

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

Hinweise:

Folgende Punkte sind innerhalb der Koalition noch nicht endgültig abgestimmt:

1. Lohnersatzleistungen im Falle der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 des Entwurfes für ein Pflegezeitgesetz (Artikel 2) und
2. die Übertragung der Regelungen zur Bezahlbarkeit der Beiträge von Versicherten im Standard- bzw. im Basistarif in der privaten Krankenversicherung auf die private Pflege-Pflichtversicherung dieser Versicherten sowie der Regelungen zur Herstellung der Portabilität der Alterungsrückstellungen auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei einem Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“.

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 Pflegebegleitung (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 Pflegebegleitung
- 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 Milliarden Euro. Da der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 angehoben wird, betragen die Mehreinnahmen im Jahr 2008 rund 1,3 Milliarden Euro. Die schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge, die Zusatzleistung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die Ausweitung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege, die Einführung der Pflegebegleitung, 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 0,53 Milliarden Euro. 2009 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von 1,14 Milliarden Euro. In den Jahren 2010 bis 2012 steigen die jährlichen Mehrausgaben auf bis zu 2,32 Milliarden Euro. Ab 2015 führt die Dynamisierung der dann geltenden Leistungsbeträge zu weiteren Mehrausgaben. Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Pro-

zentpunkte 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 0,04 Milliarden Euro und im Jahr 2009 von rund 0,07 Milliarden Euro.

Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz im zweiten Halbjahr 2008 Beitragsausfälle von rund 0,01 Milliarden Euro und im Jahr 2009 von rund 0,03 Milliarden Euro.

Für die Arbeitslosenversicherung ergeben sich aus der Wiederbesetzung von im Rahmen der Pflegezeit frei werdenden Stellen mit Arbeitslosen Minderausgaben von jährlich mehr als 0,2 Milliarden Euro. Zusätzlich zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Weiterversicherung in Höhe von rund 0,01 Milliarden Euro jährlich.

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 Milliarden Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Milliarden 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 Milliarden Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Milliarden Euro.

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 Größenordnung dürfte schon nach wenigen Jahren mehr als hundert Millionen Euro betragen und mit jedem Dynamisierungsschritt weiter zunehmen.

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

gen 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 Milliarden Euro im Jahr 2008 und 0,9 Milliarden 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 Millionen 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 acht neue Informationspflichten für die Wirtschaft. Insgesamt ist eine Nettoentlastung für die Wirtschaft von rund 80 Millionen 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 sechzehn neue Informationspflichten eingeführt.

c) Bürokratieaufwand der Bürgerinnen und Bürger:

Es werden eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger geändert und sechs Informationspflichten neu eingeführt.

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

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 „§ 7 Aufklärung, Beratung“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 7a Pflegebegleitung“
 - b) Die Angabe „§ 10 Aufgaben des Bundes“ wird durch die Angabe „§ 10 Pflegebereich der Bundesregierung“ ersetzt.
 - c) Die Angabe „§ 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen“ wird durch die Angabe „§ 40 Pflegehilfsmittel und individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.
 - d) Nach der Angabe „§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“
 - e) Die Angabe „Fünfter Abschnitt Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ wird durch die Angabe „Fünfter Abschnitt Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ ersetzt.

- f) Nach der Angabe „§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe“

- g) Die Angabe „§ 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung“ wird durch die Angabe „§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung“ ersetzt.
- h) Die Angabe „§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen“ wird durch die Angabe „§ 77 Ambulante Versorgung durch Einzelpersonen“ ersetzt.
- i) Die Angabe „§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ wird durch die Angabe „§ 80 (aufgehoben)“ ersetzt.
- j) Die Angabe „§ 80a Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen“ wird durch die Angabe „§ 80a (aufgehoben)“ ersetzt.
- k) Nach der Angabe „§ 82a Ausbildungsvergütung“ wird folgende Angabe eingefügt:
- „§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung“
- l) Nach der Angabe „§ 92b Integrierte Versorgung“ werden folgende Angaben eingefügt:
- „§ 92c Pflegestützpunkte
§ 92d Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen der wohnortnahen Versorgung“
- m) Die Angabe „§ 112 Grundsätze“ wird durch die Angabe „§ 112 Qualitätsverantwortung“ ersetzt.
- n) Die Angabe „§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise“ wird durch die Angabe „§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ ersetzt.

- o) Nach der Angabe „§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ werden folgende Angaben eingefügt:

„§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

§ 113b Schiedsstelle Qualitätssicherung“

- p) Die Angabe „§ 114 Örtliche Prüfung“ wird durch die Angabe „§ 114 Qualitätsprüfungen“ ersetzt.

- q) Nach der Angabe „§ 114 Qualitätsprüfungen“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen“

- r) Die Angabe „§ 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen“ wird durch die Angabe „§ 118 (aufgehoben)“ ersetzt.

2. Dem § 2 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege sollen nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.“

3. § 7 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegebegleitung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und die Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegebegleitung unentgeltlich sind.“

- b) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband 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 um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen die Pflegekasse beteiligt ist, zu ergänzen.“

c) Nach dem bisherigen Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“

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

„§ 7a Pflegebegleitung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegebegleiter oder eine Pflegebegleiterin bei 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 (Pflegebegleitung). Hierzu hat der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und dessen Umsetzung zu fördern. Der Versorgungsplan soll insbesondere die für die Versorgung im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote beinhalten. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit vorhandenen Koordinierungsstellen, insbesondere den Gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Die Pflegebegleitung ist im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln. Zur Erfüllung von Teilaufgaben der Pflegebegleitung können sich die Pflegekassen dritter Stellen bedienen. Ein Anspruch auf Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung gewährt werden.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegebegleitung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der ein Anspruchsberechtigter lebt. Der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin ist dem Hilfesuchenden dauerhaft persönlich zuzuordnen.

(3) Die Anzahl von Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien. Darin kann eine Frist für die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen bis längstens zum 30. Juni 2011 vorgesehen werden. Kommen die Richtlinien bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden ihre Inhalte durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 und die gesetzlichen Krankenkassen sollen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung durch Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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.

(6) Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen sowie mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 betraute Dritte dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegebeglei-

tung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift oder dem Elften Buch erforderlich ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegebegleitung 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 wird 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

Bis zum Ende des Jahres 2011, danach in Abständen von vier Jahren, berichtet die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes in Fortführung der bisherigen Berichtspflicht 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 Pflegebegleitung 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) Nach Satz 2 wird folgender Satz 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, Art, Umfang und voraussichtliche

Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln sowie das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu prüfen.“

bb) In Satz 3 Halbsatz 2 werden die Wörter „ambulanten“ und „mit Ausnahme von Kuren“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„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 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 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

Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich das Gutachten auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. In dem Gutachten 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.“

- 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 ab dem 1. Januar 2009 der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Satz 4 wird 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) Nummer 11 und Nummer 12 werden wie folgt gefasst:

- „11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),
- 12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),“

bb) Nach Nummer 12 werden folgende Nummern 13 und 14 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 Pflegebegleitung (§ 7a).“

13. § 30 wird wie folgt gefasst:

„Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als Orientierungswert für die Dynamisierungsnotwendigkeit dient die kumulierte Inflationsentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Brutto Lohnentwicklung 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.“

14. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medi-

zinischen 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 Zustimmung den behandelnden Arzt und leitet mit Zustimmung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte zugestimmt 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 bis zum Ende der Befristung 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.“

b) Absatz 2 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:

„Ferner können mehrere Pflegebedürftige 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

- a) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

- a) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

- a) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 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 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Vomhundertsatzes. Er hat im Rahmen seiner Zuständigkeit geeignete Maßnahmen zur Einhaltung des Vomhundertsatzes zu ergreifen, wenn absehbar ist, dass die Begrenzung nicht eingehalten wird, oder wenn die Begrenzung bereits überschritten worden ist.“

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 einmal

eine 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 Bera-

tungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte 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) Nach Satz 5 wird folgender Satz 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 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „und die anerkannte Beratungsstelle“ eingefügt.

e) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.“

f) Nach Absatz 6 werden folgende Absätze 7 und 8 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 pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin (§ 7a) können 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 „individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „zu leisten“ die Wörter „und nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Ist ein Pflegehilfsmittel, das nicht bereits wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu erbringen ist, nicht ausschließlich in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung einsetzbar, sondern ist es teilweise auch anderen Zwecken zu dienen bestimmt und kann es vom Pflegebedürftigen entsprechend genutzt werden, besteht nur ein anteiliger

Anspruch. Die Höhe des anteiligen Zuschusses bemisst sich danach, inwieweit das Pflegehilfsmittel der Hilfe für die Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 oder anderen Zwecken dient.“

- c) In Absatz 2 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Die Leistung kann auch in Form von Kostenerstattung erbracht werden.“

- d) 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 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 bisherigen Satz 6 wird das Wort „Hilfsmittels“ durch das Wort „Pflegehilfsmittels“ ersetzt.

