analysieren und unterstützen sie koordinierend mit Ärzten und Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern sowie den Sozialdienstmitarbeitern eines Krankenhauses die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die aus den individuellen Versorgungsbedürfnissen des Patienten resultierenden Maßnahmen und stimmen den individuellen Hilfe- und Koordinierungsbedarf mit allen an der medizinischen Betreuung Beteiligten ab. Das Case Management sichert die Bereitstellung der erforderlichen Daten und Dienstleistungen unter der Berücksichtigung von Prioritäten, die mit dem Betreuungsteam abgestimmt wurden.

Das Aufgabengebiet durchzieht alle Bereiche des individuellen Versorgungskontinuums von Versicherten – von akuten über lang andauernde bis chronische Krankheitsphasen wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – und Versorgungsbereichen – wie Krankenhäuser, stationäre Altenhilfe, ambulante Dienste, medizinisch-ambulante Versorgungssysteme, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Hospize. Durch das Entlassmanagement sichern insbe-

sondere die Angehörigen der Pflegefachberufe die Kontinuität der Versorgung, Beratung und Begleitung. Sie analysieren notwendige Interventionsbedarfe und die daraus resultierenden Kooperationserfordernisse mit anderen Berufsgruppen und Sektoren. Insbesondere ist zu diesem Zweck eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen nach § 7a des Elften Buches sicherzustellen, damit der Übergang vom Krankenhaus zur weiteren Versorgung nahtlos gesichert ist. Mithin wird dem Krankenhaus das Versorgungsmanagement vereinfacht und erleichtert.

Eine entsprechende Regelung ist auch für die Verpflichtung der Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

Auch die Krankenkassen sind bei der Einführung eines umfassenden Versorgungsmanagements gefordert. Deshalb wird ihre in § 11 Abs. 4 bereits geregelte Pflicht zur Unterstützung der Versorgungseinrichtungen konkretisiert. Sie haben in den angezeigten Fällen durch ein begleitendes Versorgungsmanagement mit den Einrichtungen zusammenzuarbeiten, damit keine Lücken in dem Übergang zu der jeweiligen Anschlussversorgung entstehen.

Zu Nummer 4 (§ 15)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 63 Abs. 3c.

Zu Nummer 5 (§ 23)

Absatz 8 enthält die Ausgabenbegrenzung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und diese Reform wird die medizinische Rehabilitation entsprechend dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ weiter gestärkt. In diesem Zusammenhang sind Budgetregelungen, die leistungsbegrenzende Wirkungen haben können, kontraproduktiv.

Ein gesondertes Budget nur noch für diesen Bereich der stationären Vorsorge, der sich in den finanziellen Ausgaben in den letzten Jahren unterdurchschnittlich entwickelt hat, erscheint nicht sachgerecht. Gewisse, aufgrund der Neuregelung zu erwartende Mehrausgaben sind nicht quantifizierbar.

Zu Nummer 6 (§ 40)

Die Rehabilitation von pflegebedürftigen Menschen soll gestärkt werden. Damit erforderliche Leistungen auch erbracht werden, wird geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1 536 Euro für diejenigen pflegebedürftigen Versicherten zahlt, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Krankenkasse darlegen kann, dass sie die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

Neben den Regelungen im Elften Buch zu Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vergleiche die Änderung des § 31 Abs. 3 des Elften Buches) soll mit dieser Vorschrift die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen nach Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit unterstützt werden. Bislang folgen Reha-Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, wenn sie im Rahmen der

Prüfung der Pflegebedürftigkeit stattfinden, zu selten entsprechende Leistungen, ohne dass die Ursachen hierfür transparent sind. Der Anspruch der pflegebedürftigen Menschen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bleibt neben der Verpflichtung der Krankenkasse zur Geldleistung an die Pflegekasse weiterhin bestehen.

Der Betrag in Höhe von 1 536 Euro entspricht dem Betrag, mit dem Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden sollen, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden (vergleiche § 87a Abs. 4 des Elften Buches n. F.).

Diese Regelung ergänzt die im Rahmen dieser Reform in § 31 des Elften Buches getroffenen Maßnahmen, die den Zugang pflegebedürftiger Menschen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation unmittelbarer und stringenter gestalten.

Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihrer Leistungspflicht im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ nachkommen werden und es nur in Ausnahmefällen zur Auszahlung des Betrages von 1 536 Euro kommen wird. Hierdurch entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung gegebenenfalls geringfügige, nicht genauer quantifizierbare Mehrausgaben.

Die Berichtspflicht der Krankenkassen soll näheren Aufschluss über das Eintreten eines Zahlungsfalls geben. Zu dokumentieren sind zum Beispiel die Anzahl der Fälle, Gründe einer fehlenden Leistungserbringung und die Abwicklung der Zahlung.

Zu Nummer 7 (§ 52)

Die Änderung dient der Klarstellung. Durch sie wird gewährleistet, dass nur bei Folgen einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder einem Piercing eine Kostenbeteiligung der Versicherten erfolgt.

Zu Nummer 8 (§ 63)

Bereits die derzeit geltenden Regelungen sowohl des Berufsrechts als auch des Fünften Buches ermöglichen eine Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf nichtärztliche Heilberufe. Diese Möglichkeiten wurden in der Vergangenheit nicht umfassend genutzt. Angehörige eines Berufes nach dem Krankenpflegegesetz und nach dem Altenpflegegesetz sollen im Rahmen des Delegationsprozesses eine größere Verantwortung übernehmen und den Arzt bzw. die Ärztin entlasten. Dies gewinnt angesichts des gebietsweise bereits eingetretenen und sich absehbar verschärfenden Hausärztemangels in strukturschwachen Regionen zum Beispiel der neuen Bundesländer zunehmend an Bedeutung.

Der neue Absatz 3b ermöglicht, über die bereits bestehenden Möglichkeiten hinaus, weitere Vorhaben zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte. Die Neuregelung eröffnet die Möglichkeit, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe in Modellvorhaben nach § 63 ff. in der gesetzlichen Krankenversicherung einzelne bisher allein von Ärzten zu verordnende Leistungen selbst verordnen sowie selbständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verord-

neten häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer übernehmen. Das führt zu einer Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Berufsmäßig dürfen Pflegefachkräfte diese Leistungen bereits nach geltendem Recht erbringen, da sie hierzu nach den in der Ausbildungszielbeschreibung in § 3 Abs. 2 Nr. 1 des Krankenpflegegesetzes und in § 3 des Altenpflegegesetzes dargestellten Berufsbildern befähigt sind. Die in Frage stehenden Tätigkeiten fallen nicht unter den von § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes definierten Bereich der Ausübung der Heilkunde. Mit dieser Regelung wird einem langjährigen Wunsch der Pflegefachkräfte Rechnung getragen.

Absatz 3c lässt zu, dass im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 ff. bestimmte ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Diese Pflegefachkräfte treten als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, so dass hieraus eine Erweiterung der Leistungserbringerseite folgt.

Zu Nummer 9 (§ 95d)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 119b, der stationären Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten, die in der Pflegeeinrichtung leben, einräumt. Die Änderung bewirkt, dass – entsprechend der für angestellte Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Versorgungszentren und Vertragsarztpraxen getroffenen Vorgabe – die in den Absätzen 1 und 2 des § 95d enthaltenen Regelungen zur fachlichen Fortbildungspflicht auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte in Pflegeheimen gelten und der vorgeschriebene Fortbildungsnachweis von dem Pflegeheim zu führen ist.

Zu Nummer 10 (§ 119b)

Die neue Vorschrift des § 119b zielt darauf ab, die gelegentlich als unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern, Schnittstellenprobleme abzubauen und gleichzeitig der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen.

Die Vorschrift ergänzt die bereits nach geltendem Recht möglichen Kooperationen zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Solche Kooperationen haben sich vielfach bereits etabliert und funktionieren, zum Beispiel in Form von Netzwerken. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) geschaffene verbesserte Möglichkeit der Gründung von Zweigpraxen. Auch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurden den Pflegeheimen zusätzliche Möglichkeiten zur Kooperation mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten eingeräumt (zum Beispiel als so genannte Managementgesellschaft im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 73c).

Der neue § 119b sieht vor, stationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten einzuräumen, die in der Pflegeeinrichtung leben, soweit

eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Heimarzt durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Vorgesehen ist damit ein bedarfsabhängiger Anspruch auf eine institutionelle Ermächtigung, die es dem Pflegeheim ermöglicht, eine Ärztin oder einen Arzt einzustellen. Hinsichtlich der erforderlichen Bedarfsprüfung stellt die Vorschrift dabei ausdrücklich nicht auf eine Unterversorgungsfeststellung nach § 100 Abs. 1 ab, sondern – entsprechend der in § 119a getroffenen Regelung – auf die konkrete Versorgungssituation in dem die Ermächtigung beantragenden Pflegeheim. Das Pflegeheim ist damit in der Lage, den Bedarf im Rahmen einer Antragstellung anhand konkreter Beispiele für eine nicht ausreichende Versorgung zu belegen.

Um dem Pflegeheim Planungssicherheit zu geben und um eine kontinuierliche Versorgung der Pflegeheimbewohner zu stärken, sieht die Regelung nicht vor, dass eine einmal erteilte Ermächtigung nur so lange gilt, wie eine ausreichende ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner ohne den angestellten Heimarzt durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht sichergestellt ist. Aus diesem Grund wird ergänzend hierzu gleichzeitig auch die in § 31 Abs. 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vorgesehene Vorgabe, dass eine Ermächtigung inhaltlich, räumlich und zeitlich zu bestimmen ist, für Heime gegenstandslos.

Bei den in Pflegeheimen angestellten Ärztinnen und Ärzten muss es sich um in das Arztregister eingetragene, das heißt insbesondere weitergebildete, Ärztinnen und Ärzte handeln, die außerdem noch über eine geriatrische Fortbildung verfügen. Mit dieser Regelung wird die den in stationären Pflegeheimen angestellten Ärztinnen und Ärzten obliegende Fortbildungspflicht (vergleiche die Änderung des § 95d Abs. 5) dahingehend konkretisiert, dass diese Fortbildung sich in angemessenem Umfang auch auf geriatrische Inhalte beziehen muss.

Hinsichtlich der Vergütung der von den Pflegeheimen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, dass diese gemäß § 120 Abs. 1 Satz 1 (siehe die entsprechende Änderung dieser Vorschrift) nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erfolgen hat.

Da Pflegeheime in der Regel nicht unter ärztlicher Leitung stehen, stellt Satz 2 in Anlehnung an § 2 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte klar, dass Ärztinnen und Ärzte, die in einem nicht ärztlich geleiteten Pflegeheim angestellt sind, bei ihren ärztlichen Entscheidungen keiner Weisung von Nichtärzten unterliegen.

Satz 3 gibt schließlich den in einem Pflegeheim angestellten Ärztinnen und Ärzten vor, mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenzuarbeiten. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um Hausärztinnen oder Hausärzte handelt.

Zu Nummer 11 (§ 120)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 119b, der stationären Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teil-

nahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten, die in der Pflegeeinrichtung leben, einräumt. Hinsichtlich der Vergütung der in diesen Einrichtungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, dass diese Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Zu Nummer 12 (§ 132e)

Es handelt sich um Folgeänderungen zum neuen § 119b, die bewirken, dass auch stationäre Pflegeeinrichtungen in die aufgeführten Vorschriften einbezogen werden, da diese Pflegeeinrichtungen regelmäßig nicht ärztlich geleitet sind und damit bislang von diesen Vorschriften nicht erfasst wurden.

Zu Nummer 13 (§ 284)

Mit der Ergänzung wird nunmehr explizit und zweifelsfrei geregelt, dass die Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkassen auch die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen beinhaltet. Die Krankenkassen sind folglich befugt, auch diejenigen Daten zu erheben und zu speichern, die sie benötigen, um über eine Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenbehandlung oder eine Versagung oder Rückforderung von Krankengeld nach § 52 zu entscheiden.

Zu Nummer 14 (§ 293)

Es gilt die Begründung zu Nummer 12.

Zu Nummer 15 (§ 294a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung eines neuen Absatzes 2.

Zu Buchstabe b

Es gilt die Begründung zu Nummer 12.

Zu Buchstabe c

In § 52 ist den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Versicherte, die sich eine selbstverschuldete oder selbst zu verantwortende Krankheit zugezogen haben, an den Krankheitskosten zu beteiligen und Krankengeld ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern. Die Krankenkasse kann das Vorliegen der Voraussetzungen für eine derartige Leistungsbeschränkung nur überprüfen, wenn ihr hierfür maßgebliche Anhaltspunkte auch tatsächlich mitgeteilt werden. Die Neuregelung schafft nunmehr in Satz 1 eine normenklare datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der notwendigen Daten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen. Da die Datenübermittlung dazu führen kann, dass die Krankenkasse den Versicherten an den Krankheitskosten beteiligt und Krankengeld ganz oder teilweise versagt oder zurückfordert, verlangt der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, dass der Versicherte über die an die Krankenkasse gemeldeten Daten informiert wird, damit er gegebenenfalls seine Rechte rechtzeitig verfolgen kann. Satz 2 sieht deshalb eine entsprechende Informationspflicht für den Leistungserbringer vor.

Korrespondierend zu der Neuregelung wird in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 eine entsprechende Datenerhebungs- und Speicherbefugnis der Krankenkassen normiert.

Zu Nummer 16 (§§ 72a, 73, 95, 98, 106 und 295)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 119b, der stationären Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten, die in der Pflegeeinrichtung leben, einräumt. Die vorgesehene Streichung der Wörter „ärztlich geleitete“ bewirkt, dass auch stationäre Pflegeeinrichtungen in die aufgeführten Vorschriften einbezogen werden, da diese regelmäßig nicht ärztlich geleitet sind und damit bislang von diesen Vorschriften nicht erfasst wurden.

Zu Nummer 17 (§§ 76, 82, 96, 98, 140f, 295 und 305)

Es gilt die Begründung zu Nummer 16.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 80 des Elften Buches und zu dessen Neuformulierung in § 113 des Elften Buches im inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den weiteren Regelungen der Qualitätsentwicklung.

Zu Artikel 8 (Änderung des Bundesversorgungsgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Anpassung an den Sprachgebrauch des § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und zu dessen Neuformulierung in § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den weiteren Regelungen der Qualitätsentwicklung.

Zu Artikel 9 (Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag)

Zu Buchstabe a

Um den Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungsunternehmen zu stärken, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen auch für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend dem bewährten Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ geregelt. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde die Portabilität bereits bei der privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 2009 eingeführt. Der Gleichklang zwischen privater Krankenversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung ist geboten, denn ein Wechsel von einem Versicherungsunternehmen zum anderen wird nur dann angemessen ermöglicht, wenn der Versicherte beide zusammengehörenden Versicherungen, die Kranken- und die Pflegeversicherung, gleichzeitig unter Mitnahme der jeweiligen Alterungsrückstellungen wechseln kann. Es wäre mit dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ nicht vereinbar, wenn bei einem Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens die bisherige private Pflege-Pflichtversicherung als Annex zur privaten Krankenversicherung bei dem bisherigen Versicherungsunternehmen

zur Sicherung bzw. zum Erhalt der Alterungsrückstellungen verbleiben müsste oder die Alterungsrückstellungen für die private Pflege-Pflichtversicherung bei einem Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens zurückgelassen werden müssten. Versicherte, die beim Wechsel des Versicherungsunternehmens nur die Alterungsrückstellungen der Krankenversicherung mitnehmen könnten, dürften sich im Ergebnis vielfach weiterhin an einem Wechsel des Versicherungsunternehmens gehindert sehen.

Die Portabilität wird auch in den Fällen vorgesehen, in denen der Versicherte nur mit der Pflegeversicherung das Versicherungsunternehmen wechselt, ohne gleichzeitig die Krankenversicherung beim neuen Versicherungsunternehmen abzuschließen.