- e) In Absatz 4 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Diese Maßnahmen werden nicht bezuschusst, soweit sie auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen sinnvollerweise durchgeführt werden können; allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens werden ebenfalls nicht bezuschusst, soweit sie auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen sinnvollerweise eingesetzt werden können. Nicht zuschussfähig sind wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die überwiegend zur Herstellung, Erhaltung oder Verbesserung der gewerblichen oder sonstigen geschäftsmäßigen Vermietung oder Vermietbarkeit einer Wohnung dienen.“

21. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird 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

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

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

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

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

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

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

c) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 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 außergewöhnlich 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 5 vom

Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Vomhundertsatzes. Er hat im Rahmen seiner Zuständigkeit geeignete Maßnahmen zur Einhaltung des Vomhundertsatzes zu ergreifen, wenn absehbar ist, dass die Begrenzung nicht eingehalten wird, oder wenn die Begrenzung bereits überschritten worden ist.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 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. Nach § 44 wird folgender § 44a eingefügt:

„§ 44a

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen können Beschäftigte nach Maßgabe des Pflegezeitgesetzes eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten beanspruchen. 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, 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) sowie 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) Pflegende Angehörige im Sinne des § 7 Abs. 3 des Pflegezeitgesetzes sind während der Pflegezeit nach Maßgabe des Dritten Buches in der Arbeitslosenversicherung versichert.

(3) Für Freistellungen von der Arbeitsleistung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes haben Beschäftigte, die für diese Zeiträume keine Lohnfortzahlung von ihrem Arbeitgeber beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Pflegebedürftigen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes gewährt. Es beläuft sich auf 70 vom Hundert des regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt oder bei einer Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 unterliegen würde. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Pflegeunterstützungsgeld darf 90 vom Hundert des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. § 47 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

25. Die Überschrift „Fünfter Abschnitt Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ wird durch die Überschrift „Fünfter Abschnitt Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ ersetzt.
26. § 45a Abs. 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, mit 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.“

27. § 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 und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. 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 Pflegebedürftigen 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) Absatz 2 Satz 2 und 3 werden 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 gestrichen.

28. § 45c wird wie folgt geändert:

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

29. 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

1. zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben,

verwendet werden.

(2) Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen 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.

(3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.“

30. 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 Pflegebegleitung nach § 7a Abs. 4 Satz 4 zu vermindern.“

31. § 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.

32. § 52 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

33. § 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.“

34. 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.“

35. § 61 Abs. 3 wird aufgehoben.

36. In § 67 Abs. 1 wird die Angabe „15.“ durch die Angabe „10.“ ersetzt.

37. In § 69 Satz 2 werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ gestrichen.

38. § 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) Nach Satz 5 wird folgender Satz 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.“

39. § 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 wird 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 Halbsatz 1 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.“

40. § 74 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„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) Nach dem bisherigen Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit dem

zuständigen Träger 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 „heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

41. § 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 und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden An-

sprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.“

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 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.“

42. § 76 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird 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) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 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.“

43. § 77 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Häusliche Pflege“ durch die Wörter „Ambulante Versorgung“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Halbsatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Sicherstellung der ambulanten Pflege, Versorgung und Betreuung 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);“

bb) 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 Hilfeleistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“

cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Pflegekassen sollen Verträge nach Satz 1 in der Regel nur insoweit schließen, als dies zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Betreuung unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots und der Wünsche der Pflegebedürftigen erforderlich ist.“

44. In § 78 Abs. 2 Satz 1 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

45. § 79 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt.“

b) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 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. 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, der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen, 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.“

49. § 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 kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt.“

bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz 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) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 5 und 6 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, und
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 Pflegehilfsmitteln und der von der Einrichtung vorzuhaltenden Hilfsmittel.

(6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen und sächlichen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen 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.“

50. § 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) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 angefügt:

„3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und Nummer 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 Halbsatz 1 werden nach dem Wort „darin“ die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ eingefügt.

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

52. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt auch dann, wenn heimrechtliche Vorschriften abweichende Regelungen vorsehen.“

bb) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 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 Satz 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 5 von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung 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) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 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 dynamisiert.“

53. § 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 Nummer 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 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.“

54. § 92a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Nummern 1 und 2 gestrichen, die 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 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.

55. 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

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. § 7a Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Pflegekassen auch die Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wahrnehmen. Die Pflegekassen haben darauf hin zu wirken, dass insbesondere die

- a) nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe,
- b) im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
- c) im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

sich an diesen Verträgen beteiligen. Die Vertragsparteien sollen Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbinden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben können sich die Träger der Pflegestützpunkte dritter Stellen bedienen. Im Hinblick auf die Bereitstellung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften sollen die Pflegestützpunkte eng mit den zuständigen Stellen für Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung 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. Vorhandene Strukturen sind unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Land so weit wie möglich zu nutzen. Der Pflegestützpunkt kann bei einer zugelassenen 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) Die im Pflegestützpunkt tätigen Personen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegestützpunkte nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift erforderlich ist.“

56. Nach § 92c wird folgender § 92d eingefügt:

„§ 92d

Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen der
wohnnahen Versorgung

(1) Bis zum 30. Juni 2013 können die Kosten- und Leistungsträger eines nach § 92c Abs. 3 geförderten Pflegestützpunktes zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, zur Erarbeitung von Verfahren zur geldwerten Bemessung von budgetfähigen Leistungen und zur Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgungsstrukturen persönliche Budgets auf der Grundlage örtlicher und wohnquartiersbezogener Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich erproben. An der Entwicklung der Modellvorhaben sind die zur Leistungserbringung bestimmten zugelassenen Leistungserbringer zu beteiligen. An der Finanzierung der persönlichen Budgets sind die Kostenträger nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs der zu ihren Lasten zu versorgenden Pflege- und Betreuungsbedürftigen entsprechend dem von dem jeweiligen Kostenträger zu tragenden Aufwendungsanteil beteiligt. Das persönliche Budget wird trägerübergreifend als Komplex- und Geldleistung erbracht, die mit dem zugelassenen Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann. Bei der Ermittlung der Höhe des persönlichen Budgets erfolgt ein Wirtschaftlichkeitsabschlag von regelmäßig zehn vom Hundert auf die Höhe der individuell erforderlichen Leistungsaufwendungen; der von den Pflegekassen zu tragende Budgetanteil darf 90 vom Hundert des dem Budgetempfänger zustehenden Sachleistungshöchstbetrags nicht überschreiten. Die Modellprojekte bedürfen der Genehmigung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Dieser darf bis zu 16 Modellprojekte genehmigen, wobei nach Möglichkeit jeweils ein Modellprojekt je Land durchgeführt werden soll.

(2) Die Modellvorhaben erfolgen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung; bereits vorliegende Erkenntnisse aus vergleichbaren Modellen sind zu berücksichtigen. Zusatzkosten der Modellvorhaben, die über die Leistungsaufwendungen hinausgehen, wie beispielsweise die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung, können nach § 8 Abs. 3 und nach § 45c gefördert oder durch den Wirtschaftlichkeitsabschlag nach Absatz 1 finanziert werden. Die Ergebnisse eines Modellvorhabens und ihrer wissenschaftlichen Auswertung sind zusammen mit einer Beurteilung des Modellvorhabens durch die an der Finanzierung beteiligten Kosten- und Leistungsträger innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Modellvorhabens vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf dessen Internetseite zu veröffentlichen; personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“

57. § 94 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) 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.

b) In Nummer 6a werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ gestrichen.

c) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegebegleitung (§ 7a) sowie den Betrieb der Pflegestützpunkte (§ 92c),“

d) Nach Nummer 10 werden ein Komma sowie folgende Nummer 11 angefügt:

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

58. § 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 sowie folgende Nummer 4 angefügt:

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

59. 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.

60. § 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.“

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

62. § 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, 114 a, 115 und 117“ ersetzt.

63. § 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 Notwendig-

keit einer Verbesserung den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu übermitteln.“

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

64. 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.

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

66. § 110 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Absatz 1 gilt auch für Verträge mit privat krankenversicherten Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches oder im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. In den Fällen des Satzes 2 darf der Beitrag, wenn für den Versicherten § 12 Abs. 1c Satz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anwendung findet, 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die in Absatz 1 Buchstabe g vorgesehene Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner gilt für diese Versicherten nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt entsprechend.“

- b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Krankenhausleistungen werden“ die Wörter „oder die ab dem 1. Januar 2009 der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ eingefügt.

- c) Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

- d) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 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.“

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

68. § 112 wird wie folgt geändert:

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

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

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„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.

69. § 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 Spitzenverbandes 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 einrichtungsinternen 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,
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, sowie
4. an die Veröffentlichung der Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und von in anderen Prüfverfahren gewonnenen Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar darstellen sollen; personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(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.“

70. 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 anerkannten 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 sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sind zu beteiligen. 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 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 pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen an die Entwicklung von Ex-

pertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und 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 zu genehmigen. Kommt eine Einigung über eine Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit 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 10 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 überwiesen werden.

§ 113b

Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. Dezember 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben. Gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. 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. § 76 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Es kann die Rechtsaufsicht ganz oder teilweise, auf Dauer oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

71. § 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 Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Nach dem Zweck der Prüfung werden Regelprüfung, Stichprobenprüfung, Anlassprüfung, Vergleichsprüfung und Wiederholungsprüfung unterschieden. 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 Prüfumfang 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 Prüfumfang 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. 1 Satz 6 veröffentlicht werden. Der Zeitpunkt der nächsten Regelprüfung bemisst sich in diesen Fällen entsprechend später.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass jährlich in mindestens 10 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 Prüf-anlass 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 zu-

vor 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.“

72. 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 in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. Die Prüfungen können unangemeldet oder 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 Zeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung 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 unangemeldeten 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 Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Zustimmung nach Satz 3 und 5 nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden.

(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen hinsichtlich 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 Zustimmung 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 Absatz 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach Absatz 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach Absatz 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten 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 10 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 Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von vier 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. 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 eine qualifizierte Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, der Verbände der privaten ambulanten Dienste, der Bundesverbände der Pflegeberufe, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sicherzustellen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

73. § 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) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt :

„Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Kriterien der Veröffentlichung werden von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 festgelegt. Die Informations- und Veröffentlichungspflicht besteht in gleichem Umfang für Prüfergebnisse, die gemäß § 114 Abs. 3 anstelle von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt worden sind. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“

cc) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen sind die Prüfer und die Empfänger der Daten gegenüber Dritten zur Verschwiegenheit verpflichtet.“

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

74. § 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 und die Ziffer „2.“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 Halbsatz 2 werden die Wörter „der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und“ gestrichen.

75. § 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 Heimgesetz“ durch die Wörter „heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

76. § 118 wird aufgehoben.

77. § 120 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen.“

Artikel 2
Gesetz zur Förderung der häuslichen Pflege naher Angehöriger
(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 fern zu bleiben, 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 Notwendigkeit 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 Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten gegen die Pflegekasse auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

§ 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 zehn oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversi-

cherung nachzuweisen. Satz 1 gilt für Beschäftigte, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, entsprechend.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber 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, hat die oder der Beschäftigte 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 können Beschäftigte für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen für längstens sechs Monate in Anspruch nehmen. Die 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 ausnahmsweise von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle 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, so 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) Als nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes gelten

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

Abdingbarkeit

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

Artikel 3

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, wenn sie

unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis 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 Absatz 2b“ sowie nach dem Wort „Erziehung“ die Wörter „oder Pflege“ eingefügt.

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:

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

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 Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 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 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

3. Nach § 130 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 wird 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. In § 345 Nr. 7 werden nach dem Wort „Mutterschaftsgeldes“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:

„8. die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße. Dabei ist die Bezugsgröße für das Beitragsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitragsgebiet liegt. Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches sind die Beiträge spätestens im März des Jahres fällig, das dem Jahr folgt, für das sie zu entrichten sind.“

5. In § 347 Nr. 9 werden nach dem Wort „Bund“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 10 angefügt:

„10. für Personen, die als Pflegende 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. Dem § 349 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Beiträge für Personen, die als Pflegende 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.“

Artikel 4

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), zuletzt geändert durch(BGBl. I S. ...), wird folgender Satz angefügt:

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

Artikel 5

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

„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 Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen 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 Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

4. In § 15 Abs. 1 Satz 1 wird 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. Nach § 63 Abs. 3a werden folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können

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

auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe vorsehen, soweit diese auf Grund 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 auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen.“

8. 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.
9. 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 Abs. 4 Satz 1 und § 305 Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen.
10. § 95d Abs. 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Vertragsarztes“ ein Komma sowie die Wörter „oder einer Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 wird 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“ ein Komma sowie die Wörter „oder der Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.

11. 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.“

12. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „ermächtigter ärztlicher geleiteter Einrichtungen“ durch die Wörter „ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden“ ersetzt.
13. In § 132e Satz 1 werden die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen und nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „mit geeignetem ärztlichen Personal“ eingefügt.
14. In § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen“ eingefügt.
15. In § 293 Abs. 4 werden die Wörter „ärztlich und zahnärztlich geleiteter“ gestrichen.

16. § 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“ durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 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 Maßnahme, wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 3 Satz 1 Nr. 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch (BGBl. I S. ...), wird wie folgt gefasst:

„in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig in seiner häuslichen Umgebung für voraussichtlich mindestens zwei Monate pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat und sie dem Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich bei den in § 14 Abs. 4 des Elften Buches genannten Verrichtungen helfen,“

Artikel 7
Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

§ 204 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch (BGBl. I S. ...), 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 8
**Änderung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der
gesetzlichen Krankenversicherung**

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl. 2007 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:

„§ 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:

„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:

„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 5 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 9

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12f des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird 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 10

Änderung der Kalkulationsverordnung

In § 19 Abs. 1 der Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783) 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 11

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch (BGBl. I S. ...), 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 Ermächtigung einer Einrichtung nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für den Zeitraum von mindestens fünf Jahren zu erteilen.“

Artikel 12

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) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 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, erfolgt ihre inhaltliche Ausgestaltung in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. § 4 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 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 gelten entsprechend. § 13

Abs. 2 Satz 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gelten 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 gelten 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 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, sowie befähigt ist, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 3, die Gegenstand seiner zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich auszuführen. Die Auswahl der Patientinnen oder Patienten erfolgt durch eine Fachprüferin oder einen Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 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 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege jeweils mindestens „ausreichend“ ist.