Wegen der Versicherungspflicht ist bei Kündigung eines Pflegeversicherungsvertrages gleichzeitig ein neuer Vertrag bei einem anderen Versicherer abzuschließen oder bei einem etwaigen früheren oder späteren Vertragsabschluss ist jedenfalls ein durchgängiger Versicherungsschutz beizubehalten. Wegen der Verpflichtung des Versicherten, den Pflegeversicherungsschutz aufrechtzuerhalten (§ 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), kann er den bisherigen Vertrag nur wirksam kündigen, wenn er nahtlos einen neuen Versicherungsschutz fortsetzt. Die Regelung, die von dem „gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages bei einem anderen Versicherer“ spricht, umfasst auch die Fälle eines nur von der Wirkung her gleichzeitigen Abschlusses.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des Einschubs eines neuen Absatzes 2.

Zu Artikel 10 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)

Die nachstehenden Änderungen tragen dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung. Sie sind aus rechtsförmlichen Gründen im Rahmen von Änderungen der Artikel 44 und 45 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) notwendig. Die genannten Vorschriften des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes werden zum 1. Januar 2009 in Kraft treten; daher müssen Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in den Artikeln 44 und 45 bereits mit Wirkung vor dem 1. Januar 2009 vorgenommen werden. Die Berücksichtigung der Änderungen bereits im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde seinerzeit wegen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung zurückgestellt.

Zu Nummer 1 (Versicherungsaufsichtsgesetz)

Die Einfügung der Nummer 2a in § 12c Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes stellt klar, dass das Bundesministerium der Finanzen in der Kalkulationsverordnung auch nähere Bestimmungen zum Übertragungswert in der privaten Pflege-Pflichtversicherung erlassen kann.

Zu Nummer 2 (Kalkulationsverordnung)

Zu Buchstabe a

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird die kalkulierte Alterungsrückstellung bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen künftig in voller Höhe mit übertragen. Deshalb erfolgt dort – wie im Basistarif der

privaten Krankenversicherung – ein Ansatz von Stornowahrscheinlichkeiten nur, soweit es erforderlich ist, um den Wechsel in die soziale Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass auch der Übertragungswert in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht durch Zillmerung erneuter Abschlusskosten reduziert wird, wenn der Versicherte zu einem anderen Unternehmen wechselt.

Zu Buchstabe c

Die Absätze 1 und 2 des § 13a sind unverändert geblieben, das heißt, sie sind übereinstimmend mit der Fassung der Kalkulationsverordnung, die bereits in Artikel 45 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit Wirkung ab 1. Januar 2009 vorgesehen ist.

Mit der neuen Regelung in Absatz 3 wird der Übertragungswert bei einem Wechsel in der privaten Pflege-Pflichtversicherung definiert.

Zu Artikel 11 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Siehe die Begründung zu Artikel 9 Buchstabe a.

Zu Artikel 12 (Änderung der Kalkulationsverordnung)

Die Kalkulationsverordnung galt für die private Pflege-Pflichtversicherung bislang mit Ausnahme der Meldepflichten nicht. Da nunmehr Regelungen zur Portabilität der Alterungsrückstellungen für die private Pflege-Pflichtversicherung in der Verordnung getroffen werden, ist insoweit eine weitere Einschränkung der Ausnahmenvorschrift erforderlich.

Zu Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der stationären Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten, die in der Pflegeeinrichtung leben, einräumt. Die vorgesehene Streichung der Wörter „ärztlich geleitete“ bewirkt, dass auch stationäre Pflegeeinrichtungen in die Ermächtigungsvorschrift der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte einbezogen werden, da diese regelmäßig nicht ärztlich geleitet sind.

Zu Buchstabe b

§ 31 Abs. 7 sieht vor, dass die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen ist. In dem Ermächtigungsbeschluss ist auch zu regeln, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Diese Pflicht zur Inhaltsbestimmung ist nicht sachgerecht, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem künftigen § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten ermächtigt werden.

Zu Artikel 14 (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Einführung der Pflegezeit.

Zu Artikel 15 (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Die Regelung eröffnet berufsrechtlich die Möglichkeit, dass Personen, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, ohne vorherige ärztliche Veranlassung heilkundliche Tätigkeiten erbringen und damit eigenständig Heilkunde ausüben dürfen. Die Befugnis ist beschränkt auf den Umfang der Tätigkeiten, die Gegenstand der jeweiligen zusätzlichen Ausbildung waren. Sie erfolgt unter Führung der nach diesem Gesetz üblichen Berufsbezeichnung.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Regelung erweitert das Ausbildungsziel um die Tätigkeiten, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung nach § 4 Abs. 7 sein sollen. Auch hierfür ist eine entsprechend qualifizierende Ausbildung erforderlich, die im Einzelnen in den Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten zu regeln ist.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die Änderung des Absatzes 1 macht deutlich, dass es sich bei den Modellvorhaben nach Absatz 7 um eine im Vergleich zu der im Krankenpflegegesetz geregelten Ausbildung erweiterte Ausbildung handelt. Bei den Modellen bleiben die Ausbildungsinhalte und die Ausbildungsdauer für die bislang im Krankenpflegegesetz geregelten Ausbildungen damit erhalten. Die zusätzliche Qualifizierung tritt hinzu, so dass sich die Gesamtausbildung entsprechend verlängert. Die Einzelheiten regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.

Zu Buchstabe b

Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Ausbildungen nach Absatz 7 abweichend von der Regelausbildung auch an Hochschulen stattfinden können. Zur Sicherung der Qualität der Ausbildung hat in diesen Fällen die Hochschule dieselbe Gesamtverantwortung für die Ausbildung wie die Fachschule.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung werden modellhaft Ausbildungsgänge ermöglicht, die unter Integration der im Krankenpflegegesetz geregelten Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weitergehende Kompetenzen vermitteln, um die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer zusätzlich zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten auf den entsprechenden Gebieten zu befähigen. Die Erprobung

erweiterter Kompetenzen erfolgt zwar grundsätzlich im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Berufsrechtlich sind diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen aber nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet.

Da die Inhalte der Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz üblicherweise in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Bundes geregelt werden, hat das Bundesministerium für Gesundheit die Ausbildungspläne zu genehmigen, um die Qualität der Ausbildung sicherzustellen. Diesem Ziel dient auch die Vorgabe, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen in einer staatlichen Prüfung nachzuweisen ist. Für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung und Überwachung der Ausbildungsstätten sind wie üblich die Länder zuständig.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

Zu Absatz 1

Da die Modellklausel in § 4 Abs. 7 eine Ausbildung auch an Hochschulen ermöglicht, ist vorzusehen, dass auch die staatliche Prüfung an Hochschulen stattfinden kann.

Zu Absatz 2

Satz 1 stellt sicher, dass der Prüfungsausschuss nach § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege um die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer erweitert wird, die die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer in den zusätzlichen Themenbereichen unterrichtet haben, die Gegenstand der Ausbildung im Sinne des § 4 Abs. 7 waren, die zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten befähigen soll und deren erfolgreicher Abschluss mit der staatlichen Prüfung nachzuweisen ist. Satz 2 sieht die Bildung der Prüfungsausschüsse an Hochschulen vor, soweit die Ausbildung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 dort angesiedelt wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht vor, dass die Ausbildungsstätte den Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmern zu bescheinigen hat, welche heilkundlichen Tätigkeiten Gegenstand ihrer zusätzlichen Ausbildung und erweiterten staatlichen Prüfung waren. Dies ist erforderlich, damit im Hinblick auf die unveränderte Berufsbezeichnung erkennbar wird, auf welche Befugnisse sich die erweiterten berufsrechtlichen Kompetenzen nach § 1 Abs. 1 Satz 2 erstrecken, so dass für die Berufsausübung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen werden kann, ob die dafür notwendigen Kompetenzen vorliegen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die schriftliche Prüfung für die Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die mündliche Prüfung für die Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die praktische Prüfung für die Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7.

Zu Absatz 7

Absatz 7 sieht vor, dass die Regelungen über den schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege auch bei Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anzuwenden sind.

Zu Absatz 8

Absatz 8 ermöglicht die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen, die von Staatsangehörigen der Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes erworben wurden und zur Ausübung der heilkundlichen Kompetenzen berechtigen, die Gegenstand von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 sind.

Zu Nummer 5 (§ 14)

Die Vorschrift passt die Regelung zur Dauer des Ausbildungsverhältnisses an die in § 4 Abs. 7 verlängerte Ausbildungsdauer an, soweit die Ausbildung an Schulen stattfindet.

Zu Nummer 6 (§ 18a)

Die Regelung betrifft das Ausbildungsverhältnis.

Absatz 1 regelt die Nichtanwendung des Abschnittes 3 (§§ 9 bis 17) auf die Ausbildungsteilnehmer, deren Ausbildung im Rahmen des Modellvorhabens nach § 4 Abs. 7 an Hochschulen stattfindet. Die dem Ausbildungsverhältnis in der beruflichen Bildung nachgestalteten Regelungen passen auf Hochschulausbildungen nicht. Sie sind demnach abzubedingen.

Nach Absatz 2 werden für die Ausbildungen, die weiterhin an Krankenpflegeschoolen stattfinden, lediglich die Vorschriften des Ausbildungsverhältnisses modifiziert, die die Vergütung und kostenlose Ausstattung mit Ausbildungsmitteln betreffen, indem ihre Geltung für die zusätzliche Ausbildung ausgesetzt wird. Es bleibt jedoch sichergestellt, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer auf die entsprechenden Leistungen während der Dauer der Regelausbildungszeit auch weiterhin einen Anspruch haben.

Zu Artikel 16 (Änderung des Altenpflegegesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 1)**

Die Regelung eröffnet berufsrechtlich die Möglichkeit, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die über die zusätzlichen Kompetenzen nach § 4 Abs. 7 verfügen, ohne vorherige ärztliche Veranlassung heilkundliche Tätigkeiten erbringen und damit eigenständig Heilkunde ausüben dürfen. Die Befugnis ist beschränkt auf den Umfang der Tätigkeiten, die Gegenstand der jeweiligen zusätzlichen Ausbildung waren. Sie erfolgt unter Führung der nach diesem Gesetz üblichen Berufsbezeichnung.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Regelung erweitert das Ausbildungsziel um die Tätigkeiten, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung nach § 4 Abs. 7 sein sollen. Auch hierfür ist eine entsprechend qualifizierende Ausbildung erforderlich, die im Einzelnen in den Lehrplänen der Altenpflegeschoolen und den Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung zu regeln ist.

Zu Nummer 3 (§ 4)**Zu Buchstabe a**

Durch die Änderung des § 4 Abs. 1 wird klargestellt, dass bei den Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Inhalte und die Dauer der im Altenpflegegesetz geregelten Ausbildung erhalten bleiben. Aufgrund der erweiterten Qualifizierung verlängert sich die Gesamtausbildung entsprechend. Die Einzelheiten ergeben sich aus den Lehrplänen der Altenpflegeschoolen und den Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ermöglicht es, in dem speziellen Fall der Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger unter zusätzlicher Befähigung zur Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten Modellvorhaben an Hochschulen zu erproben. Es handelt sich dabei um eine Ausnahmenvorschrift für eine spezielle Qualifizierungsmaßnahme, die dem Regelungsbereich des § 4a Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes entspricht.

Mit der Modellklausel wird nicht die Absicht verfolgt, die generelle Verlagerung der Altenpflegeausbildung auf die Hochschulebene zu erproben. An der grundständigen Berufsausbildung an Berufsfachschulen wird festgehalten.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung werden modellhaft Ausbildungsgänge erprobt, die weitergehende Kompetenzen vermitteln, um die Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung zusätzlich zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten auf den entsprechenden Gebieten zu befähigen. Die Erprobung erweiterter Kompetenzen erfolgt zwar grundsätzlich im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Berufsrechtlich sind diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen aber nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet.

Da die Inhalte der Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz üblicherweise in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Bundes geregelt werden, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Ausbildungspläne zu genehmigen, um die Qualität der Ausbildung sicherzustellen. Diesem Ziel dient auch die Vorgabe, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Rahmen der staatlichen Prüfung nachzuweisen ist. Die Zuständigkeit der Länder für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung bleibt unberührt.

Ferner wird geregelt, dass der Abschnitt 4 – Ausbildungsverhältnis (§§ 13 bis 23) – keine Anwendung findet, wenn Modellprojekte nach § 4 Abs. 7 an Hochschulen stattfinden. Die dem Ausbildungsverhältnis in der beruflichen Bildung entsprechenden Regelungen sind nicht auf Hochschulausbildungen übertragbar. Sie sind demnach abzubedingen. Auf die Ausführungen zur Zweckrichtung der Ausbildung an Hochschulen unter Buchstabe c der Begründung wird Bezug genommen.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

Zu Absatz 1

Da die Modellklausel gemäß § 4 Abs. 7 eine Ausbildung auch an Hochschulen ermöglicht, ist vorzusehen, dass auch die staatliche Prüfung an Hochschulen stattfindet.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt sicher, dass im Prüfungsausschuss und in den Fachausschüssen (§ 6 Abs. 1, § 7 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) eine ärztliche Fachprüferin oder ein ärztlicher Fachprüfer vertreten ist, die bzw. der die Ausbildungsteilnehmerin oder den Ausbildungsteilnehmer in den zusätzlichen Themenbereichen unterrichtet hat, die Gegenstand der Ausbildung im Sinne von § 4 Abs. 7 waren, die zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten befähigen sollen und deren erfolgreicher Abschluss mit der staatlichen Prüfung nachzuweisen ist. Satz 2 sieht die Bildung des Prüfungsausschusses an Hochschulen vor, wenn die Ausbildung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 dort angesiedelt wird.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Altenpflegeschule, die die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt, den am Modellprojekt beteiligten Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmern zu bescheinigen hat, welche heilkundlichen Tätigkeiten Gegenstand ihrer zusätzlichen Ausbildung und erweiterten staatlichen Prüfung waren. Dies ist erforderlich, damit im Hinblick auf die unveränderte Berufsbezeichnung erkennbar wird, auf welche Befugnisse sich die erweiterten berufsrechtlichen Kompetenzen nach § 1 Satz 2 erstrecken, so dass für die Berufsausübung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen werden kann, ob die dafür notwendigen Kompetenzen vorliegen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält Sonderregelungen für den schriftlichen Teil der Prüfung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält Sonderregelungen für den mündlichen Teil der Prüfung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält Sonderregelungen für den praktischen Teil der Prüfung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7. Entsprechend der Systematik der Altenpflege-Aus-

bildungs- und Prüfungsverordnung wird bei der praktischen Prüfung ausschließlich der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege und der Ausübung heilkundlicher Tätigkeit zeitlich festgelegt.

Zu Nummer 5 (§ 19)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 4 Abs. 1 Satz 2.

Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Soziale Pflegeversicherung

Die Maßnahmen des Gesetzentwurfs haben folgende Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung:

- Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Juli 2008 um 0,25 Beitragssatzpunkte führt im zweiten Halbjahr 2008 zu Mehreinnahmen von rund 1,3 Mrd. Euro. In den Folgejahren ergeben sich jeweils Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro jährlich. Der Betrag steigt langfristig entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.
- Die schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge führt im zweiten Halbjahr 2008 zu Mehrausgaben von rund 0,21 Mrd. Euro und im Jahr 2009 zu Mehrausgaben von rund 0,42 Mrd. Euro. Mit Einsetzen der zweiten Stufe der Anhebung steigen die Mehrausgaben im Jahr 2010 auf rund 0,79 Mrd. Euro. Mit Erreichen der Endstufe im Jahr 2012 steigen sie nochmals auf rund 1,25 Mrd. Euro an. Wegen der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen verstärkt sich die Finanzwirkung der Maßnahme im Zeitablauf. Mittel- und langfristig entsprechen die Mehrausgaben etwa 0,1 Beitragssatzpunkten.
- Die Gewährung eines zusätzlichen Leistungsbetrags von bis zu 200 Euro monatlich für häuslich versorgte Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird nach den Ergebnissen des schon bisher für die Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch durchgeführten Assessments mittelfristig voraussichtlich rund 350 000 Personen zugute kommen, davon etwa 30 000 mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I. Es ergeben sich im zweiten Halbjahr 2008 Mehrausgaben von rund 0,14 Mrd. Euro und von rund 0,36 Mrd. Euro für das volle Jahr 2009. Anschließend wird eine allmählich steigende Inanspruchnahmehäufigkeit unterstellt, die im Jahr 2010 zu Mehrausgaben von rund 0,44 Mrd. Euro und in 2011 von rund 0,53 Mrd. Euro führt. Dies entspricht 0,05 Beitragssatzpunkten. Dieses Niveau wird auch mittel- und langfristig nicht überschritten. Bei den Berechnungen wird davon ausgegangen, dass im Durchschnitt ein monatlicher Leistungsbetrag von 150 Euro nicht überschritten wird.
- Die Kosten der ab 2015 vorgesehenen Anpassung der Leistungsbeträge in Höhe der kumulierten Preisentwicklung der letzten drei Jahre, aber nicht um mehr als die kumulierte Lohnentwicklung (Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigtem Arbeitnehmer) im selben Zeitraum, sind nicht hinreichend genau ermittelbar,

da Preis- und Lohnentwicklung in den Jahren ab 2013 derzeit kaum vorhersagbar sind.