(7) Absatz 4, 5 und 6 gelten entsprechend im Hinblick auf den schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung nach den §§ 16, 17 und 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 Modellvorha-

ben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Schule ableisten, soweit die nach § 4 Abs. 1 Satz 1 vorgesehene Ausbildungsdauer überschritten ist.“

Artikel 13

Übergangsregelung zu den Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die nach Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb vorgesehenen Richtlinien zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2008 zur Genehmigung vorzulegen. § 17 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Artikel 14

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt zum 1. Juli 2008 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (2) Artikel 13 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (3) Die Artikel 7, 9 und 10 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2009 in Kraft.

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 „Kernsicherungs-System“, 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. Der im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik diskutierte Vorschlag, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als Auftraggeber bis zu einer bestimmten Lohnhöhe durch Steuergutschriften bis zur Höhe der jeweiligen Sozialversicherungsbeiträge staatlich zu fördern, dürfte auch im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Menschen viele neue legale Beschäftigungschancen eröffnen. Dazu müssen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

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.

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 zwischen Pflegekassen und Krankenkassen geschlossen wird. Die Pflege- und Krankenkassen haben darauf hin zu wirken, 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 Vertragspartner haben ferner darauf hin zu wirken, 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 greifen sie hierzu auf vorhandene Strukturen zurück.

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 sowie beispielsweise

- hauswirtschaftliche Versorgung,
- individuelle Betreuung,
- ortsnahe Hilfsangebote der Altenhilfe und
- sonstige Dienstleistungen, wie zum Beispiel „Essen auf Rädern“ und die Nutzung eines Hausnotrufsystems,

zu erhalten.

Der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin wird im Pflegestützpunkt angesiedelt.

Es soll in der Regel ein Pflegestützpunkt für 20 000 Einwohner geschaffen werden.

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 Millionen 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.

➤ *Pflegebegleitung*

Die Pflegekassen werden verpflichtet, für pflegebedürftige Versicherte und für Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch gestellt haben, Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen vorzuhalten.

Die Pflegebegleitung 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. Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen werden zu enger und einvernehmlicher Zusammenarbeit mit allen an der Pflege Beteiligten verpflichtet.

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

➤ *Verbesserte Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen / „Pools“ 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 wer-

den 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. 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 voran gebracht werden. Die neuen Möglichkeiten werden aber insbesondere gerade diese neuen Wohnformen fördern.

Diese Neuregelungen werden durch Vereinfachungen beim Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegerinnen begleitet. Auch dies ist besonders attraktiv für die Bewohner und Mitglieder von Wohngemeinschaften. Denn sie erleichtern den Einsatz von Einzelpflegerinnen 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 bedarfsgerechter und somit persönlicher erbracht werden.

Während bisher Verträge mit Einzelpersonen nur zulässig sind, wenn die Versorgung durch Pflegedienste nicht sichergestellt werden kann, sollen diese Verträge künftig auch dann geschlossen werden können, wenn dadurch den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe und damit ihrem Selbstbestimmungsrecht besser als bisher Rechnung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich, also besonders effizient, ist. Zugleich soll diese Versorgungsform den Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges Leben zu führen. Als Einzelpflegekräfte kommen - wie bisher auch - nur Personen in Betracht, die mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Die Vergütungen sind - wie bisher - einvernehmlich zwischen der Einzelpflegekraft und der Pflegekasse zu vereinbaren.

Die Pflegekassen haben für die notwendige Qualität der Leistungen zu sorgen. Außerdem haben sie darauf zu achten, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht, das heißt, unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen Angebots nicht höher als erforderlich ist.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

Die derzeitigen Leistungsbeträge bei häuslicher Pflege berücksichtigen den gesetzlich verankerten Grundsatz des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege nicht ausreichend. Die Änderungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung zielen daher primär darauf ab, die häuslichen Versorgungsstrukturen auszubauen und zu stützen. Hervorzuheben 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 vernachlässigen. Leistungsbeschränkungen zulasten der stationären Versorgung erfolgen nicht. Im Einzelnen ist Folgendes vorgesehen:

➤ *Ambulante Sachleistung*

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher €	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 €	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 eingeschränkter Alltagskompetenz*

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, wurden bereits Verbesserungen für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Elften Buch 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 auf bis zu 2 400 Euro jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf 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 Pflege-

gesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. Ebenso besteht umgekehrt neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Außerdem werden die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

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

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 5 Millionen Euro im Jahr auf 15 Millionen Euro angehoben, so dass mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 30 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung stehen werden.

Um den Einsatz der Gruppen ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen als wichtige ergänzende Elemente der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu unterstützen und zu ermöglichen, werden diese in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbezogen und können auch aus den aufgestockten Finanzmitteln gefördert werden.

- *Vollstationäre Versorgung*

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben bis zum Beginn der Dynamisierung unverändert. Die Stufe III und Stufe III in Härtefällen werden bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

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

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 daher künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge. Ob und inwieweit

eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate geboten ist, wird danach alle drei Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls durch Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung 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 Dynamisierung 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. Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern werden ausgenommen.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach geltendem Recht 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. Hier zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Fortführung der Versicherung.

Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, wird für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit von bis zu zehn Tagen geschaffen. In den Fällen der kurzzeitigen Freistellung bis zu zehn Tagen wird ein gegenüber Tarif- und Vertragsrecht nachrangiger Lohnersatzanspruch geschaffen. Er beträgt 70 vom Hundert des Bruttolohns und wird von der Pflegeversicherung für maximal fünf Tage gewährt.

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 Zustimmung den zuständigen Rehabilitationsträger sowie den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu unterrichten. Sofern der Versicherte zustimmt, 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 durch verstärkte aktivierende und rehabilitative 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 Prüfberichte 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 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. 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 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 Medizini-

schen 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 Prüfberichte 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 sollen im Hinblick auf die Prüftiefe und den Prüfturnus noch besser auf die entsprechenden Prüfungen der Heimaufsicht abgestimmt werden. 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 10 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. 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 Hilfearrangements eine wesentliche Stütze bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Es soll über die bereits im Gesetz verankerten Maßnahmen hinaus weiter gestärkt werden:

- Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser als bisher in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene, wie zum Beispiel in Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen, eingebunden 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 Vergütungen angemessen berücksichtigt werden.
- Insbesondere dem bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe wird die Ausweitung der Fördermittel für niedrigschwellige Pflege- und Betreuungsangebote um 5 Millionen Euro zugute kommen (vergleiche Ziffer 2).
- Die Vertragspartner auf Landesebene erhalten den Auftrag, Möglichkeiten aufzuzeigen, um Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Pflegekräften und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen die Beteiligung an der Versorgung pflegebedürftiger Personen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Pflege und in ambulant betreuten Wohneinrichtungen zu erleichtern.

8. Abbau von Schnittstellenproblemen

Schon mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst (zum Beispiel durch die Erweiterung der integrierten Versorgung, die Erwei-

terung 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 Pflegebegleitung und die Einführung der Pflegestützpunkte werden in der Praxis zum Abbau von Schnittstellenproblemen für die hilfeschuchenden 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 Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen.
- Zur Verbesserung der Rechtssicherheit ist die Grundausstattung 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.

9. Förderung der Wirtschaftlichkeit

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

- Für den Bereich der Pflegeheime werden flexible Personalschlüssel eingeführt. Sie sind nach den Notwendigkeiten der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren.
- Den Trägern soll ermöglicht werden, unter einem vertraglichen „Dach“ mehrere Einrichtungen an einem Ort (zum Beispiel ein Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung) zu betreiben. Für mehrere verbundene Einrichtungen kann ein Gesamtversorgungsvertrag geschlossen werden. Ziel ist die Unterstützung und Erleichterung der Diversifizierung von Versorgungsangeboten.