- Die Einführung eines flächendeckenden Anspruchs auf Pflegeberatung, bei dem ein Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin jeweils etwa 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen betreut, verursacht für die soziale Pflegeversicherung mittelfristig Mehrausgaben von rund 0,29 Mrd. Euro. Dabei wird davon ausgegangen, dass nach einer mehrjährigen Anlaufphase der überwiegende Teil der ambulant Pflegebedürftigen (rund eine Million) dieses Angebot in Anspruch nimmt. In den ersten Jahren liegen die Ausgaben niedriger (2009: rund 0,11 Mrd. Euro, 2010: rund 0,17 Mrd. Euro usw.). Auch für das zweite Halbjahr 2008 wird ein Betrag von rund 0,03 Mrd. Euro angesetzt, da in kurzfristig errichteten Pflegestützpunkten bereits vor Einführung des Rechtsanspruchs zum 1. Januar 2009 Pflegeberatung stattfinden dürfte. Mittel- und langfristig entsprechen die Mehrausgaben rund 0,03 Beitragssatzpunkten.
- Die Anschubfinanzierung für den Aufbau der Pflegestützpunkte führt zu einmaligen Mehrausgaben von rund 0,08 Mrd. Euro.
- Durch die Schaffung von Pflegestützpunkten entstehen keine zusätzlichen Kosten, da in diesen Aufgaben erledigt werden, die sonst beim jeweiligen Leistungsträger anfallen würden (für die Pflegeversicherung ist hier insbesondere an die Sachkosten für die Pflegeberatung zu denken).
- Die Ausweitung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege führt zu Mehrausgaben von rund 0,04 Mrd. Euro im zweiten Halbjahr 2008. Die Mehrausgaben steigen im Jahr 2009 auf 0,09 Mrd. Euro an und entsprechen mittel- und langfristig rund 0,01 Beitragssatzpunkten.
- Die Anhebung der Vergütungssätze für häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie ihre Erstreckung auf zu Hause versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, führt ab 2009 zu jährlichen Mehraufwendungen von rund 0,01 Mrd. Euro. Für das zweite Halbjahr 2008 ergeben sich halb so hohe Mehraufwendungen. Mit dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen steigen die Mehraufwendungen in den Folgejahren langsam an.
- Es ergeben sich Mehraufwendungen von 4,5 Mio. Euro für die zusätzliche Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote.
- Die alle drei Jahre stattfindenden Qualitätsprüfungen führen grundsätzlich zu einer Intensivierung der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Dem steht allerdings die Anerkennung sonstiger Prüfergebnisse (Heimaufsicht, Gütesiegel und Ähnliches) gegenüber, die den Prüfaufwand des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wieder mindert. Eine exakte Kostenschätzung ist vor diesem Hintergrund nicht möglich.
- Das Pflegezeitgesetz ist für die soziale Pflegeversicherung in etwa kostenneutral, da Beitragsausfällen und Mehrausgaben für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen sowie Beiträgen zur weiteren Absicherung in

der Arbeitslosen- und Krankenversicherung Minderausgaben infolge einer verstärkten Inanspruchnahme von Pflegegeld in etwa gleicher Größenordnung gegenüberstehen.

- Die Zulassung einer gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von Leistungen („Poolen“) sowie die leichtere Möglichkeit pflegerischer Versorgung durch Einzelpflegekräfte sind kostenneutral, da sich die Leistungsbeträge nicht ändern.

Insgesamt ergeben sich durch die Änderungen im Leistungsrecht unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Maßnahmen folgende Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

Maßnahme	Mehrausgaben in Mrd. Euro				
	2008	2009	2010	2011	2012
Alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20

Die Mehrausgaben im Jahr 2008 fallen infolge des Inkrafttretens des Gesetzes zum 1. Juli 2008 nur knapp halb so hoch aus wie im Jahr 2009. In 2010 und 2012 ergeben sich jeweils höhere Ausgabenanstiege, weil hier die zweite und die dritte Stufe der Anhebung der Leistungsbeträge einsetzen. Ab 2015 ergeben sich die wesentlichen Ausgabenanstiege durch die alle drei Jahre vorgesehene Leistungsdynamisierung, deren Ausmaß allerdings nicht mit hinreichender Genauigkeit angegeben werden kann.

Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte können die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden. Entsprechend reicht der Beitragssatz bis Ende 2014/Anfang 2015 zur Finanzierung der Reformmaßnahmen aus.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aus der Einführung des Anspruchs auf Pflegeberatung und aus der Schaffung von Pflegestützpunkten keine Mehrausgaben, da der Kostenbeteiligung in beiden Fällen entsprechende Minderausgaben gegenüberstehen. Sie ergeben sich daraus, dass die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen im Pflegestützpunkt bisher bei den Kranken- und Pflegekassen angesiedelte Beratungstätigkeiten mit erledigen.

Im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz ergeben sich im Jahr 2009 Beitragsausfälle von rund 0,12 Mrd. Euro, denen zusätzliche von der Pflegeversicherung zu zahlende Mindestbeiträge in Höhe von rund 0,02 Mrd. Euro für pflegende Angehörige, die während der Pflegezeit nicht anderweitig krankenversichert sind, gegenüberstehen. Für das zweite Halbjahr 2008 ergeben sich im Saldo Beitragsausfälle von rund 0,05 Mrd. Euro.

Aus der Aufhebung der Ausgabenbegrenzung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen können sich geringe, nicht quantifizierbare Mehrausgaben ergeben.

Die Zahlung der Krankenkassen an die Pflegekassen bei nicht rechtzeitiger Einleitung von medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation von pflegebedürftigen Versicherten

dürfte nur in Ausnahmefällen zum Tragen kommen, da davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen ihrer Leistungspflicht in der Regel rechtzeitig nachkommen.

3. Gesetzliche Rentenversicherung

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung gleichen sich die Beitragsausfälle während der Pflegezeit und die zusätzlichen Beiträge für Pflegepersonen in etwa aus. Für Personen mit kurzzeitiger Arbeitsverhinderung, die keine Entgeltfortzahlung beanspruchen können, ergeben sich im zweiten Halbjahr 2008 Beitragsausfälle von rund 0,01 Mrd. Euro und ab 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro jährlich.

4. Bundesagentur für Arbeit

Aus der Inanspruchnahme der kurzfristigen Arbeitsfreistellung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit geringfügige Beitragsmindereinnahmen. Aus der Inanspruchnahme der Pflegezeit entstehen der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls Beitragsmindereinnahmen für den Personenkreis, der aufgrund der Pflegezeitregelungen vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt ist. Dem stehen wiederum Beitragsmehreinnahmen gegenüber, die aus den Mitteln der Pflegeversicherung geleistet werden. Dies gilt insbesondere für den Personenkreis, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte. Eine geringe Belastung der Bundesagentur für Arbeit kann letztlich im Saldo nicht ausgeschlossen werden.

5. Private Pflege-Pflichtversicherung

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund drei vom Hundert der Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung entsprechen. Außerdem entstehen weitere Mehraufwendungen unter anderem aus der Beteiligung an den Kosten der Qualitätsprüfungen. Für das zweite Halbjahr 2008 ergeben sich entsprechend Mehraufwendungen von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro.

6. Länder und Gemeinden

Es ist nicht auszuschließen, dass die Inanspruchnahme der Pflegezeit zu geringen Mehrausgaben für die Träger der Grundsicherung führt. Dem stehen jedoch Minderausgaben aus dem Rückkehrrecht für den Personenkreis gegenüber, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte. Eine genaue Be- oder Entlastung der Träger der Grundsicherung ist nicht quantifizierbar.

Für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im zweiten Halbjahr 2008 Mehrausgaben von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,02 Mrd. Euro.

Die Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Juli 2008 mit rund 75 Mio. Euro jährlich belastet.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt über die Berücksichtigung zu-

sätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu geringen Steuermindereinnahmen bei den Ländern und Gemeinden und kann größenordnungsmäßig nicht genau beziffert werden.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge sowie die Dynamisierung der Leistungen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt quantifizierbar sind. Die Entlastung dürfte im Jahr 2012 etwa 100 Mio. Euro betragen.

Für die Träger der Alten- und Sozialhilfe ergeben sich im Falle einer Beteiligung an den Pflegestützpunkten keine Mehrausgaben, da der Kostenbeteiligung entsprechende Minderausgaben gegenüberstehen. Sie ergeben sich daraus, dass die Pflegestützpunkte bisher bei den Trägern selbst angesiedelte Beratungstätigkeiten mit erledigen.

Für die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften können sich aus einer Erhöhung der von der Pflegeversicherung hälftig kofinanzierten Fördermittel für die Schaffung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (vergleiche § 45c des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Mehrausgaben von bis zu 5 Mio. Euro ergeben. Ob dieser Betrag erreicht wird, hängt vom Umfang der Mitwirkung der Beteiligten ab.

7. Bund

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 0,01 Mrd. Euro für das Jahr 2009. Aufgrund des unterjährigen Inkrafttretens ergeben sich im Jahr 2008 entsprechend Ausgaben in hälftiger Höhe.

Der Bund ist aufgrund der Beitragssatzerhöhung in seiner Funktion als Arbeitgeber geringfügig belastet (rund 5 Mio. Euro jährlich).

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt über die Berücksichtigung zuzätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu geringen Steuermindereinnahmen beim Bund und kann größenordnungsmäßig nicht genau beziffert werden.

Mehraufwendungen und Mindereinnahmen werden innerhalb der Ansätze der geltenden Finanzplanung aufgefangen.

8. Unternehmenssektor/Arbeitgeber

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 0,4 Mrd. Euro im Jahr 2008 und etwa 0,8 Mrd. Euro ab dem Jahr 2009. Dem steht eine stärkere Entlastung durch die Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung ab Januar 2008 gegenüber.

Die Kosten der durch die Einrichtungsträger veranlassten Prüfungen nach § 114 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht abschätzbar, da ihre zukünftige Anzahl nicht bekannt ist.

Die Bürokratiekosten der Wirtschaft sind unter Teil F näher dargestellt.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau. Die Dynamisierung der Leistungsbeträge hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf das Preisniveau von Pflegeleistungen, da die Preisbildung in diesem Bereich nicht wesentlich von der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung bestimmt wird, weil es ein Teilleistungssystem ist.

E. Gleichstellungspolitische Gesetzesfolgenabschätzung

Im Rahmen der gleichstellungspolitischen Relevanzprüfung ist ein besonders hoher Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen festzustellen. Daher ist der Personenkreis der Frauen von Neuregelungen in der Pflegeversicherung stärker betroffen als der Personenkreis der Männer. Die nachfolgenden Angaben zu Art und Ausmaß der gleichstellungspolitischen Relevanz beruhen auf der Geschäftsstatistik der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung zum Jahresende 2005/2006.

Pflegebedürftige Leistungsempfänger nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch	
Pflegebedürftige gesamt	2,08 Millionen Personen
davon Frauen	1,38 Millionen (66 vom Hundert)
häuslich versorgte Pflegebedürftige	1,38 Millionen Personen
davon Frauen	0,86 Millionen (62 vom Hundert)
stationär versorgte Pflegebedürftige	0,70 Millionen Personen
davon Frauen	0,52 Millionen (74 vom Hundert)

Gleichwohl besteht im Zusammenhang mit der hier geregelten Materie kein Erfordernis für besondere bundesgesetzliche Regelungen zur Erreichung gleichstellungspolitischer Ziele. Männer und Frauen und deren unterschiedliche Lebenssituation sind durch das Gesetz unter gleichstellungspolitischen Gesichtspunkten nicht betroffen. Die Regelungen sind unter dem Aspekt des Gender Mainstreaming neutral, weil sie keine konkreten geschlechtsspezifischen Zielsetzungen verfolgen.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Reformschritte haben allerdings unterschiedliche Auswirkungen auf die Lebenssituationen von Männern und Frauen. Zwar gelten für Männer und Frauen in der Pflegeversicherung die gleichen Regelungen bezüglich der Versicherungspflicht, der Beitragszahlung, der Anspruchsvoraussetzungen und der Leistungsgewährung. Als Nebeneffekt des Gesetzentwurfs kann der Personenkreis der Frauen wegen seines hohen Anteils an den pflegebedürftigen Menschen besonders betroffen sein. Dies kann jedoch nicht zum Anlass genommen werden, insbesondere im Leistungsrecht geschlechtsspezifische Unterschiede einzuführen. Der Leistung der Pflegeversicherung

liegt ein im konkreten Einzelfall festgestellter Hilfebedarf zugrunde, so dass sich eine geschlechtsbezogene Leistungsbemessung verbietet.

Besonders hinzuweisen ist auf die Neuregelung in § 2 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wonach Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung finden sollen.

F. Bürokratiekosten

1. Bürokratiekosten der Wirtschaft

Der vorliegende Gesetzentwurf leistet trotz des Ausbaus der Qualitätssicherung mit einem Gesamtentlastungseffekt von rund 80 Mio. Euro einen Beitrag zur Reduzierung bürokratischer Lasten der Wirtschaft (im Wesentlichen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen). Bei der Berechnung des Entlastungseffekts erfolgte die Angabe von Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden Ex-ante-Angaben des Leitfadens für das Standardkostenmodell. Bei dieser Schätzung wurden die Lohnansätze anhand der Standardtariftabelle des Statistischen Bundesamtes ermittelt. Es werden vier Informationspflichten für die Wirtschaft entbürokratisiert, sieben neue Informationspflichten eingeführt und zwei bestehende gestrichen.

a) Bürokratiekosten geänderter Informationspflichten

Aus der Entbürokratisierung von vier bereits bestehenden Informationspflichten resultiert eine Gesamtentlastung für die Wirtschaft von geschätzten 86,25 Mio. Euro. Folgende Informationspflichten werden geändert:

– § 79 Abs. 1 SGB XI

Die Landesverbände der Pflegekassen können die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nur noch auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit prüfen lassen, wenn Anhaltspunkte für Missstände in der Einrichtung vorliegen. Damit wird zukünftig mehr Rechtssicherheit für die Landesverbände der Pflegekassen und für die Pflegeeinrichtung geschaffen, so dass es künftig zu weniger Rechtsstreitigkeiten kommen wird. Von einer messbaren Einsparung an Bürokratiekosten wird gleichwohl nicht ausgegangen, da nicht gänzlich auszuschließen ist, dass die erhöhte Rechtssicherheit zu mehr Prüfungen führen wird.

– § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

Die Vereinbarung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität soll Anforderungen an eine die Qualität fördernde sowie wirtschaftliche Pflegedokumentation regeln. Aus einer wirtschaftlichen und praxisnahen Gestaltung der Pflegedokumentation wird eine Einsparung an Bürokratie erwartet. Derzeit müssen rund 1,15 Millionen (Zahl der ambulanten durch Pflegedienste sowie stationär gepflegten Personen) Pflegedokumentationen täglich erstellt werden. Bei sach- und ordnungsgemäßer Dokumentationsleistung benötigt ein Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung je Pflegebedürftigem mindestens acht Minuten (laut Gutachten des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld und des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund in Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V.). Bereits bei einer Zeitersparnis von fünf vom Hundert und einem Lohnansatz von 31,20 Euro

je Arbeitsstunde ergibt sich eine Gesamtentlastung der Pflegeeinrichtungen in Höhe von rund 86 Mio. Euro.

– § 115 Abs. 1a SGB XI

Ist auf eigene Veranlassung einer Pflegeeinrichtung eine Qualitätsprüfung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen durchgeführt worden, hat sie entsprechende Informations- und Veröffentlichungspflichten bezüglich der Ergebnisse. Derzeit finden jährlich zwischen 400 und 450 Prüfungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen statt. Selbst bei einer Verdreifachung dieser Prüfungen stellt die Veröffentlichung der Ergebnisse (zum Beispiel im Internet) keinen nennenswerten Anstieg an Bürokratiekosten für die Gesamtheit der Pflegeeinrichtungen dar.

– § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB XI

Künftig müssen ambulante Pflegedienste den Pflegevertrag der Pflegekasse nicht mehr generell, sondern nur noch auf Verlangen der Pflegekasse eingeschränkt vorlegen. Dieses wird voraussichtlich nur in begründeten Einzelfällen erfolgen und erspart daher den Pflegediensten über 125 000 Einzelmeldungen pro Jahr (entsprechend der Zahl von jährlich etwa 130 000 Neuzugängen in die ambulante Pflegeschleife). Damit trägt die Neuregelung zur Entbürokratisierung bei. Bei einem geschätzten Arbeitsaufwand von durchschnittlich zwei Minuten, einem Stundenlohn von 28,80 Euro und Zusatzkosten von 1 Euro (Porto etc.) wird die Vereinfachung der Informationspflicht eine Entlastung für die ambulanten Pflegedienste von rund 0,25 Mio. Euro mit sich bringen.

b) Bürokratiekosten neuer Informationspflichten

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft eingeführt. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten werden auf 1,68 Mio. Euro geschätzt. Folgende Informationspflichten werden neu eingeführt:

– § 37 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

Die anerkannten Beratungsstellen (§ 37 Abs. 7 SGB XI) haben die Pflegekassen und die Versicherungsunternehmen über die aus ihren Beratungseinsätzen gewonnenen Erkenntnisse zu informieren. Zusätzliche Bürokratiekosten für die Wirtschaft entstehen nicht, da diese Informationspflicht lediglich innerhalb der Wirtschaft verlagert wird.

– § 37 Abs. 7 SGB XI

Die durch das Anerkennungsverfahren entstehenden Bürokratiekosten sind für die Beratungsstellen nur schwer quantifizierbar, da die Landesverbände der Pflegekassen zunächst Kriterien hierfür vereinbaren müssen. Es ist zu erwarten, dass weniger als 100 Beratungsstellen eine Anerkennung nach diesem Gesetz beantragen werden. Die hieraus entstehenden Bürokratiekosten für die Wirtschaft dürften je Antrag unter 100 Euro liegen, so dass die Bürokratiekosten insgesamt unter 10 000 Euro liegen dürften. Es ist Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen, die Bürokratiekosten für das Anerkennungsverfahren so gering wie möglich zu halten.

– § 110 Abs. 5 SGB XI

Privat versicherte Antragsteller haben künftig ein eigenständiges Recht auf Akteneinsicht. Eine Einholung von Auskünften muss nicht mehr durch den Arzt oder Rechtsanwalt erfolgen. Die Ungleichbehandlung der privat Versicherten ge-

genüber den gesetzlich Versicherten war in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand von Beschwerden und wird daher mit dieser Regelung beseitigt. Die Anzahl der Anträge auf Akteneinsicht bei den Versicherungsunternehmen dürfte nur in moderatem Umfang zunehmen. Die Neuregelung ist für den Versicherten eine Entlastung, weil er den Antrag selbst an die Versicherung stellen kann. Nach dem Tätigkeitsbericht der Gesellschaft für Medizinische Gutachten (MEDICPROOF) wird jährlich gegen rund 3 300 Entscheidungen der privaten Versicherungsunternehmen Einspruch eingelegt. Nur ein Teil des entsprechenden Personenkreises wird Akteneinsicht verlangen. Aufgrund der räumlichen Entfernung zu den Versicherten wird das Versicherungsunternehmen in der Regel von der Möglichkeit des § 25 Abs. 5 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch Gebrauch machen und die wesentlichen Inhalte der Akte in kopierter Form an den Versicherten übersenden. Da das Versicherungsunternehmen berechtigt ist, dem Versicherten die entstandenen Aufwendungen in angemessenem Umfang in Rechnung zu stellen, entstehen der Wirtschaft keine zusätzlichen Bürokratiekosten. Die Informationspflicht des Versicherungsunternehmens ist kostenneutral, eine Alternativprüfung nicht notwendig.

– § 114 Abs. 2 Satz 1 SGB XI

Die Vorschrift legt fest, dass bei den rund 21 000 zugelassenen Pflegeeinrichtungen in einem Drei-Jahres-Rhythmus eine Qualitätsprüfung stattzufinden hat. Derzeit werden rund 4 300 Qualitätsprüfungen pro Jahr durchgeführt, diese werden mit der Neuregelung kontinuierlich auf 7 000 Prüfungen pro Jahr ansteigen. Die Pflegeeinrichtung ist durch die Prüfungen durchschnittlich mit acht Stunden belastet (Befragung durch das Statistische Bundesamt im Rahmen der Bestandsmessung zu § 112 Abs. 3 SGB XI). Anzusetzen ist ein durchschnittlicher Stundenlohn von 31,20 Euro. Demzufolge entsteht durch diese Erweiterung einer bestehenden Informationspflicht eine zusätzliche Belastung von rund 0,67 Mio. Euro.

– § 2 Abs. 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes

Der behandelnde Arzt stellt dem Beschäftigten eine Bescheinigung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes aus, wenn der Arbeitgeber dies verlangt. Für die Ausstellung einer derartigen Bescheinigung wird der Arzt rund zehn Minuten benötigen. Da der Arzt ein entsprechendes Honorar erhält, ist die Ausstellung der Bescheinigung für ihn kostenneutral.

– § 95d Abs. 5 SGB V

Die stationären Einrichtungen haben für ihre nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Ärzte einen Fortbildungsnachweis zu führen. Die Institution des Heimarztes wird neu geschaffen. Von den rund 10 400 bestehenden stationären Einrichtungen (Stand Ende 2005) werden aus Kostengründen voraussichtlich im Wesentlichen die Einrichtungen einen Heimarzt anstellen, die mehr als 100 Personen pflegen. Das heißt, es ist mit weniger als 1 000 Heimärzten zu rechnen, deren Fortbildung zu dokumentieren wäre. Eine Dokumentation von Fortbildungen, zum Beispiel durch eine gesonderte Ablage der Ausbildungszertifikate, ist mit einem sehr geringen Aufwand verbunden (unter zwei Minuten). Der Mehraufwand an Bürokratiekosten für die Einrichtungen wird schätzungsweise 2 000 Euro nicht überschreiten.

– § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes

Der Versicherungsnehmer kann von seinem bisherigen Versicherungsunternehmen verlangen, dass dieses die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer meldet. Bei der Berechnung der Bürokratiekosten wird unterstellt, dass jährlich weniger als 1 vom Hundert der rund neun Millionen privat Versicherten ihr Versicherungsunternehmen wechseln wird. Die Alterungsrückstellungen werden in der privaten Pflege-Pflichtversicherung einheitlich ermittelt und sind daher für den einzelnen Versicherten leicht auszuweisen. Diese Daten werden über einen Datenaustausch an das neue Versicherungsunternehmen gemeldet. Bei einem Zeitaufwand von 15 Minuten für diese Meldung und einem Lohnansatz von durchschnittlich 38,40 Euro je Stunde ergeben sich zusätzliche Bürokratiekosten für die Versicherungsunternehmen, die den Betrag von 1 Million Euro nicht übersteigen werden.

c) Bürokratiekosten für gestrichene Informationspflichten

Durch die Streichung von zwei Informationspflichten wird die Wirtschaft um circa 0,12 Mio. Euro entlastet. Folgende Informationspflichten werden gestrichen:

– § 80a Abs. 1 SGB XI

Die Vorschrift wird aufgehoben. Zukünftig ist damit der Nachweis einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung aus Anlass einer neuen Vergütungsvereinbarung nicht mehr erforderlich. Der wesentliche Inhalt der bisherigen Vereinbarung wird nunmehr gemeinsam mit der Vergütungsvereinbarung geregelt. Aus dem Verzicht auf die Vorlage einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ergibt sich eine geringe Bürokratiekostenentlastung der stationären Pflegeeinrichtungen von knapp 0,01 Mio. Euro.

– § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI

Das Prüfgeschehen wird flexibler gestaltet, indem auf Eigeninitiative der Einrichtungen oder ihrer Träger beruhende Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen als gleichwertig mit von den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßig vorzusehenden Prüfungen anerkannt werden. Diese Prüfungen ersetzen die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Nach bisherigem Recht war bei dieser Fallkonstellation eine Doppelprüfung bei der Pflegeeinrichtung nicht ausgeschlossen. Durch den Wegfall der Doppelprüfung wird die Pflegeeinrichtung entlastet. Durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung werden derzeit rund 4 300 Qualitätsprüfungen pro Jahr durchgeführt, rund zehn vom Hundert der betroffenen Pflegeeinrichtungen wurden vorher bereits durch einen Sachverständigen geprüft. Die Pflegeeinrichtung ist durch die Prüfungen durchschnittlich mit acht Stunden belastet (Befragung durch das Statistische Bundesamt im Rahmen der Bestandsmessung zu § 112 Abs. 3 SGB XI). Daraus ergibt sich bei einem durchschnittlichen Lohnansatz von 31,20 Euro pro Stunde eine Gesamtentlastung von rund 0,11 Mio. Euro. Die Stichprobenprüfung nach § 114 Abs. 4 SGB XI ist bei diesen Ansätzen bereits berücksichtigt.

2. Bürokratieaufwand der Verwaltung

Der Gesetzentwurf führt zu mehr Informationspflichten für die Verwaltung. Mit dem Ziel der weiteren Stärkung der

Qualität werden Regelungen eingeführt, die die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten noch weiter verbessern. Die in der Praxis bereits ausgeübte Koordinierung soll durch das Gesetz gestärkt und ausgebaut werden. Dies dient dem Interesse der Pflegebedürftigen und der beteiligten Stellen.

a) Bürokratieaufwand geänderter Informationspflichten

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden zwei Informationspflichten der Verwaltung entbürokratisiert:

– § 10 SGB XI

Auf die Pflicht zur Vorlage eines Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung für das Jahr 2010 wird verzichtet und ab dem Jahr 2012 wird der bisherige Turnus von drei auf vier Jahre verlängert. Dies reduziert gesetzliche Berichtspflichten und damit den Bürokratieaufwand für Bund und Länder. Ebenso profitieren hiervon der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Die Abschaffung des Bundespflegeausschusses trägt ebenfalls zum Abbau von Bürokratieaufwand bei.

– § 80a Abs. 1 SGB XI

Der Wegfall einer gesonderten Leistungs- und Qualitätsvereinbarung entlastet auch die Landesverbände der Pflegekassen und die Träger der Sozialhilfe.

b) Bürokratieaufwand neuer Informationspflichten

Die folgenden zwölf Informationspflichten werden für die Verwaltung neu eingeführt:

– § 7a Abs. 7 SGB XI

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Erfahrungsbericht zur Pflegeberatung vor.

– § 30 Satz 4 SGB XI

Die Bundesregierung übermittelt ab dem Jahr 2015 den gesetzgebenden Körperschaften alle drei Jahre das Ergebnis der Prüfung, ob eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung geboten ist.

– § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB XI

Die Pflegekasse informiert mit Einwilligung des Versicherten auch den behandelnden Arzt über eine angezeigte Maßnahme zur Rehabilitation. Die Ergänzung soll dazu führen, dass Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation vor und während der Pflegebedürftigkeit besser als bisher genutzt und ausgeschöpft werden. Der zusätzliche Bürokratieaufwand für die Pflegekassen dürfte überschaubar sein und dient dem Interesse des Pflegebedürftigen.

– § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB XI

Der Rehabilitationsträger informiert die Pflegekasse über seine Leistungsentscheidung. Auch dies soll helfen, die Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation besser auszuschöpfen. Sofern eine Lohnersatzleistung gezahlt wurde oder die Krankenkasse der Rehabilitationsträger war, erhielt die Pflegekasse in der Regel bereits bisher eine Durchschrift des Bewilligungsbescheides. Zukünftig werden auch die Ablehnungsbescheide von dieser Regelung erfasst.

- § 92c Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Die Träger des Pflegestützpunktes beantragen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Anschubfinanzierung.

- § 92c Abs. 3 Satz 4 SGB XI

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen teilt dem Bundesversicherungsamt mit, welche Anschubfinanzierungen für Pflegestützpunkte bewilligt wurden.

- § 92c Abs. 3 Satz 5 SGB XI

Die Träger des Pflegestützpunktes haben gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die zweckentsprechende Verwendung der Mittel durch einen Verwendungsnachweis zu belegen.

- § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Die Vereinbarung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

- § 113a Abs. 3 Satz 1 SGB XI

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die mit den Vertragsparteien beschlossenen Expertenstandards im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Diese erhalten dadurch die im Interesse der pflegebedürftigen Menschen notwendige Verbindlichkeit für die Pflegepraxis.

- § 114a Abs. 5 Satz 3 SGB XI

Das Bundesversicherungsamt teilt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich den Finanzierungsanteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit.

- § 115 Abs. 1a SGB XI

Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 114 SGB XI.

- § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V

Die Krankenkassen berichten ihren Aufsichtsbehörden jährlich über die Fälle, in denen innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige Versicherte erbracht wurden.

- c) Bürokratieaufwand für gestrichene Informationspflichten

Es wurden keine Informationspflichten der Verwaltung gestrichen.

3. Bürokratieaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine Informationspflicht für die Bürgerinnen und Bürger geändert, fünf Informationspflichten werden neu eingeführt und keine wird gestrichen.

- a) Bürokratieaufwand geänderter Informationspflichten

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird eine Informationspflicht der Bürgerinnen und Bürger geändert:

- § 110 Abs. 5 SGB XI

Privat versicherte Antragsteller haben künftig ein eigenständiges Recht auf Akteneinsicht. Eine Einholung von Auskünften muss nicht mehr durch den Arzt oder Rechtsanwalt erfolgen. Für den einzelnen Versicherten ist das eigenständige Recht auf Akteneinsicht als Entlastung zu werten, weil er den Antrag künftig selbst stellen kann.

- b) Bürokratieaufwand neuer Informationspflichten

Die folgenden fünf Informationspflichten werden für die Bürgerinnen und Bürger neu eingeführt:

- § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Freiwillig versicherte Angehörige von Pflegebedürftigen erhalten auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung.

- § 45d Abs. 1 SGB XI

Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerlichen Engagement bereiter Personen und Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen können Mittel nach § 45c SGB XI beim Ausgleichsfonds beantragen.

- § 2 Abs. 2 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes

Der Beschäftigte ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen ist dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

- § 3 Abs. 3 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes

Der Beschäftigte muss die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber seinem Arbeitgeber ankündigen und die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nachweisen; dazu ist eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen vorzulegen.

- § 4 Abs. 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes

Der pflegende Angehörige hat seinen Arbeitgeber über veränderte Umstände und die daraus resultierende vorzeitige Beendigung der Pflegezeit zu informieren.

- c) Bürokratieaufwand für gestrichene Informationspflichten

Es werden keine Informationspflichten für Bürgerinnen und Bürger gestrichen.

G. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf hat keinen Bezug zum Recht der Europäischen Union.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des Gesetzentwurfs auf Bürokratiekosten, die durch Informationspflichten begründet werden, geprüft.

Mit dem Gesetz werden für Bürgerinnen und Bürger sechs Informationspflichten eingeführt und eine geändert. Für die Verwaltung werden 12 neue Informationspflichten eingeführt.