- Bei Pflegesatzvereinbarungen sollen 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 Prüfungen, für die kein konkreter Anhaltspunkt besteht, ist künftig untersagt.
- Die Pflege-Buchführungsverordnung wird abgeschafft, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene verbindlich einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung vereinbaren.
- Die Pflicht der Pflegeheimbewohner zur Weiterzahlung der Pflegevergütung während der Abwesenheit vom Pflegeheim soll durch die Verträge auf Landesebene stärker als bisher vereinheitlicht werden.
- Es findet eine gesetzliche Präzisierung statt, dass im Rahmen der subsidiären ambulanten Pflegehilfsmittelversorgung Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehören. Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen wird klargestellt, dass Zuschüsse hierzu nicht von der Pflegeversicherung geleistet werden, soweit die Maßnahmen auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen sinnvollerweise durchgeführt werden können.

10. 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 Millionen 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 Ziffer 6).
- Dokumentationspflichten werden von den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern vielfach als bürokratieträftig 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 Ziffer 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 Ziffer 9).
- Mit dem Ziel, Bürokratie abzubauen, erhalten die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zeitlich befristete Modellprojekte zur Entwicklung besonderer pauschalierter Pflegesätze zu vereinbaren und durchzuführen (vergleiche Ziffer 9).
- 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 Ziffer 9).

- 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 zurecht zu finden und damit die ihnen zustehenden Leistungen zu erhalten (vergleiche Ziffer 8).
- Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung 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.

11. 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 versichert sind oder in Form des künftigen Basistarifs einen besonderen sozialen Schutz erhalten, im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 und nicht in die ungünstigeren Bedingungen des § 110 Abs. 3 - mit gegebenenfalls hohen Versicherungsprämien vor allem in den ersten fünf Versicherungsjahren - einbezogen werden, unabhängig davon, ob ihre private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

12. 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 etwa 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

13. 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 sol-

chen 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 Begutachtungs-Instrumentes geprüft und erprobt sowie dazu das Begutachtungs-Instrument selbst neu gestaltet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein umfassendes und transparentes Konsultationsverfahren in die Wege geleitet. Die Überprüfung des gegenwärtigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt durch einen beim Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Beirat. Dieser soll bis November 2008 insbesondere eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen.

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)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung verpflichtet die Pflegekassen, Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung ihres Antrags auf Gewährung von Pflegeleistungen mitzuteilen, wo sich der nächst erreichbare Pflegestützpunkt befindet und wer der zuständige Pflegebegleiter oder die zuständige Pflegebegleiterin ist. Dazu gehören auch Hinweise zur Erreichbarkeit, insbesondere 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 Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin unentgeltlich sind (vergleiche im Übrigen die Begründung zu § 7a und zu § 92c).

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt 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.

Zu Buchstabe c

Pflegebedürftige sollen 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 niedrighschwellige Betreuungsangebote (vergleiche § 45c Abs. 3) sowie die unentgeltlichen Dienstleistungen im nächstgelegenen Pflegestützpunkt (vergleiche § 92c) und des zuständigen Pflegebegleiters oder der zuständigen Pflegebegleiterin (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 pflegefachliche 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 Pflegebegleiter oder Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleitung geschaffen. Zur Umsetzung sollen Pflegebegleiter oder Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleitung 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.

Ferner soll sichergestellt werden, dass keine unnötigen Doppelstrukturen aufgebaut werden. Daher hat die Pflegebegleitung 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 Anschlussfähigkeit an vorhandene Strukturen soll nach Möglichkeit gesichert sein.

Neben der Pflegebegleitung werden durch den neuen § 92c die Voraussetzungen für die Errichtung von wohnortnahen Pflegestützpunkten geschaffen. Die Pflegebegleitung ist in den Pflegestützpunkten anzusiedeln. In der Sache reichen die Aufgaben der Pflegestütz-

punkte über die Aufgaben der Pflegebegleitung 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 Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleitern oder Pflegebegleiterinnen, 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 1. Januar 2009 einen Anspruch auf Pflegebegleitung gegen ihre Pflegekasse oder gegen das Versicherungsunternehmen, bei dem sie pflegepflichtversichert sind.

Pflegebegleitung wird in Absatz 1 gesetzlich definiert. Aufgabenschwerpunkt der Pflegebegleitung 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 Pflegebegleiter oder eine Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin trägt zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen bei. Er bzw. sie übernimmt die Nachsteuerung, passt den Hilfebedarf an und schreibt ihn bei sich verändernden 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 Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung soll offen für zukünftige Entwicklungen sein.

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 Pflegebegleitung 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 Versorgungskonferenz zu beteiligen.

Die abgestimmte Zusammenarbeit kann weiter optimiert werden, wenn der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Aufga-

benwahrnehmung dient auch und insbesondere die Pflicht, den Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin stets im Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln.

Zur Erfüllung von Teilaufgaben der Pflegebegleitung 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. Die Entscheidungsbefugnis über Leistungen nach dem Elften Buch oder bei entsprechender Beauftragung auch nach dem Fünften Buch verbleibt bei den Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen als Mitarbeitern der Pflege- und Krankenkassen.

Wichtig ist, dass ein Anspruch auf Pflegebegleitung auch dann besteht, wenn ein Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch gestellt wurde und für den Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleitung unbegründet in Anspruch genommen wird. Daher wird der Anspruch davon abhängig gemacht, dass ein Hilfebedarf erkennbar vorliegt.

Der Anspruch auf Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung angeboten wird, sofern eine Pflegekasse bereits eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift dient dazu, den Interessen der Hilfesuchenden bei der Pflegebegleitung Rechnung zu tragen. So soll der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleitung 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 Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen einerseits sowie Hilfesuchenden andererseits, das heißt zur erforderlichen Anzahl der Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen. 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 umfangreich 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 30. September 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 Pflegebegleitung 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 30. September 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 Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung eingesetzte Personal auch Entscheidungsbefugnisse über leistungsrechtliche Ansprüche insbesondere nach dem Elften Buch erhalten soll.

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.

Die Pflegebegleiter und die Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleitung einzusetzenden Personals haben dies zu berücksichtigen.

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

Zu Absatz 4

Die Regelung hat zum Ziel, die Pflegebegleitung möglichst wirtschaftlich zu erbringen. Das bedeutet, es soll etwa vermieden werden, dass alle Pflegekassen zugleich an jedem Ort Pflegebegleiter oder Pflegebegleiterinnen vorhalten und in die Pflegestützpunkte entsenden müssen. Es soll abgestimmt festgelegt werden, welche Pflegekasse an welchem Ort und in welcher Anzahl Pflegebegleiter oder Pflegebegleiterinnen stellt. Vor diesem Hintergrund haben die Pflegekassen im Land bis zum 31. Oktober 2008 einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen über die Anzahl der Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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.

Bei der Vereinbarung nach Absatz 4 sind die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 3, die spätestens zum 30. September 2008 vorliegen müssen, zugrunde zu legen.

Zur Flankierung des Gebotes, Personal zur Pflegebegleitung nicht unkoordiniert einzusetzen, sondern möglichst effizient und abgestimmt, sollen die Pflegekassen die Möglichkeit der Beauftragung wahrnehmen (§ 88 des Zehnten Buches). 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen unvertretbar hoch wäre. Der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin 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 Pflegebegleitung eingebunden werden. Sie sollen daher ebenfalls von der Möglichkeit der Beauftragung Gebrauch machen.

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

anderer Pflegekassen hinzu zu zählen und die Erstattungen von anderen Kassen für die Beauftragung abzuziehen.

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

Zu Absatz 5

Der Anspruch auf Pflegebegleitung besteht auch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Dies entspricht dem Grundsatz, dass deren Leistungsangebot gleichwertig mit den Leistungen der Pflegekassen sein muss, und beruht 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-Pflichtversicherung in das System der Pflegebegleitung durch vertragliche Kooperationen mit gesetzlichen Pflegekassen. Der Vertrag soll einen Aufwändungsersatz entsprechend § 91 des Zehnten Buches beinhalten. Damit wird es den privaten Versicherungsunternehmen erleichtert, den Anspruch ihrer Versicherten auf Pflegebegleitung zu verwirklichen.

Zu Absatz 6

Die Arbeit der Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung erforderlich und gemäß § 35 Abs. 2 des Ersten Buches in Verbindung mit § 69 des Zehnten Buches auch zulässig. Die Daten dürfen dabei ausschließlich für den Zweck der Pflegebegleitung verwendet werden. Nach Möglichkeit sollte zudem die Zustimmung des Pflegebedürftigen bzw. seines gesetzlichen Vertreters eingeholt werden.

Da in Absatz 1 Satz 8 die Möglichkeit eröffnet wird, sich für Teilaufgaben der Pflegebegleitung dritter Stellen, zum Beispiel der BEKO-Stellen, zu bedienen, deren Mitarbeiter und Mit-

arbeiterinnen zur Aufgabenwahrnehmung dann ebenfalls Sozialdaten erheben, verarbeiten oder nutzen, ist dieser Personenkreis in der datenschutzrechtlichen Regelung mit berücksichtigt.

Zu Absatz 7

Vor dem Hintergrund, dass mit der regelhaften Einführung der Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung 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 Weiterentwicklung 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 Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 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 „Referenz-

modelle 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 Millionen 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 Enquete-Kommission auf (vergleiche den Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 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 Pflegegeldes) 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 Gesetz dazu neu geschaffenen Instrumente der konkreten Umsetzung, insbesondere der Zusammenarbeit und Vernetzung (Pflegestützpunkte - Care Management) und der individuellen Betreuung (Fallmanagement durch Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen). 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 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 Hinzufü-

gung 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 erforder-

liche 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 vorliegen. 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.

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. Die Pflegekassen haben das Ergebnis der Prüfung den Pflegebedürftigen und mit deren Zustimmung dem zuständigen Rehabilitationsträger

und dem behandelnden Arzt unverzüglich zur Kenntnis zu bringen und gehen dabei entsprechend der 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-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 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 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 Doppelbuchstabe 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 Pflegebegleitung 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 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 beschäftigten 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.

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 neben 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 Zustimmung 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 Erfolg versprechend 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 dement-

sprechend zügig und transparent über den Anspruch und die Leistungserbringung entscheiden. 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 Vereinfachung 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

ren 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.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Nachdem im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 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 häusli-

chen 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 nahe zusammengelegen, etwa in einer Straße, „gepoolte“ Leistungen in Anspruch nehmen, können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch entstehenden Effizienzgewinne (also Zeit- bzw. Kosteneinsparungen) sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden. 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 Pflegebegleitung hinzu gezogen 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 zur Verfügung steht.

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 werden von bisher 384 Euro / 921 Euro / 1 432 Euro monatlich auf künftig 450 Euro / 1 100 Euro / 1 550 Euro monatlich in den Jahren 2008, 2010 und 2012 erhöht. 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 Vomhundertsatzes 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 der §§ 36 Abs. 4 und 43 Abs. 3 so anzupassen, dass die gesetzliche Quote eingehalten wird.

Zu Nummer 18 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Das Pflegegeld wird von bisher 205 / 410 / 665 Euro monatlich auf künftig 235 / 440 / 700 Euro monatlich in drei Schritten in den Jahren 2008, 2010 und 2012 erhöht.

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 Pflegepflichtversicherung 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 Pfl-

gestufen 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 ihre 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 Pflegebegleitung 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 Pflegebegleitung hingenommen.

Zu Buchstabe 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen den Beratungseinsatz durchführen und den hierüber erforderlichen Nachweis ausstellen. Durch diese Regelung werden unnötige Doppelungen von Hausbesuchen sowie Doppelberatungen vermieden. Hat der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin eine qualifizierte Beratung im Sinne dieser Vorschrift halb- oder vierteljährlich (je nach Pflegestufe) im Rahmen seiner Tätigkeit bereits in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt, so gilt die für Pflegegeldempfänger halb- oder vierteljährlich vorgeschriebene Beratung als durchgeführt und kann vom Pflegebegleiter oder von der Pflegebegleiterin 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

Die Regelungen über Pflegehilfsmittel werden präzisiert, insbesondere um der Gefahr von unerwünschten Leistungsausweitungen und Unwirtschaftlichkeiten zulasten der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund künftiger technischer Entwicklungen und eines wachsenden Angebotes an allgemeinen technischen Hilfen im Haushalt entgegenzuwirken. Die Präzisierungen haben nicht zum Ziel, die gegenwärtige Bewilligungspraxis der Pflegekassen mit Restriktionen zu belegen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Entsprechend der bisherigen Praxis und Rechtsprechung wird klargestellt, dass Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehören, ebenso wie dies für die Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich geregelt ist. Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind selbst zu finanzieren, auch wenn der Versicherte sie, wäre er gesund, vermutlich nicht angeschafft hätte.

Bei der Frage, ob etwas als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens anzusehen ist, ist auf die Zweckbestimmung des Gegenstandes abzustellen, die einerseits aus der Sicht der Hersteller, andererseits aus der Sicht der tatsächlichen Benutzer zu bestimmen ist. Geräte, die für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt sowie hergestellt worden sind und die ausschließlich oder ganz überwiegend auch von diesem Personenkreis benutzt werden, sind nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Diese Regelung betrifft multifunktionale Pflegehilfsmittel, die nicht bereits wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern

zu erbringen sind. Sind die Voraussetzungen des § 33 des Fünften Buches erfüllt, kommt eine Leistungspflicht der Pflegeversicherung nicht in Betracht, auch keine anteilige Leistungspflicht. Auch in einer Mischsituation, bei der ein Hilfsmittel auch oder sogar überwiegend pflegerischen Zwecken dient, verliert ein Gegenstand nicht seine Eigenschaft als Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung und ist deshalb ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Erst wenn eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 33 des Fünften Buches oder sonstiger vorrangiger Leistungsträger nicht besteht, kommt die Pflegeversicherung als (subsidiärer) Leistungs- und Kostenträger eines Pflegehilfsmittels in Betracht.

Nur bei solchen multifunktionalen Pflegehilfsmitteln, die neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gleichzeitig auch anderen Zwecken zu dienen bestimmt sind und nicht in die Finanzierungsverantwortung anderer Leistungsträger fallen, ist eine anteilige Finanzierung durch die Pflegeversicherung und durch den Pflegebedürftigen vorgesehen. Dient ein Hilfsmittel ausschließlich anderen Zwecken, besteht kein Anspruch auf Leistung der Pflegeversicherung.

Multifunktionale Pflegehilfsmittel im Sinne des neuen Satzes 3 in Absatz 1 sind solche Pflegehilfsmittel, die neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 14 Abs. 4 auch anderen allgemeinen, nicht verrichtungsbezogenen Zwecken im Sinne des § 14, also insbesondere allgemeinen kommunikativen, unterhaltenden, spielenden, betreuenden und tagesstrukturierenden Zwecken, dienen (Beispiel: Hilfsmittel wie intelligente technische Produkte mit Funktionen, die vorrangig der allgemeinen sozialen Betreuung dienen, um vor allem Einsamkeits-, Gefährdungs- und/oder Verwahrlosungstendenzen entgegen zu wirken, oder es stehen allgemeine Service- und Dienstleistungen zur Verfügung, die in das Gerät integriert sind und über dieses abgerufen werden können; dabei können Hilfsfunktionen zur Durchführung von Verrichtungen des täglichen Lebens ebenfalls abgerufen werden).