Für die Wirtschaft sieht der Gesetzentwurf vor, dass vier Informationspflichten modifiziert, acht neu eingeführt und zwei abgeschafft werden. Das Bundesministerium schätzt, dass die Wirtschaft (im Wesentlichen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) per Saldo um mehr als 80 Mio. Euro entlastet wird. Es geht davon aus, dass dazu in erster Linie die Entbürokratisierung der Pflegedokumentationen beitragen wird. Über die Pflegedokumentation sollen die Verbände eine Vereinbarung treffen. Der Nationale Normenkontrollrat bittet, ihn über das Ergebnis der Verhandlungen der Verbände zu unterrichten und ihm eine konkretisierte Schätzung der damit verbundenen Bürokratiekosten auf Grundlage des Standardkosten-Modells zu übersenden.

Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Prüfauftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 839. Sitzung am 30. November 2007 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 1a – neu – (§ 1 Abs. 4a – neu – SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 1 folgende Nummer einzufügen:

„1a. In § 1 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) In der sozialen Pflegeversicherung sind geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen zu berücksichtigen.““

Begründung

In der sozialen Pflegeversicherung sind geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen zu verzeichnen.

Für die soziale Pflegeversicherung ist daher die Verankerung einer geschlechtersensiblen Sichtweise erforderlich.

2. Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 7a – Pflegeberatung – SGB XI) und Nr. 57 (§ 92c – Pflegestützpunkte – SGB XI)

Der Bundesrat stellt fest:

- a) Der Bundesrat begrüßt die Initiative der Bundesregierung, im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes Pflegestützpunkte zu initiieren und einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung zu schaffen, der auch für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe, insbesondere bei Demenzerkrankung, gelten soll. Dieser Rechtsanspruch stellt keine Verpflichtung zur Inanspruchnahme der Beratung dar, sondern kann im Rahmen der Selbstbestimmung eigenverantwortlich wahrgenommen werden.

Wie die Bundesregierung räumt auch der Bundesrat der Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und der Koordinierung passgenauer Hilfen einen zentralen Stellenwert ein. Er sieht hierin einen wichtigen Beitrag, nachhaltige Strukturentwicklungen zu fördern, um pflegebedürftigen Menschen entsprechend ihrem Wunsche den Verbleib im bisherigen Wohn- und Lebensumfeld zu ermöglichen und damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung tragen zudem dazu bei, die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf an der Gesellschaft zu stärken und neues zivilgesellschaftliches Engagement – ausgehend von den Potentialen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen, Nachbarn und von bürgerschaftlich engagierten Men-

schen – zu ermöglichen. Der wirksame Impuls für vernetzte Beratungs- und Begleitungsstrukturen auf örtlicher Ebene ist insbesondere erforderlich, um trotz der Gliederung des sozialen Hilfesystems den pflegebedürftigen Menschen Hilfen aus einer Hand zu ermöglichen.

- b) Der Bundesrat spricht sich dafür aus, die Pflegeberatung auch als zugehende Hilfe auszugestalten, um frühzeitig ambulante Versorgungsalternativen aufzuzeigen. Angesichts von Lebensalter und Lebenssituation kann für einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nur auf diesem Wege der Zugang zu Information und Beratung eröffnet werden.
- c) Der Bundesrat begrüßt die Absicht der Bundesregierung, dass die Pflege- und Krankenkassen, die Träger der Sozialhilfe und die Kommunen in den Pflegestützpunkten die Beratung insbesondere von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wirksam bündeln, die Leistungsgewährung koordinieren und dabei soziale sowie bürgerschaftliche Initiativen und Selbsthilfevereinigungen bzw. -organisationen nach Möglichkeit einbinden. Begrüßt wird auch, dass auf bereits bestehenden Strukturen aufgebaut werden soll (zum Beispiel Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) in Baden-Württemberg, Angehörigenfachstellen in Bayern, Koordinierungsstellen rund ums Alter in Berlin, Wohnraumberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen, Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz, trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein). Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die Vorschriften des Gesetzentwurfs weiterentwickelt werden müssen, um diese Absicht wirkungsvoll zum Tragen zu bringen. Den Sozialversicherungen, den Kommunen und den zuständigen Sozialhilfeträgern kommt jeweils eine zentrale Rolle bei der Bereitstellung und Koordinierung der notwendigen Hilfen zu. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; sie umfasst deutlich mehr als die Hilfen der Pflegeversicherung. Vor allem vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von quartiersbezogenen Konzepten und bürgerschaftlich verantworteter Unterstützung ist dies wirksam nur bei einer gleichberechtigten Mitverantwortung der Kommunen bei der Ausgestaltung, Koordinierung und Förderung der örtlichen Hilfen möglich.

Entsprechend sind die Aufgaben der Beratung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, der Koordinierung der Hilfen im Einzelfall und der Koordinierung des regionalen Versorgungssystems gemeinsam und gleichberechtigt von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern und den Kommunen zu gestalten und zu verantworten. Die Träger von Einrichtungen und Diensten sowie weitere an der Versorgung pflegebedürftiger Menschen Beteiligte sind einzubeziehen.

Auch um die in einzelnen Ländern bereits existierenden Beratungs- und Koordinierungsstrukturen in die Pflegestützpunkte und Pflegeberatung einbringen zu können, ist eine gemeinsame und gleichberechtigte Gestaltung und Verantwortung für die Weiterentwicklung von Beratungs- und Koordinierungsstrukturen notwendig.

- d) Der Bundesrat spricht sich dafür aus, die Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen und die Koordinierung der Hilfen personell von dem sozialversicherungsrechtlichen Leistungsgewährungsverfahren zu trennen, weil Beratung, Koordinierung und Entscheidung über die Leistungsgewährung nicht in einer Hand liegen dürfen und für beide Aufgaben unterschiedliche Qualifikationen benötigt werden.
- e) Von zentraler Bedeutung für Akzeptanz und Erfolg der Beratungsstrukturen ist die fachliche Qualifikation der mit der Pflegeberatung betrauten Personen. Diese müssen sich an der Aufgabenstellung der Beratung, Hilfeplanung und Koordinierung der Hilfsangebote unterschiedlicher Leistungsträger orientieren. Für die Pflegeberatung sind daher besonders sozialarbeiterische Beratungskompetenzen und pflegfachliche Kenntnisse erforderlich. Dies schließt die für die Beratung erforderlichen Sozialrechtskenntnisse ein.
- f) Der Bundesrat spricht sich dafür aus, eine in diesem Sinne entwickelte Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten möglichst schnell wirksam werden zu lassen. Der Bundesrat weist darauf hin, dass dies einer großen Kraftanstrengung aller Beteiligten bedarf. Um dennoch sicherzustellen, dass die Träger der Sozialhilfe und Kommunen gleichberechtigt mit den Pflege- und Krankenkassen die neuen Beratungs- und Koordinierungsstrukturen entwickeln können, sollte nach Ansicht des Bundesrates die Umsetzung in einem gestuften Verfahren erfolgen.

Zur Umsetzung dieser Grundsätze werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

- g) Organisation von Pflegestützpunkten/Pflegeberatung
 - aa) Die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen, sich an Pflegestützpunkten zu beteiligen, wird von einer Bestimmung im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch flankiert, die einen gesetzgeberischen Impuls für die Beteiligung der zuständigen Sozialhilfeträger setzt.
 - bb) Kranken- und Pflegekassen müssen die zuständigen Sozialhilfeträger am Vertragsschluss beteiligen, nicht nur auf ihre Beteiligung hinwirken.
 - cc) Die bundesgesetzlichen Regelungen zur Anschubfinanzierung sehen auf der Grundlage der vorgesehenen Mittel in Höhe von 80 Mio. Euro nach dem Königsteiner Schlüssel maximale Fördermittel pro Land vor. Die Ausgestaltung der Anschubfinanzierung obliegt den Ländern. Der Anspruch auf Anschubfinanzierung darf nicht am länderspezifischen Aufbau von Sozialhilfestrukturen scheitern oder durch diesen erschwert werden.
 - dd) Die Pflegeberatung ist ein integraler Bestandteil der Pflegestützpunkte.

- ee) Anstelle einer konkreten Vorgabe im Gesetzentwurf zum Verhältnis Pflegestützpunkt pro Einwohner erfolgt eine Formulierung, dass die Ausrichtung wohnortnah erfolgt und der Stützpunkt gut erreichbar ist.

h) Umsetzung

- aa) Auf Bundesebene beschließen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zum Aufbau und zur Arbeit der Pflegestützpunkte, insbesondere zum Finanzierungsrahmen und zu den Kooperationsgrundsätzen bis zum 31. August 2008.
- bb) Kommt diese Empfehlung nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2008 seinerseits Empfehlungen aussprechen.
- cc) In einer Landesrahmenvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den nach Landesrecht zuständigen Sozialhilfeträgern bzw. deren Arbeitsgemeinschaften sollen die Grundlagen der Verträge über die Pflegestützpunkte bis zum 30. November 2008 vereinbart werden.
- dd) Kommt diese nicht zustande, sind die Länder ermächtigt, im Wege der Ersatzvornahme bis zum 31. Januar 2009 den Inhalt der Rahmenvereinbarung durch Rechtsverordnung festzulegen.
- ee) Die Verträge zwischen Pflege- und Krankenkassen und den Kommunen und Sozialhilfeträgern sind bis zum 31. März 2009 zu schließen.
- ff) Der Rechtsanspruch der Versicherten auf Pflegeberatung besteht ab 1. April 2009.
- gg) Kommen die Verträge über die einzelnen Pflegestützpunkte nicht bis zum 31. März 2009 zustande, haben die Kranken- und Pflegekassen die Pflicht, die Pflegeberatung anzubieten und Pflegestützpunkte zu errichten.
- i) Für die Pflegeberatung sind besonders sozialarbeiterische Beratungskompetenzen und pflegfachliche Kenntnisse erforderlich. Dies schließt die für die Beratung erforderlichen Sozialrechtskenntnisse ein.

3. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 9 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 6 sind in § 9 Satz 2 nach dem Wort „Pflegebedürftiger“ die Wörter „oder die Gewährung von an den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Pflegebedürftigen orientierten Leistungen an vollstationäre Pflegeheime“ einzufügen.

Begründung

Pflegewohngeld ist eine Form der Förderung der Investitionskosten von Pflegeheimen, die bisher im SGB XI nicht berücksichtigt ist.

Dabei sind zwei Varianten dieses Förderinstrumentes zu unterscheiden:

- Pflegewohngeld als unmittelbar auf die Person bezogene (Subjekt-)Leistung, bei der die Förderung der Investitionskosten der Person und nicht dem Heim gewährt wird (z. B. Regelung in Hamburg) und
- Pflegewohngeld als Leistung an die Pflegeeinrichtung; hier liegt die Voraussetzung für die Förderung des Heimplatzes in der Bedürftigkeit des Nutzers (Regelung in den übrigen Pflegewohngeldländern).

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ergänzung zu § 9 SGB XI ist lediglich auf die Variante 1 fokussiert. Die Änderung dient dem Zweck, die unterschiedlichen landesrechtlichen Verfahren bei den Regelungen zur Förderung und Refinanzierung der Investitionskosten zu erhalten. Sie ermöglicht deshalb die Beibehaltung unterschiedlicher Regelungen zum Pflegewohngeld in den Ländern und dient darüber hinaus der Vermeidung von Rechtsunsicherheiten.

4. Zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 18 Abs. 1 Satz 4 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 9 ist dem Buchstaben a folgender Doppelbuchstabe anzufügen:

„cc) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch mit der Begutachtung von Versicherten, die noch keinen Leistungsanspruch haben.““

Begründung

In der Praxis leiten die Pflegekassen bisher häufig Anträge von Versicherten, die die Vorversicherungszeiten noch nicht erfüllt haben, nicht an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Begutachtung weiter.

Diese Versicherten werden hierdurch außer von der Feststellung einer Pflegestufe auch von den Feststellungen zum Präventionsbedarf und zum medizinischen Rehabilitationsbedarf abgeschnitten. Die Versicherten erhalten dadurch ggf. Krankenversicherungsleistungen nicht, auf die sie einen Anspruch hätten.

Da es ausdrückliche Absicht der Novelle ist, Prävention und Rehabilitation zu stärken, sollte die beschriebene Lücke geschlossen werden. Der MDK sollte ein vollständiges Gutachten erstellen, weil die Feststellung der Pflegestufe ggf. auch die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung erleichtert und um unnötige erneute Begutachtungen bei Eintritt des Leistungsanspruchs zu vermeiden.

5. Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 34 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 SGB XI)

Artikel 1 Nr. 16 ist wie folgt zu fassen:

„16. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden ... [weiter wie Gesetzentwurf Artikel 1 Nr. 16].

- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Auslandsaufenthalt“ die Wörter „des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson“ eingefügt.“

Begründung

Zur Sicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegen, werden von den Pflegekassen unter anderem Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet. Die Leistungen ruhen dann, wenn die Pflegeperson aufgrund eines Urlaubs selbst an der Pflege gehindert ist. Für die Zeit des Urlaubs besteht keine Versicherungs- und Beitragspflicht. Die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Daher ist die Vollständigkeit von Rentenversicherungsbeiträgen besonders wichtig. Es sollte eine Änderung des entsprechenden Rechts dahingehend vorgenommen werden, dass auch ein Anspruch auf Leistungen der Alterssicherung für die Zeit eines Erholungsurlaubs besteht. Die Änderung hat insoweit nicht nur eine versicherungsrechtliche Komponente, sondern auch eine wertschätzende gegenüber der Pflegeperson.

6. Zu Artikel 1 Nr. 16a – neu – (§ 35a Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer einzufügen:

„16a. In § 35a Satz 1 werden die Wörter „; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen“ gestrichen.“

Begründung

Nach § 35a SGB XI können Sachleistungen der Pflegeversicherung nur als Gutscheine zur Einlösung bei anerkannten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget einbezogen werden. Diese Regelung schränkt die Wahl- und Organisationsfreiheit für Budgetnehmer entscheidend ein.

Bundesweit entstehen jedoch im ambulanten Bereich vielfältige Wohnformen für Pflegebedürftige. Dazu gehören insbesondere Wohngemeinschaften für behinderte und an Demenz erkrankte Menschen, die auf geteilter Verantwortung beruhen.

Um die Position von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gegenüber Dienstleistern zu stärken, muss die Möglichkeit bestehen, Pflegeleistungen in das Persönliche Budget als echte Geldleistung zu integrieren. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der Eigenverantwortung geleistet werden; gleichzeitig trägt das integrierte Budget zur Durchlässigkeit der Leistungsbereiche bei, das für die Organisation selbst organisierter Wohnformen von erheblicher Bedeutung ist.

Zentrale Voraussetzung für den Erfolg und die Wirksamkeit von integrierten Budgets wird die Beratung und Begleitung Pflegebedürftiger insbesondere durch ein Case Management sein. Mit den neuen Regelungen in § 7a (Pflegeberatung), § 45d (Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe) und § 92c (Pflegestützpunkte) schafft der Gesetzgeber geeignete Rahmenbedin-

gungen, um die Qualität und Transparenz auch bei der Inanspruchnahme von integrierten Budgets sicherzustellen. Ergänzend sollte durch eine regelmäßige Nachweisverpflichtung der Leistungsberechtigten gewährleistet sein, dass die Budgetleistungen durch sozialversicherungs-pflichtig beschäftigte Personen erbracht werden.

7. Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 36 SGB XI)

Der Bundesrat begrüßt das Ziel, die ambulante Pflege durch eine moderate Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeträge zu stärken.

8. Zu Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa und bb und Buchstabe e (§ 37 Abs. 3 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 und 3 und Abs. 5 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 18 ist § 37 wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe c Doppelbuchstabe aa sind in Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung,“ die Wörter „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,“ einzufügen.
- b) Buchstabe d ist wie folgt zu ändern:
 - aa) In Doppelbuchstabe aa sind in Absatz 4 Satz 1 vor den Wörtern „und die anerkannten Beratungsstellen“ die Wörter „, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ einzufügen.
 - bb) In Doppelbuchstabe bb sind in Absatz 4 Satz 3 vor den Wörtern „und die anerkannte Beratungsstellen haben“ die Wörter „, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ einzufügen.
- c) In Buchstabe e sind in Absatz 5 Satz 2 nach den Wörtern „gelten für“ die Wörter „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und für“ einzufügen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung von § 37 Abs. 3 wird die Möglichkeit eröffnet, Beratungsbesuche bei Pflegegeldbeziehern künftig auch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als neutrale Stelle durchführen zu lassen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung

Zu Buchstabe c

Folgeänderung

9. Zu Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc (§ 37 Abs. 3 Satz 6 und 7 – neu – SGB XI) und Buchstabe f (§ 37 Abs. 7 Satz 2a – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nr. 18 ist wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe c Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu fassen:
 - ,cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Personen, ... [weiter wie Gesetzentwurf Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc]. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.“

- b) In Buchstabe f ist in § 37 Abs. 7 nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegefachliche Kompetenz erforderlich ist.“

Begründung

Die Landesverbände der Pflegekassen haben nach § 37 Abs. 3 neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen.

Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Insbesondere für diesen Personenkreis stehen pflegefachliche Beratungsfragen nicht im Vordergrund. Der wesentliche Beratungsgegenstand ist die Bewältigung der häuslichen und familiären Situation sowie die Unterstützung und Entlastung durch (niedrigschwellige) Hilfeangebote.

Daher wird es für angemessen gehalten, wenn für die Durchführung der Beratung dieses Personenkreises eine pflegefachliche Kompetenz durch sozialarbeiterische Kompetenz ersetzt werden kann. Dies könnte insbesondere auch eine neutrale und unabhängige Beratung durch Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft ermöglichen.

10. Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 39 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nr. 19 ist wie folgt zu fassen:

„19. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Kalenderjahr;“ folgender Halbsatz eingefügt:
 - „dauert die Pflege noch kein ganzes Jahr an, beschränkt sich der Anspruch auf längstens zwei Wochen;“.
- b) Die Sätze 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
 - [wie Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzentwurfs]

Begründung zu Buchstabe a

Um eine unangemessene Belastung der Pflegeversicherung zu vermeiden, wird die Anspruchsdauer im ersten Jahr der Pflege auf zwei Wochen beschränkt.

11. Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 39 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nr. 19 ist wie folgt zu fassen:

„19. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird wie die Angabe „zwölf“ durch die Angabe „sechs“ ersetzt.
- b) Die Sätze 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:

„wie Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzentwurfs>“

Begründung zu Buchstabe a

Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege wird die Wartezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt.

12. Zu Artikel 1 Nr. 22 (§ 42 Abs. 2 Satz 1a – neu – und 2 SGB XI)

Artikel 1 Nr. 22 ist wie folgt zu fassen:

„22. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Der Anspruch besteht in den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 auch dann, wenn abweichend von § 14 Abs. 1 Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für weniger als sechs Monate besteht.“
- b) In Satz 2 wird die Angabe ... [weiter wie Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzentwurfs]“.

Begründung

Die Änderung sieht für den Personenkreis mit Hilfebedarf in der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 eine Änderung vor, da eine Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, insbesondere nach einer akuten Verschlechterung oder einem Krankenhausaufenthalt, durch die bestehende Voraussetzung einer mindestens sechs Monate bestehenden Pflegebedürftigkeit erheblich erschwert ist. In der Praxis zeigt sich, dass die besondere Situation der pflegebedürftigen Person gerade für eine kurze Zeitspanne bestehen kann, wie die auf vier Wochen begrenzte Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegekasse nach § 42 Abs. 2 deutlich macht. Im besten Fall wird durch die Leistung der Kurzzeitpflege die erhebliche Pflegebedürftigkeit reduziert oder sogar beseitigt und eine dauerhafte stationäre Pflege verhindert. Mit der in § 33 Abs. 1 vorgesehenen Möglichkeit, die Zuordnung zu einer Pflegestufe und die Bewilligung von Leistungen zu befristen, können die Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung flexibel auf Veränderungen im tatsächlichen Hilfebedarf reagieren.

13. Zu Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 45b Abs. 1 Satz 2 – neu – und 3 – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.

Begründung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht keine Neufassung des vor allem somatisch ausgerichteten

Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. Die seit Einführung der Pflegeversicherung bestehende Diskriminierung der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, deren allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt werden kann, wird daher mit dem Gesetzentwurf nicht beseitigt. Die längst erforderliche vollwertige Einbeziehung dieses Personenkreises in die Leistungen der Pflegeversicherung wird weiterhin versäumt.

Durch die Festschreibung des zusätzlichen Betreuungsbetrages auf einheitlich 200 Euro pro Monat werden Einzelfallprüfungen zur tatsächlichen Höhe des zusätzlichen Betreuungsbedarfes durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Einzelfallentscheidungen der Pflegekassen zur Höhe des jeweiligen Anspruchs entbehrlich.

14. Zu Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 45b Abs. 1 Satz 5 Nr. 3, 4 und 5 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc ist § 45b Abs. 1 Satz 5 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 3 ist das Komma nach dem Wort „handelt“ durch das Wort „oder“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 4 sind das Komma nach dem Wort „sind“ durch einen Punkt zu ersetzen und das Wort „oder“ zu streichen.
- c) Nummer 5 ist zu streichen.

Begründung

Niedrigschwellige Angebote werden nach einem landesrechtlichen Verfahren anerkannt, wenn sie ihre ehrenamtlichen Kräfte vorbereitend schulen und durch eine Fachkraft fachlich begleiten. Diese Anforderungen sind wichtig, um ein Mindestmaß an Qualität zu gewährleisten und das Vertrauen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu gewinnen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei Vermittlung eines Angebotes durch einen Pflegestützpunkt auf die genannten Qualitätsanforderungen verzichtet wird. Diese Regelung ist zu streichen. Wenn auch ungeschulte und nicht fachlich begleitete ehrenamtliche Kräfte Betreuungsleistungen abrechnungsfähig erbringen können, besteht die Gefahr, dass die o. g. Qualitätsanforderungen der Länder ins Leere laufen.

15. Zu Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe b (§ 45b Abs. 2 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe b ist in § 45b Abs. 2 Satz 2 das Wort „Kalenderquartal“ durch das Wort „Kalenderjahr“ zu ersetzen.

Begründung

Wie bisher sollte die Möglichkeit bestehen, die Leistungen nach § 45b möglichst flexibel einzusetzen und so auf unterschiedliche Bedarfssituationen und gegebenenfalls im Jahresverlauf unterschiedliche familiäre Ressourcen reagieren zu können.

16. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe a und b
(§ 45c Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nr. 29 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe a ist in § 45c Abs. 1 Satz 1 die Zahl „15“ durch die Zahl „25“ zu ersetzen.
- b) In Buchstabe b ist in § 45c Abs. 2 Satz 2 die Zahl „30“ durch die Zahl „50“ zu ersetzen.

Begründung

Damit die erhöhten Leistungsansprüche der Betroffenen auch tatsächlich umgesetzt werden können, ist eine entsprechend ausgebaut Infrastruktur erforderlich.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Fördermittel ist nicht ausreichend, da die Nachfrage nach niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch

- die Erhöhung des Leistungsanspruchs der heute Leistungsberechtigten sowie
- die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises um Betroffene, die noch keine Pflegestufe haben (Pflegestufe 0),

in einem ungleich höheren Maß steigen wird.

Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf zusätzliche und damit konkurrierende Fördergegenstände vorsieht. Die Mittel können künftig auch für andere Gruppen Ehrenamtlicher, die Pflegebedürftige und Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf unterstützen, sowie für den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen eingesetzt werden.

Da die Mittel der Pflegeversicherung durch Kommunen bzw. Länder kofinanziert werden müssen, werden sie nicht in allen Kommunen bzw. Ländern sofort in voller Höhe abfließen.

17. Zu Artikel 1 Nr. 42 Buchstabe c (§ 75 Abs. 7 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 42 Buchstabe c sind in § 75 Abs. 7 Satz 1 nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ die Wörter „, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände“ einzufügen.

Begründung

Durch die Ergänzung wird die notwendige Beteiligung der Länder und Kommunen sichergestellt, wie auch bereits in § 75 Abs. 6, § 80 Abs. 1. Die Länder und Kommunen haben insbesondere wegen der öffentlichen Förderung von Investitionsmaßnahmen und der daran geknüpften Rechtsfolgen in § 82 Abs. 3 ein berechtigtes Interesse daran, bei der Vereinbarung von Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Pflegebuchführung eingebunden zu sein.

18. Zu Artikel 1 Nr. 43 Buchstabe b (§ 76 Abs. 6 Satz 3 SGB XI)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob anstelle des Ausschlusses

jeglichen Rechtsweges in § 76 Abs. 6 Satz 3 SGB-XI-E eine Regelung in Anlehnung an § 1059 ZPO aufgenommen werden sollte.

Begründung

Der Ausschluss jeglichen gerichtlichen Rechtsschutzes selbst für Fälle, in denen das Schiedsverfahren an elementaren Verfahrensmängeln leidet oder die Entscheidung der Schiedsperson die Grenzen der Regelungsmaterie überschreitet bzw. der öffentlichen Ordnung widerspricht, dürfte mit dem rechtsstaatlichen Justizgewährungsanspruch nicht vereinbar sein. Dass die Beauftragung einer Schiedsperson freiwillig geschieht und die Vertragsparteien auch eine Schiedsstelle anrufen könnten, gegen deren Entscheidungen der Rechtsweg gegeben wäre, dürfte lediglich eine Einschränkung des Umfangs der gerichtlichen Prüfung auf Evidenz- und Missbrauchskontrolle rechtfertigen.

19. Zu Artikel 1 Nr. 44a – neu – (§ 78 Abs. 2 Satz 5 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 44 folgende Nummer einzufügen:

„44a. In § 78 Abs. 2 Satz 5 werden nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände“ eingefügt.“

Begründung

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird (allein) durch die Spitzenverbände der Pflegekassen unter Anhörung der Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer sowie der Verbände der Pflegeberufe und behinderten Menschen festgestellt und fortgeschrieben.

Die Sozialhilfeträger wenden zwar das Hilfsmittelverzeichnis als Kostenträger an, können jedoch hierauf (im Vorfeld) keinen Einfluss nehmen.

Es ist daher sachgerecht, (der seit Jahren bestehenden Forderung nachzukommen und) die Spitzenverbände der Sozialhilfeträger in das Anhörungsverfahren zur Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelzeichnisses einzubinden.

20. Zu Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe a und b
(§ 82a Abs. 1 und 2 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 48 ist § 82a wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe a sind in Absatz 1 die Wörter „in der Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „für sonstige Pflegeberufe“ zu ersetzen.
- b) In Buchstabe b sind in Absatz 2 Satz 1 die Wörter „in der Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „für sonstige Pflegeberufe“ zu ersetzen.

Begründung

Da die Länder unterschiedliche Wege zur Regelung der bisherigen Altenpflegehilfe beschritten haben und hierfür auch abweichende Bezeichnungen verwenden, ist

eine allgemeinere gesetzliche Formulierung erforderlich.

21. **Zu Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe c – neu –**
(§ 82a Abs. 3 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist der Nummer 48 folgender Buchstabe anzufügen:

- ,c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „landesrechtliches Umlageverfahren“ die Wörter „oder durch ein freiwilliges Umlageverfahren eines oder mehrerer Vereinigungen von Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene“ eingefügt.‘

Begründung

Nach der derzeitigen Regelung des § 82a Abs. 3 SGB XI ist lediglich eine Umlage zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen, die aufgrund eines landesrechtlichen Umlageverfahrens gezahlt wird, in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig.

Nach den bisherigen Erfahrungen haben gesetzlich vorgegebene Umlageverfahren erhebliche Widerstände und eine erhebliche Zahl von Klageverfahren durch alle Instanzen zur Folge.

Um aber freiwillige verbandsinterne oder verbandsübergreifende Ausgleichsverfahren auf Landesebene ermöglichen zu können, ist eine Regelung geboten, die auch die Refinanzierung der auf Grundlage einer freiwilligen Vereinbarung erbrachten Umlagebeiträge zulässt. Da die Begrenzungen des § 82a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3 auch auf eine freiwillige Verbandsumlage Anwendung finden, sind keine zusätzlichen Kosten im Vergleich zu der derzeitigen Rechtslage zu befürchten.

22. **Zu Artikel 1 Nr. 50 Buchstabe a**
Doppelbuchstabe bb (§ 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 50 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist § 84 Abs. 2 Satz 7 wie folgt zu fassen:

„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung sind die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, zu berücksichtigen.“

Begründung

In Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG Az. B 3 P 19/00 R vom 14. Dezember 2000) sind die Vertragspartner zu verpflichten, einen externen Pflegesatzvergleich vorzunehmen, schon um Rechtsstreitigkeiten aus dem Wege zu gehen.

Eine „Kann-Regelung“ würde zu einer deutlichen Abschwächung dieser Rechtsprechung und damit zur Abkehr vom externen Vergleich führen, der dann nur noch auf gemeinsamen Wunsch aller Vertragsparteien durchzuführen wäre. Einrichtungen, die ihre mit anderen vergleichbaren Leistungen am Markt zu verhältnismäßig hohen Preisen anbieten, würden einem derartigen Vergleich nicht zustimmen und stattdessen die Orientierung an den einrichtungsindividuellen Geste-

hungskosten fordern. Damit würde eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip befördert.

Die Gleichartigkeit von Pflegeeinrichtungen ergibt sich im Wesentlichen aus den im neuen § 84 Abs. 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen.

Dagegen ist die „Größe“ einer Einrichtung kein Leistungs- und Qualitätsmerkmal und daher zu einem externen Pflegesatzvergleich nicht uneingeschränkt geeignet. Darüber hinaus ist die wesentliche Gleichartigkeit von Einrichtungen anhand der „Größe“ nicht eindeutig definierbar. Die Vertragsparteien müssten im Einzelfall sowieso aushandeln, welcher Größenunterschied einen Vergleich nicht mehr zulässt. Daher sollte es den Vertragsparteien überlassen bleiben, ob die „Größe“ im Einzelfall als Vergleichskriterium hinzugezogen wird. Im Streitfall entscheidet auf Antrag einer Partei die Schiedsstelle über die Angemessenheit und Sachgerechtigkeit. Auf die gesetzliche Vorgabe, die „Größe“ als Vergleichsmerkmal von Pflegeeinrichtungen heranzuziehen, ist daher zu verzichten.

23. **Zu Artikel 1 Nr. 54a – neu –** (§ 92 Abs. 1 bis 4 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 54 folgende Nummer einzufügen:

„54a. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) Die bisherigen Absätze 1 bis 3 werden durch folgenden Absatz ersetzt:

„(1) Zur Beratung der Umsetzung der Pflegeversicherung wird für jedes Land oder für Teile des Landes ein Landespflegeausschuss gebildet. Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen haben einvernehmliche Empfehlungen des Landespflegeausschusses, insbesondere bei dem Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen, angemessen zu berücksichtigen.“

- b) In Absatz 4 werden die Wörter „, die Berufung weiterer Mitglieder über die in Absatz 2 genannten Organisationen hinaus“ gestrichen.

- c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 2.‘

Begründung

Zu Buchstabe a

In § 92 Abs. 1 bis 3 SGB XI werden bis hin zur Geschäftsführung detailliert Aufgabe, Struktur und Verfahren der pflegepolitischen Koordinierung der Akteure auf Landesebene geregelt. Diese Regelungstiefe des Bundesrechts ist unangemessen. Daher wird eine Regelung vorgeschlagen, nach der ein deutlich größerer Spielraum der Länder besteht, durch Rechtsverordnung Koordinierungsstrukturen und -verfahren zu schaffen, die auf die konkrete Situation im Land zugeschnitten sind.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. In den Rechtsverordnungen der Länder wird die Bestellung sämtlicher Mitglieder des jeweiligen Landespflegeausschusses geregelt.

24. **Zu Artikel 1 Nr. 67 Buchstabe a** (§ 110 Abs. 2 Satz 4 und 4a – neu – und 4b – neu – SGB XI),

Artikel 2 (Eingangsformel zu § 110 Abs. 2 Satz 2 bis 4 und Satz 4a – neu –, 4b – neu – und 4c – neu – SGB XI)

- a) In Artikel 1 Nr. 67 Buchstabe a ist § 110 Abs. 2 wie folgt zu ändern:

aa) Satz 4 ist wie folgt zu ändern:

aaa) Die Wörter „; dabei gilt Satz 6“ sind zu streichen.

bbb) Nach den Wörtern „dass der zuständige Träger“ ist das Wort „höchstens“ einzufügen.

bb) Nach Satz 4 sind folgende Sätze einzufügen:

„Ein Differenzbetrag zwischen dem nach Satz 3 reduzierten Beitrag und dem vom zuständigen Träger nach Satz 4 zu tragenden Betrag ist weder von den Versicherten noch vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch zu tragen. Den Versicherungsunternehmen dadurch entstehende finanzielle Belastungen werden im Risikoausgleich nach § 111 des Elften Buches berücksichtigt.“

- b) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) In der Eingangsformel sind die Wörter „§ 110 Abs. 2 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 110 Abs. 2 Satz 2 bis 5“ zu ersetzen.

bb) In dem neu gefassten Satz 4 sind die Wörter „; dabei gilt Satz 6“ zu streichen und nach den Wörtern „zuständige Träger“ das Wort „höchstens“ einzufügen.

cc) Nach Satz 4 sind folgende Sätze einzufügen:

„Ein Differenzbetrag zwischen dem nach Satz 3 reduzierten Beitrag und dem vom zuständigen Träger nach Satz 4 zu tragenden Betrag ist weder von den Versicherten noch vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch zu tragen. Den Versicherungsunternehmen dadurch entstehende finanzielle Belastungen werden im Risikoausgleich nach § 111 des Elften Buches berücksichtigt. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3, 4, 4a und 4b entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“

Begründung

Zu den Buchstaben a und b allgemein

Der Verweis in dem neuen § 110 Abs. 2 SGB XI auf § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) führt zu Unsicherheiten bei der Anwendung des § 32 SGB XII (Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für Sozialhilfeempfänger). Aufgrund

der nicht eindeutigen Regelungen in § 12 Abs. 1c VAG ist nicht klar, in welcher Höhe der Träger der Sozialhilfe private Pflegepflichtversicherungsbeiträge übernehmen muss.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es ist nicht verständlich, warum die durch den Verweis auf § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG vorgesehene Deckelung des vom Sozialhilfeträger zu übernehmenden Betrags auf den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist, nicht auch für die Fälle gilt, in denen die Hilfebedürftigkeit erst durch die Zahlung der Versicherungsbeiträge entsteht. Es werden dadurch vergleichbare Sachverhalte ohne ersichtlichen Grund ungleich behandelt. Für eine erst durch die Versicherungsbeiträge hilfebedürftig gewordene Person müsste der Sozialhilfeträger unter Umständen deutlich höhere Kosten tragen, als für einen unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigen.

Durch die hier vorgeschlagene Änderung muss der Träger der Sozialhilfe auch für Personen, die erst durch die Zahlung des Versicherungsbeitrags hilfebedürftig werden, höchstens den Betrag übernehmen, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zwar wird in dem neuen § 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI über den ohnehin bestehenden Verweis auf § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG hinaus klargestellt, dass der Sozialhilfeträger für Personen, die unabhängig von der Beitragszahlung hilfebedürftig im Sinne des SGB XII sind, nur den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Zu wessen Lasten ein eventueller Differenzbetrag zwischen dem auf die Hälfte reduzierten privaten Pflegeversicherungsbeitrag und dem vom Sozialhilfeträger zu tragenden ALG II-Beitrag geht, wird jedoch nicht deutlich gemacht.

Obleich Rücktritts- und Kündigungsrechte für die Versicherungsunternehmen während des bestehenden Kontrahierungszwangs ausgeschlossen sind (§ 110 Abs. 4 SGB XI), ist im Interesse der Hilfebedürftigen eine Klärung dieser Frage erforderlich. Der o. g. Differenzbetrag darf nicht zu Lasten der Sozialhilfeempfänger oder des Sozialhilfeträgers gehen. Vielmehr ist er im Rahmen des Risikoausgleichs nach § 111 SGB XI zu berücksichtigen.

25. **Zu Artikel 1 Nr. 70** (§ 113 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 70 sind in § 113 Abs. 3 die Sätze 3 und 4 zu streichen.

Begründung

Die Regelung erscheint neben der Regelung des § 113b Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB-XI-E, die für jede „Entscheidung der Schiedsstelle“ gilt, überflüssig.

26. **Zu Artikel 1 Nr. 71** (§ 113b Abs. 2 Satz 10 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 71 ist dem § 113b Abs. 2 folgender Satz anzufügen:

„Regeln die Vertragsparteien das Nähere zur Einrichtung und Arbeitsweise der Schiedsstelle bis zum 31. August 2008 nicht, so legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest.“

Begründung

Nur so lässt sich sicherstellen, dass die Schiedsstelle Qualitätssicherung arbeitsfähig ist. Es besteht sonst die Gefahr, dass bereits über die in § 113b Abs. 2 SGB XI zahlenmäßig nicht konkret definierte Zusammensetzung dauerhaft gestritten wird.

27. **Zu Artikel 1 Nr. 72** (§ 114 Abs. 2 Satz 5 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 72 sind in § 114 Abs. 2 Satz 5 die Wörter „den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes“ durch die Wörter „den nach § 113a entwickelten Standards zur Hygiene und Infektionsprävention“ zu ersetzen.

Begründung

Es wird bezweifelt, dass die „Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ ohne weiteres auf Pflegeeinrichtungen übertragbar sind. Die Verhältnisse in Pflegeeinrichtungen weisen gravierende Unterschiede zu den Verhältnissen in Krankenhäusern auf, insbesondere auch im Hinblick auf die personelle Ausstattung.

Stattdessen ist sicherzustellen, dass Empfehlungen zu Hygiene und Infektionsprävention in Pflegeeinrichtungen als Expertenstandards im Sinne des § 113a des Gesetzentwurfs entwickelt und aktualisiert werden, und damit dem dort vorgesehenen qualitätsgesicherten Verfahren unterworfen werden.

28. **Zu Artikel 1 Nr. 72** (§ 114 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 72 sind in § 114 Abs. 3 Satz 2 die Wörter „der Pflegeeinrichtung oder den Einrichtungsträger veranlasst wurde“ durch die Wörter „einem unabhängigen Sachverständigen durchgeführt worden ist“ zu ersetzen.

Begründung

Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung für die Landesverbände der Pflegekassen vorgesehene Möglichkeit, die Prüfabstände der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu verkürzen oder die Prüftiefe zu verringern, wenn ihr Erkenntnisse über die Einhaltung der maßgeblichen Qualitätsanforderungen aufgrund von Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen vorliegen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger selbst veranlasst wurden, ist nicht akzeptabel.

Von den Einrichtungen oder Einrichtungsträgern selbst veranlasste Prüfungen und Zertifizierungen können entgegen der Gesetzesbegründung gerade nicht als ebenso verlässlich wie externe Prüfungen beurteilt werden, denn erfahrungsgemäß spiegeln tragereigene Zer-

tifizierungen nur unzureichend die tatsächliche Qualität in den Einrichtungen wider. Darüber hinaus sind tragereigene Zertifizierungen bislang nur in der Lage, Prozess- und Strukturqualität zu steuern, nicht dagegen die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung insbesondere zu prüfende Ergebnisqualität. In jedem Fall muss sichergestellt werden, dass korruptionsanfällige Qualitätsnachweise keine Anerkennung finden.

Daher wird die Möglichkeit eröffnet, die Ergebnisse von Prüfungen unabhängiger Sachverständiger, die mit den Einrichtungen und Einrichtungsträgern weder in rechtlicher noch in wirtschaftlicher Verbindung stehen, bei der Verringerung der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführten Qualitätskontrolle zu berücksichtigen. Solche unabhängige Sachverständige können beispielsweise der Medizinischer Dienst der Krankenversicherung selbst oder der TÜV sein. Auch auf diesem Weg finden die Qualitätssicherungsbemühungen der Einrichtungen und Einrichtungsträger ausreichend Anerkennung, ohne dass korruptivem Verhalten Tür und Tor geöffnet wird.

29. **Zu Artikel 1 Nr. 73** (§ 114a Abs. 1 Satz 1a – neu – und 1b – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 73 sind in § 114a Abs. 1 nach Satz 1 folgende Sätze einzufügen:

„Auf Antrag und Kosten der Pflegeeinrichtungen führen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen zeitnah Nachbegutachtungen durch. Deren Ergebnisse sind im Rahmen des § 115 Abs. 1a zu beachten.“

Begründung

Die Pflegeeinrichtungen, die eine nach ihrer Auffassung negative Beurteilung erhalten haben, müssen die Möglichkeit erhalten, die festgestellten Mängel zeitnah abzustellen und diese Mängelabstellung auch nach außen publiziert zu bekommen. Ein negatives Ranking, zum Beispiel im Internet im Rahmen der Veröffentlichungen nach § 115a SGB XI, kann existenzgefährdend oder -vernichtend wirken. Die mit der Ergänzung vorgesehene Option ist kostendeckend, da sie die Kostenlast auf die Pflegeeinrichtungen in vollem Umfang und nach vorheriger Kostenbegleichung verlagert.

30. **Zu Artikel 1 Nr. 73** (§ 114a Abs. 4 Satz 4 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 73 ist § 114a Abs. 4 Satz 4 zu streichen.

Begründung

Die Möglichkeit für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, sich an Überwachungen der Heimaufsicht zu beteiligen, ist nach den Ergebnissen der Föderalismusreform landesrechtlich zu regeln.

31. **Zu Artikel 1 Nr. 74 Buchstabe b** (§ 115 Abs. 1a Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 74 Buchstabe b sind in § 115 Abs. 1a nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

„Die Veröffentlichung der Erkenntnisse der Überwachungen der Heimaufsicht bedarf der Zustimmung der nach Landesrecht zuständigen Stelle. Die Kriterien der Veröffentlichung werden von dieser Stelle festgelegt.“

Begründung

Die Veröffentlichung von Informationen aus heimrechtlichen Überwachungen fällt nach den Ergebnissen der Föderalismusreform in die Gesetzgebungskompetenz der Länder.

32. Zu Artikel 3 (§ 3 Abs. 1 Satz 2 PflegeZG)

In Artikel 3 ist § 3 Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern, die, unabhängig von der Anzahl der Personen in Berufsbildung, in der Regel 15 oder weniger Personen beschäftigen.“

Begründung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht keine Regelung zur Berechnung der 15 Beschäftigten vor, bis zu deren Grenze kein Anspruch auf Pflegezeit besteht. Um mögliche Vorbehalte der Arbeitgeber gegen die Einstellung von zur Berufsbildung beschäftigten Personen wegen einer dann erfolgenden Überschreitung des Schwellenwertes von 15 Beschäftigten zu vermeiden, werden diese bei der Berechnung der Beschäftigten nach Satz 2 analog § 15 Abs. 7 Nr. 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes sowie § 8 Abs. 7 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes nicht berücksichtigt.

33. Zu Artikel 3 (§ 3 Abs. 4 Satz 2 PflegeZG)

In Artikel 3 ist in § 3 Abs. 4 Satz 2 das Wort „Belange“ durch das Wort „Gründe“ zu ersetzen.

Begründung

Die Änderung bezweckt einen sprachlichen Gleichklang mit bestehenden Regelungen in anderen Gesetzen (z. B. Kündigungsschutzgesetz, Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz), um ggf. entstehende Auslegungswidersprüche von vornherein zu vermeiden.

34. Zu Artikel 6 Nr. 5a – neu – (§ 28 Abs. 1 Satz 3 – neu – SGB V) und Nr. 8a – neu – (§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

Artikel 6 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 5 ist folgende Nummer einzufügen:

„5a. Dem § 28 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Zu den Hilfeleistungen nach Satz 2, die von entsprechend qualifizierten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Abwesenheit des Arztes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 erbracht werden, gehören insbesondere krankheits- und therapieüberwachende sowie vorbeugende und betreuende Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten.““

b) Nach Nummer 8 ist folgende Nummer einzufügen:

„8a. In § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Umfeldes“ die Wörter „, auch durch Hilfeleistungen (§ 15 Abs. 1 Satz 2, § 28 Abs. 1 Satz 3) von entsprechend qualifizierten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Hausarztes“ eingefügt.“

Begründung

Zur Klarstellung, dass Hilfeleistungen anderer nichtärztlicher Personen auch außerhalb der Arztpraxis in der Häuslichkeit des Patienten erbracht werden können, sind die Änderungen und Ergänzungen des SGB V erforderlich.

Derzeit droht besonders in einigen Regionen der neuen Länder – insbesondere im ländlichen Raum – Unterversorgung im hausärztlichen Bereich. Diese wird sich zukünftig vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung weiter verstärken und perspektivisch auch deutschlandweit eintreten.

Mit Hilfe des seit 2005 in den neuen Ländern modellhaft durchgeführten Einsatzes der „Gemeindeschwester“/„AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) wird ermittelt, ob entsprechend qualifizierte nichtärztliche Heilberufe die hausärztlich tätigen Vertragsärzte bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in ärztlich unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten oder Teilen von Gebieten, unterstützen können.

Die Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Heilberufe ist prinzipiell in den bestehenden berufs- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften geregelt und findet bereits in der Praxis statt. Somit stellt die in den Modellprojekten durchgeführte Delegation ärztlicher Leistungen zunächst nichts Neues und keinen Paradigmenwechsel im Sinne des aktuellen Gutachtens des Sachverständigenrates dar.

Dennoch besteht hierzu Regelungsbedarf. In der Konzeption der „Gemeindeschwester“/„AGnES“ ist neu:

- Die delegierten ärztlichen Leistungen werden überwiegend nicht in der Arztpraxis, sondern bei Hausbesuchen in der Häuslichkeit der Patienten durchgeführt. Somit wird der Arzt bei ihrer Durchführung nicht selbst orts- und zeitnah anleitend, mitwirkend, beaufsichtigend oder nachträglich kontrollierend tätig. Dies ist derzeit in § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht hinreichend rechtlich geregelt.
- Auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Heilberufe delegierbare ärztliche Leistungen sollen perspektivisch über das heute rechtlich mögliche Maß erweitert werden.

Für den angestrebten bedarfsgerechten und versorgungswirksamen Einsatz der „Gemeindeschwester“/„AGnES“ im Regelversorgungssystem der GKV und vor dem dargestellten Hintergrund kommt es entscheidend darauf an, dass

- die Möglichkeit der Durchführung ärztlich delegierter Leistungen durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Heilberufe außerhalb der Arztpraxis in der Häuslichkeit der Patienten rechtlich klargestellt wird;
- der Gesetzgeber die Überführung der Modellprojekte in die Regelversorgung nach dem Ende der „Anschubfinanzierung“ durch die Länder ermöglicht, dies umso mehr, als die hausärztliche Versorgungssicherung keinen weiteren Zeitverzug erlaubt.

35. **Zu Artikel 6 Nr. 8** (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V),
Nr. 4 (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
Artikel 15 (KrPflG) und
Artikel 16 (AltPflG)

In Artikel 6 ist Nummer 8 zu streichen.

Als Folge sind

Artikel 6 Nr. 4 sowie Artikel 15 und 16 zu streichen.

Begründung

Zu Artikel 6 Nr. 8

Die Ausweitung der Modellklausel auf die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege wird abgelehnt. Auch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal wird aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.

Wird der Schutzgedanke, der dem Prinzip innewohnt, dass ärztliche Behandlung nur von approbierten Ärzten erbracht wird und Hilfeleistungen anderer Personen, soweit erforderlich, nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden, durchbrochen bzw. abgeschwächt, gäbe es keinen Grund mehr, z. B. Heilpraktikern die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zu verwehren.

Diese schwierigen Abgrenzungs- und daraus resultierenden Haftungsfragen sollten zunächst auch mit den medizinischen Fachgesellschaften eingehend beraten und mit der Bundesärztekammer abgestimmt werden.