Die Pflegekassen übernehmen bei multifunktionalen Pflegehilfsmitteln grundsätzlich nur die pflegespezifischen Kosten des Hilfsmittels, soweit das Pflegehilfsmittel der Hilfe für die Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 dient. Soweit das Hilfsmittel auch anderen Zwecken dient, hat der Pflegebedürftige den hierauf entfallenden Anteil selbst zu tragen. Der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung ist nach pflichtgemäßem Ermessen der Pflegekasse oder des Versicherungsunternehmens unter Abwägung der vorhandenen multifunktionalen Eigenschaften und deren Nutzen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne des § 14 in angemessener Höhe festzulegen. Ist das Hilfsmittel nicht für die Grundpflege oder die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne des § 14 einsetzbar oder vorgese-

hen, dann hat der Versicherte keinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen und muss die Kosten hierfür in voller Höhe selbst tragen.

Zu Buchstabe c

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.

Die vorgesehene Kostenerstattung in diesem Leistungssegment wurde in der Vergangenheit praktiziert und 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 d

Zu Doppelbuchstabe aa bis cc

Redaktionelle Änderungen aus den unter Buchstabe c im ersten Absatz 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 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) 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

Redaktionelle Änderung aus den unter Buchstabe c im ersten Absatz genannten Gründen.

Zu Buchstabe e

Zu Satz 1

Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in Form von Umbauten und sonstigen Veränderungen, wie dem Einbau technischer Hilfen, die von der Pflegeversicherung grundsätzlich bezuschusst werden können, wird klargestellt, dass Zuschüsse hierzu nicht von der Pflegeversicherung geleistet werden, soweit die Maßnahmen auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen sinnvollerweise durchgeführt werden können. Diese Ausschlussregelung ist zum Beispiel bei allgemeinen Sicherungsmaßnahmen zur Gefahrenverhütung (Herdsicherung, Rauchmelder) unabhängig vom Verbreitungsgrad der Maßnahme in der Bevölkerung anzuwenden, auch wenn zum Beispiel ein dementer Pflegebedürftiger solche Sicherungsmaßnahmen dringender benötigt als gesunde Menschen.

Die Regelung schließt grundsätzlich auch allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens von der Bezuschussung aus.

Eine Einschränkung der gegenwärtigen Leistungsansprüche auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ist mit den Neuregelungen nicht verbunden.

Zu Satz 2

Die Regelung stellt klar, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die überwiegend zur Herstellung, Erhaltung oder Verbesserung der gewerblichen Vermietung oder Vermietbarkeit einer Wohnung durchgeführt werden, nicht zuschussfähig sind. Denn es liegt im Verantwortungsbereich der gewerblichen Wohnungswirtschaft bzw. von gewerblichen Vermietern, sich im eigenen wirtschaftlichen Interesse bereits im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit von Kunden bzw. Mietern für eine seniorengerechte Ausstattung von Bestands- und Neuimmobilien - unabhängig von Leistungen der Pflegeversicherung - zu kümmern.

Wer beispielsweise in ein betreutes Wohnen einzieht, kann erwarten, dass die angemietete Wohnung bereits senioren- bzw. behindertengerecht ausgestattet ist. Denn es ist nicht Aufgabe der Pflegeversicherung, mit Beitragsmitteln der Versicherten notwendige Investitionskosten zugunsten von Investoren zu bezuschussen.

Zu Nummer 21 (§ 41)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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 c

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 Demenzkranken, 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 x 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 Pflegebedürftige 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 x 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 Regelung 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 In-

anspruchnahme 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 der §§ 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 Pflegegesetz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 übersteigen würde.

Zu Nummer 24 (§ 44a)

Nach dem Pflegezeitgesetz (siehe Artikel 2) können sich Beschäftigte ganz oder teilweise von der Arbeitsleistung befreien lassen. Es werden eine Befreiung von bis zu zehn Arbeitstagen im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 des Pflegezeitgesetzes und eine Befreiung von bis zu sechs Monaten als sogenannte „Pflegezeit“ nach § 3 des Pflegezeitgesetzes vorgesehen.

Diese arbeitsrechtlichen Regelungen werden durch Leistungen der Pflegeversicherung flankiert, um durch die ergänzenden 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 folgende von der Pflegeversicherung finanzierte zusätzliche Leistungen erhalten können:

- bei Pflegezeit (§ 3 des Pflegezeitgesetzes) Zuschüsse zu Beiträgen des pflegenden Angehörigen zur Kranken- und Pflegeversicherung (Absatz 1),
- bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 2 des Pflegezeitgesetzes) einen Ausgleich für Verdienstausschlag (Absatz 3).

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 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 auf Grund 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 vorne herein 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 Pfllegetätigkeit 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 Verdienstaussfall bei Aufgabe oder Einschränkung einer Erwerbstätigkeit durch die Pflegeperson gedacht. Es soll jedoch dem Pflegebedürftigen ermöglichen, seinen pflegenden Angehörigen eine finanzielle Anerkennung für die Pfllegetätigkeit zukommen zu lassen. Dies gilt auch 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 während der Pflegezeit (§ 3 des Pflegezeitgesetzes) kompensieren sollen.

Sowohl das Pflegezeitgesetz als auch die Regelungen in § 44a Abs. 1 bis 3 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 vorgeschrieben. Ein Ausschluss der Leistungen nach § 44a ist insbesondere auch dann nicht vorgesehen, wenn die Pflege unter Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste oder unter Inanspruchnahme einer Tagespflegeeinrichtung erbracht wird und der pflegende Angehörige die Pflege oder Betreuung ergänzend sicherstellt. Ausgeschlossen sind jedoch 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-Pflicht-

versicherung 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 Punkt 1), privat krankenversichert (siehe dazu unter Punkt 2) oder in einem Sondersystem krankenversichert (siehe dazu unter Punkt 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, scheidern 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 Familienversicherung 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 weiter versichern, 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 (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). 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 Ruhensversicherung weiter versichern. 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 Kran-

kenversicherung versichert waren, bei Beginn der Pflegezeit freiwillig weiter versichern 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 auf Grund 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 weiter versichern 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 hinaus gehender 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) sowie 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.

Die Zuschüsse nach Absatz 1 können gegebenenfalls unmittelbar im Anschluss an das Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, wenn sich eine Pflegezeit (§ 3 des Pflegezeitgesetzes) unmittelbar an die kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2 des Pflegezeitgesetzes) anschließt.

In den Fällen des Absatzes 1 (also bei Pflegezeit) gibt es nur die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, aber keinen Ausgleich für Verdienstaufschlag, der nur bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung vorgesehen ist (siehe Absatz 3).

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. 6 in Verbindung mit § 347 Nr. 10 des Dritten Buches).

Kehrt 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 Absatz 3

§ 2 des Pflegezeitgesetzes sieht als „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ Arbeitsfreistellungen für jeweils bis zu zehn Arbeitstage vor.

Für diese Zeiträume können Beschäftigte als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt ein Pflegeunterstützungsgeld der Pflegeversicherung für insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Pflegebedürftigen erhalten.

Werden bei einer Arbeitsverhinderung weniger als zehn Tage Arbeitsfreistellung in Anspruch genommen, verfällt der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für die übrigen Tage nicht, vielmehr kann das Pflegeunterstützungsgeld dann für die Tage, für die der Anspruch noch nicht ausgeschöpft wurde, bei einem späteren Anlass (bei Pflege desselben Pflegebedürftigen) bezogen werden.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird für jeden beschäftigten nahen Angehörigen, der pflegebedingt an der Arbeitsleistung gehindert ist, bezogen auf einen Pflegebedürftigen nur einmalig für insgesamt bis zu zehn Tage gewährt. Übernimmt der Beschäftigte später die Pflege eines anderen nahen Angehörigen, besteht der Anspruch erneut.

Ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht nicht, sofern ein Anspruch auf Lohnfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber besteht.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird nur auf Antrag gewährt. Der Antrag ist unverzüglich bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen zu stellen. Hierdurch wird sichergestellt, dass in Fällen, in denen der Arbeitgeber auf ein entsprechendes ärztliches Attest verzichtet hat, die Pflegekasse zeitnah ein ärztliches Attest verlangen kann.