Insgesamt zeichnen sich die Regelungen durch eine Inkonsistenz zum bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. So dürfen nicht alle approbierten Ärzte, sondern nur die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen bzw. ermächtigten Ärzte Leistungen und Verordnungen zu Lasten der GKV erbringen. Nach dem Gesetzentwurf sollen dagegen alle Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe entsprechende Leistungen erbringen dürfen. Für diese ist auch keine Bedarfsplanung vorgesehen, wie sie für Vertragsärzte als Voraussetzung einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Versicherten im Gesetz verankert ist. Auch ist die Abgrenzung unklar; die Regelung widerspricht somit dem Grundsatz der Klarheit von Rechtsvorschriften. Gerichtliche Auseinandersetzungen sind damit vorprogrammiert.

Durch punktförmige systemwidrige Einzelregelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und durch pauschalierte Übergriffe auf die Ausübung der Heilkunde ohne Überlegungen zu entsprechenden Curricula oder eine Konkretisierung der Tätigkeiten, die übertragen werden sollen, lässt sich das Ziel einer Weiterentwicklung der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe nicht erreichen.

Zu Artikel 6 Nr. 4

Die Streichung von Artikel 6 Nr. 4 ist eine Folgeänderung der Streichung von Artikel 6 Nr. 8.

Zu den Artikeln 15 und 16

Die zur Änderung vorgesehenen Gesetze (KrPflG und AltPflG) sind Gesetze, die die Berufszulassung zu Heilberufen regeln (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Es besteht kein Erfordernis, Berufszulassungsgesetze im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit des Sozialrechts zu ändern.

Vor einer Gesetzesänderung bedarf das Berufszulassungsrecht der Gesundheitsfachberufe einer umfassenden Bestandsaufnahme und ggf. Neubewertung der Aufgaben jedes einzelnen dieser Berufe angesichts vielschichtiger Entwicklungen im Bereich der ärztlichen, pflegerischen und Heilmittelversorgung sowie der Finanzierbarkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies kann nicht durch punktuelle Vorhaben auf „Modellversuchsbasis“ zur Erlangung „erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ stattfinden, die zudem isoliert für das KrPflG und das AltPflG gelten sollen.

Die grundgesetzliche Verpflichtung des Staates zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit steht einem im Wege des Modellversuchs erfolgenden Erwerb der je nach Ausbildungsplan der einzelnen Ausbildungseinrichtung individuell zu definierenden eingeschränkten Heilkundausbildung entgegen. Eine derartige Regelung würde faktisch eine sehr starke Zersplitterung der einheitlichen Heilkundausbildung herbeiführen. Unbeschadet der fehlenden Abgrenzbarkeit einzelner Bereiche würde dies nicht ohne rechtliche und politische Auswirkungen auf die Ärzteschaft und das Heilpraktikerrecht bleiben. Zudem wäre eine gesetzliche Erteilung einer Berechtigung zur Ausübung von „im Rahmen der [...] in der Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen“ zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten systemwidrig und so unbestimmt, dass die Erteilung der Berechtigung in die Nähe der Beliebigkeit gerückt wird.

Zudem ist der Vorbehalt der Genehmigung der Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten durch ein Bundesministerium (Artikel 15 Nr. 3 Buchstabe c und Artikel 16 Nr. 3 Buchstabe c E-PfWG) nicht mit Artikel 30 und Artikel 83 ff. GG vereinbar, da in die Verwaltungszuständigkeit der Länder eingegriffen wird.

De facto bedeuten die vorgesehenen Änderungen zudem eine Akademisierung der grundständigen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Es bedarf jedoch zunächst einer sorgfältigen Prüfung, ob und inwieweit diese Verlagerung der Ausbildung auf die Hochschulen

zulässig und gewollt ist. Mit der Übernahme zusätzlicher Ausbildungsaufgaben durch Hochschulen sind Kosten verbunden, die aus den Landeshaushalten zu bestreiten wären. Die vorgesehene Qualifizierung für heilkundliche Tätigkeiten wird an den Hochschulen kapazitätsmäßige Auswirkungen haben, die vielfach zu Lasten der bereits jetzt zulassungsbeschränkten medizinischen Studiengänge gehen. Dies erscheint angesichts des steigenden Ärztebedarfs nicht hinnehmbar.

Insgesamt zeichnen sich die Regelungen auch durch eine Inkonsistenz zum bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung aus. So dürfen nicht alle approbierten Ärzte, sondern nur die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen bzw. ermächtigten Ärzte Leistungen und Verordnungen zu Lasten der GKV erbringen. Nach dem Gesetzentwurf sollen dagegen alle Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe entsprechende Leistungen erbringen dürfen. Für diese ist auch keine Bedarfsplanung vorgesehen, wie sie für Vertragsärzte als Voraussetzung einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Versicherten im Gesetz verankert ist. Durch punktförmige systemwidrige Einzelregelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und durch pauschalierte Übergriffe auf die Ausübung der Heilkunde ohne Überlegungen zu entsprechenden Curricula oder eine Konkretisierung der Tätigkeiten, die übertragen werden sollen, lässt sich das Ziel einer Weiterentwicklung der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe nicht erreichen.

36. Zu Artikel 6 Nr. 8b – neu – (§ 85 Abs. 2 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 6 ist nach Nummer 8a – neu – folgende Nummer einzufügen:

„8b. In § 85 Abs. 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „psychiatrischer Tätigkeit“ die Wörter „sowie für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, die von nichtärztlichen Personen in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes im Rahmen der Unterstützung der hausärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 und § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 erbracht werden,“ eingefügt.“

Begründung

Einer breiteren Einführung der arztunterstützenden Gemeindeschwester, insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten, stehen derzeit vergütungsrechtliche Probleme entgegen. Aufgrund der derzeitigen Rechtslage sind nämlich die ärztlich delegierten Leistungen in der Häuslichkeit der Patienten nur unzureichend abrechenbar. Die meisten in Frage kommenden Abrechnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) setzen voraus, dass der Arzt die Leistung persönlich erbringt. Dieser Umstand stellt ein erhebliches Hindernis für die breitere Einführung der Gemeindeschwester dar. Mit der vorgesehenen Änderung des § 85 Abs. 2 Satz 4 wird sichergestellt, dass die ärztlich delegierten Leistungen auch adäquat vergütet werden.

37. Zu Artikel 6 Nr. 11 (§ 120 Überschrift und Abs. 1 Satz 3 SGB V)

In Artikel 6 ist Nummer 11 wie folgt zu fassen:

„11. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Vergütung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern und ermächtigten Einrichtungen“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter ... [weiter wie Gesetzentwurf Artikel 6 Nr. 11].

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „weitergeleitet“ die Wörter „; dies gilt entsprechend für ermächtigte Einrichtungen“ eingefügt.“

Begründung

Nach Artikel 6 Nr. 10 (§ 119b SGB V) des Gesetzentwurfs wird stationären Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten, die in der Pflegeeinrichtung leben, eingeräumt. Die in ermächtigten Pflegeeinrichtungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen sollen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen vergütet werden. Nach § 120 Abs. 1 Satz 3 rechnen die Krankenhausträger die erbrachten Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab und leiten die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte weiter.

Für die von angestellten Ärztinnen und Ärzten in ermächtigten Einrichtungen erbrachten ambulanten Leistungen soll das gleiche Abrechnungsverfahren wie für die ermächtigten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte Anwendung finden. Allerdings enthält § 120 Abs. 1 insoweit ausdrückliche Regelungen nur für die ermächtigten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte gemäß Satz 3. Zur Klarstellung, dass diese Regelung sowohl für erbrachte ambulante Leistungen in Krankenhäusern als auch in ermächtigten Einrichtungen gelten soll, wird Absatz 1 Satz 3 entsprechend ergänzt.

Die Überschrift zu § 120 ist dem geänderten Regelungsgehalt anzupassen.

38. Zu Artikel 6 Nr. 12 (§ 132e Satz 1 SGB V)

Artikel 6 Nr. 12 ist zu streichen.

Begründung

Die beabsichtigte Änderung würde bewirken, dass Vertragspartner für Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen auch Einrichtungen sein können, die nicht ärztlich geleitet sind. Streng genommen könnte damit z. B. auch der TÜV, wenn er über geeignetes ärztliches Personal verfügt, als Vertragspartner in Betracht kommen. Dies kann nicht die Intention des Gesetzgebers sein.

39. **Zu Artikel 6 Nr. 12a – neu –** (§ 136 Abs. 4 – neu – SGB V)

In Artikel 6 ist nach Nummer 12 folgende Nummer einzufügen:

„12a. Dem § 136 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen der §§ 87a ff. gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von den nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.““

Begründung

Mit dieser Vorschrift wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht, für ihren Bezirk Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsoffensiven fortzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Hierfür wird ihnen die Kompetenz eingeräumt, regionale Vergütungsvereinbarungen zu schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können. Eine effektive Qualitätssteuerung bedarf solcher ökonomischer Anreize. Die Kostenneutralität der Förderung der Programme ist durch die obligatorische Ausgleichsregelung in Satz 2 sichergestellt. Die Vorschrift ist erforderlich, weil durch die Neukonstruktion der Vergütungsregelungen (§§ 87a bis 87c SGB V) ab 1. Januar 2009 die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen ansonsten keine Möglichkeit mehr hätten, auf regionaler Ebene vergütungsbezogene Qualitätssicherungskonzepte zu vereinbaren.

Anlässlich der Beratungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) hatte der Bundesrat eine gleichlautende Empfehlung angenommen (vgl. Bundesratsdrucksache 755/06 (Beschluss), Nummer 51). Die Bundesregierung hatte in ihrer Gegenäußerung die Prüfung der Stellungnahme zugesagt. Das Anliegen wurde in den weiteren Beratungen des Bundestages nicht mehr aufgegriffen.

40. **Zu Artikel 10 Nr. 2 Buchstabe b** (Artikel 45 Nr. 6 GKV-WSG [§ 13 Abs. 5 Satz 1 KalkulationsV])

In Artikel 10 Nr. 2 Buchstabe b sind in § 13 Abs. 5 Satz 1 die Wörter „des anderen Unternehmens“ zu streichen.

Begründung

Durch die Streichung werden Unklarheiten hinsichtlich der Bedeutung des Begriffs anderes Unternehmen (Herkunfts- oder Zielunternehmen) beseitigt.

41. **Zu Artikel 10 Nr. 2 Buchstabe c** (Artikel 45 Nr. 7 GKV-WSG [§ 13a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 und Abs. 3 KalkulationsV])

In Artikel 10 Nr. 2 Buchstabe c ist § 13a wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 2 Satz 2 sind die Nummern 1 und 2 wie folgt zu fassen:

„1. Die fiktive Altersrückstellung ergibt sich als Barwert der Differenz der Basistarif-Neuzugangsbeiträge zum anrechenbaren und zum im Wechselzeitpunkt erreichten Alter.

2. Das anrechenbare Alter ergibt sich aus dem Vergleich des zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] gezahlten Tarifbeitrags in den gekündigten Tarifen mit den dann gültigen Neugeschäftsbeiträgen.“

b) In Absatz 3 sind nach dem Wort „die“ die Wörter „einheitlich kalkulierte tarifliche“ einzufügen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehene Rückrechnung ist wegen vielfach gebrochener Histories der Versicherten nicht praktikabel. So wechseln Versicherte von Beihilfe- zu Nichtbeihilfetarifen, innerhalb von Beihilfetarifen zwischen verschiedenen Erstattungsstufen, zwischen verschiedenen Selbstbehaltstufen und zwischen voller Versicherung und Anwartschaft/Ruhen. Mit dem anrechenbaren Alter wird die Vorversicherungszeit mit dem gesamten Versicherungsverlauf abgebildet. Die vorgesehene Regelung beinhaltet eine praktikable Rückrechnung.

Zu Buchstabe b

Die Klarstellung ist wegen der besonderen einheitlichen Pflegekalkulation nötig.

42. **Zu den Artikeln 15 und 16** (KrPflG und AltPflG)

Der Bundesrat sieht die Notwendigkeit, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Berufsgesetze der therapeutischen Fachberufe (insbesondere der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, der Hebammen, der Logopädinnen und Logopäden und der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) um eine Erprobungsklausel zu erweitern, wie sie das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz bereits jetzt enthalten. Dort ist normiert, dass die Länder zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufs dienen, von der vorgeschriebenen Schulform sowie von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen können, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit den einschlägigen EG-Richtlinien gewährleistet ist.

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechende Änderungen des Gesetzes über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten, des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers, des Gesetzes über den Beruf des Logopäden und des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie aufzunehmen.

43. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung

- a) Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) enthält zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen eine Reihe von zu begrüßenden Verbesserungen, wie beispielsweise die Stärkung des Prinzips „ambulant vor stationär“ durch integrierte wohnortnahe Versorgung, die Beendigung der Realwertminderung durch die Anhebung der Leistungen in drei Stufen bis zum Jahr 2012 und der danach folgenden regelmäßigen Dynamisierung der Leistungsbeträge in dreijährigen Abständen sowie die Verbesserung im Hinblick auf die Diskriminierung Demenzkranker durch den tradiert verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die Bundesregierung geht dabei davon aus, dass die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für die Finanzierung der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz enthaltenen Reformmaßnahmen lediglich bis Ende 2014/Anfang 2015 ausreichen wird.
- b) Um die Leistungsfähigkeit und die finanzielle Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung auch für die Zukunft zu sichern, muss sie weiterentwickelt werden. Angesichts der demografischen Entwicklung schmilzt kontinuierlich das finanzielle Fundament. Auf Dauer wird der steigende Finanzbedarf nicht nur aus der Umverteilung gedeckt werden können, ohne die jüngere Generation damit zu überfordern. Um die Pflegeversicherung demografiefest zu machen, wird eine umfassende Finanzreform mit dem Aufbau eines Kapitalstocks erforderlich. Nicht zuletzt deshalb, weil der Aufbau einer kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung demografieresistenter als das bisherige allein an die Arbeitskosten gekoppelte umlagefinanzierte System ist und mit dem Aufbau eines Kapitalstocks die Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegefallrisikos jedes Einzelnen ausgeweitet wird.
- c) Der Bundesrat hält es mit Blick auf das weitere Gesetzgebungsverfahren für dringend erforderlich,
 - aa) nachdem bereits die Bundesregierung selbst davon ausgeht, dass die Anhebung des Beitrags-

satzes um 0,25 Beitragssatzpunkte für die Finanzierung der Reformmaßnahmen nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nicht lange ausreichen wird und die weitergehenden finanziellen Auswirkungen, insbesondere auf die Pflege- und Krankenkassen, auf die private Pflege-Pflichtversicherung, auf die Sozialhilfeträger und auf die öffentlichen Haushalte, nicht nachvollziehbar sind, eine nachvollziehbare und transparente Finanzierung für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nachzureichen;

- bb) nachdem eine notwendige grundlegende Finanzreform mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ausgeblieben ist und somit wertvolle Jahre zum Aufbau einer Demografiereserve verloren sind, jetzt die Weichen für einen generationengerechten Umbau der Pflegeversicherung sowie für eine umfassende Finanzreform der Pflegeversicherung mit dem Aufbau eines Kapitalstocks zur Schließung der Demografielücke zu stellen. Dabei sind unterschiedliche Optionen bis hin zu einem vollständigen Wechsel von der umlagefinanzierten in die kapitalgedeckte Finanzierung zu prüfen.

44. Zur zentralistischen Ausrichtung des Gesetzentwurfs

- a) Der Bundesrat bemängelt die deutlich zu zentralistische Ausrichtung des Gesetzentwurfs, die der Zielsetzung der Föderalismusreform widerspricht, die Exekutivrechte der Länder zu stärken. Kritisch zu sehen sind insofern etwa die detaillierten Regelungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die umfassende Kompetenzübertragung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Möglichkeiten der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- b) Der Bundesrat sieht mit großer Sorge, dass sich mit dem Gesetzentwurf die allgemeine Tendenz in der Gesetzgebung des Bundes fortsetzt, den föderalen Aufbau der Bundesrepublik Deutschland durch zentralistische Strukturen der Sozialversicherung deutlich zu schwächen.
- c) Der Bundesrat fordert daher im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens, aber auch mit Blick auf künftige Gesetzesvorhaben, der Tendenz zum Zentralismus Einhalt zu gebieten und dem Föderalismus sowie den berechtigten Interessen der Länder umfassend Rechnung zu tragen.