Die Kosten für das ärztliche Attest zur Vorlage an den Arbeitgeber und/oder die Pflegekasse sind von dem Beschäftigten, der sich die Erforderlichkeit der Freistellung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes bescheinigen lässt, selbst zu tragen. Es handelt sich, weil nur die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit, die Krisensituation und die Erforderlichkeit einer Freistellung zu bestätigen sind (bzw. in Fällen, bei denen die Pflegebedürftigkeit bereits anerkannt wurde, nur die Krisensituation und die Erforderlichkeit einer Freistellung zu bestätigen sind), um eine kurze Bescheinigung im Sinne der Leistung nach Nummer 70 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte, für die derzeit beim 2,3-fachen Gebührensatz 5,36 Euro berechnet werden können (bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen kann maximal der 3,5-fache Satz mit 8,16 Euro berechnet werden).

Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes berechnet sich nach den für die Berechnung des Krankengeldes geltenden Vorschriften (§ 47 des Fünften Buches) und ermöglicht damit den Pflegekassen eine verwaltungsfreundliche Handhabung. Wie das Krankengeld ist das Pflegeunterstützungsgeld für Kalendertage auszuzahlen. Es beträgt 70 von Hundert des regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts, höchstens jedoch 90 vom Hundert des entgangenen Nettoarbeitsentgelts. Ein hohes Arbeitsentgelt wird nicht voll berücksichtigt, sondern nur, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt, also bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Entspre-

chendes gilt bei privat versicherten pflegenden Angehörigen. Abweichend vom Krankengeld nach dem Fünften Buch werden aus Vereinfachungsgründen, wegen der kurzen Bezugsdauer und wegen des begrenzten finanziellen Rahmens der Pflegeversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld keine Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung entrichtet.

Auch geringfügig Beschäftigte können ein Pflegeunterstützungsgeld erhalten, wenn sie während der Freistellung einen Verlust an Arbeitsentgelt haben.

In den Fällen des Absatzes 3 des § 44a (also bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung) gibt es neben dem Ausgleich des Verdienstausfalls keine Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Bei pflichtversicherten Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist dies im Hinblick auf die Regelung in § 7 Abs. 3 Satz 1 des Vierten Buches auch nicht erforderlich. Die Mitgliedschaft besteht in diesen Fällen in dem Freistellungszeitraum ohne eine Beitragszahlung fort.

Zu Nummer 25 (Vor § 45a)

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 psychisch 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 2001, 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 (BT-Drs. 15/4125, Seite 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 und
- 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 - wie bisher schon - 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 4);
- darüber hinaus werden die Mittel zum Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellmaßnahmen zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen nach § 45c, auch unter Einbeziehung von Selbsthilfe und Ehrenamt nach § 45d, um 5 Millionen Euro von bislang 10 auf 15 Millionen Euro jährlich erhöht, so dass bei entsprechender Kofinanzierung ein Gesamtvolumen von 30 Millionen Euro erreicht wird.

Zu Nummer 26 (§ 45a)

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 lediglich einfacher Pflegebedürftigkeit bzw. so genannter Pflegestufe 0.

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 vorneherein nicht mit der Anerkennung einer Pflegestufe zu rechnen ist und nur die Voraussetzungen des § 45a zu überprüfen sind.

Zu Nummer 27 (§ 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 Medizinische Dienst der Krankenversicherung (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 Artikel 13 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 Artikel 13 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 Beaufsich-

tigungs- 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 den Län-

dern und im Bund 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 Pflegegelderhöhung, 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 zeitnaher 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 1. Halbjahr 2008 nicht verbrauchten kalenderjährlichen Anspruchs in das 2. 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 28 (§ 45c)

Zu Buchstabe a und b

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45c kann bisher mit insgesamt 10 Millionen 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 Millionen Euro jährlich auf 15 Millionen Euro jährlich erhöht. Eine Dynamisierung des Förderbetrages ist nicht vorgesehen. Da der Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen immer 10 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 Millionen 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 flächendeckenden 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 des Job-Centers bzw. der Arbeitsagentur vor Ort 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 kommt im Einzelfall beispielsweise in Form von Eingliederungszuschüssen, der Förderung als berufliche Weiterbildungsmaßnahme oder Trainingsmaßnahme oder von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in Betracht. Eine allgemeine Projektförderung und/oder die Förderung von ehrenamtlich Tätigen sind im Rahmen des Dritten Buches derzeit allerdings nicht möglich. Eine Aussage über konkrete Fördermöglichkeiten nach dem Dritten Buch kann nur von den Agenturen bzw. Grundversicherungsträgern 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 29 (§ 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 Betroffenenkompetenz, 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 Millionen Euro auf jährlich 15 Millionen Euro, wobei sich das Gesamtfördervolumen einschließlich Kofinanzierung auf insgesamt 30 Millionen 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 10 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 Millionen 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 Buches 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 30 (§ 46)

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

Zu Nummer 31 (§ 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 32 (§ 52)

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 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 33 (§ 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 34 (§ 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 35 (§ 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 Landwirte) 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 36 (§ 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 37 (§ 69)

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

Zu Nummer 38 (§ 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 nach dem mittlerweile in Kraft getretenen Altenpflegegesetz des Bundes mit dem Beruf des Altenpflegers nach bisherigem Landesrecht im Hinblick auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegefachkraft gleichgestellt.

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 39 (§ 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 Verkehrsüblichkeit 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 kor-

respondiert 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 40 (§ 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 dem zuständigen Träger 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 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 41 (§ 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 Grundausstattung 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 Grundausstattung 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, die sich bürgerschaftlich 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 Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 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-Tagungsband 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 „Bürgerliches Engagement im BMG-Modellprogramm“). Sie 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 neben den Vorschriften des Handelsgesetzbuches 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.

Wenn die Vertragsparteien die Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart haben, wird die Bundesregierung prüfen, ob diese Vereinbarungen ausreichen, 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 42 (§ 76)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe 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 43 (§ 77)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird redaktionell angepasst. Im Übrigen wird auf die Begründung zu Buchstabe b verwiesen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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 Doppelbuchstabe bb

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. Die §§ 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 mehrerer Personen Zeitersparnisse freigesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vereinfachungen zum Abschluss von Einzelverträgen (vergleiche Doppelbuchstabe aa) stärken den Wettbewerb im Bereich der häuslichen Pflege, dürfen aber nicht zu einem deutlichen Zurückdrängen der Leistungsangebote von Pflegediensten führen. Deshalb haben die Pflegekassen darauf zu achten, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte auf Dauer in einem angemessenen Verhältnis zum vorhandenen Leistungsangebot der Pflegedienste in der Region steht und sich - unter Berücksichtigung der Verträge anderer Pflegekassen - im Verhältnis zum vorhandenen Leistungsangebot im betroffenen Einzugsgebiet nicht auf Dauer unangemessen erhöht. Hieraus folgt, dass die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegerpersonen nur insoweit schließen dürfen, als dies zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Betreuung unter Beachtung des in der Region vorhandenen Angebots und der Wünsche der Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Zu Nummer 44 (§ 78)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 40 Abs. 4.

Zu Nummer 45 (§ 79)

Zu Buchstabe a und b

Das Instrument der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung wird aus Gründen der Entbürokratisierung auf Prüfungen reduziert, für deren Notwendigkeit hinreichende 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.

Darüber hinaus stellt die Regelung ausdrücklich auf das Vorliegen hinreichender tatsächlicher Anhaltspunkte ab. Vage und wenig konkrete Hinweise reichen 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 Rechtssicherheit werden künftig Rechtsstreitigkeiten vermieden.

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 (§ 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,
- 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 verwaltungsmäßigen 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 49 (§ 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 mit im Wesentlichen gleichartigen Einrichtungen vereinbarten Pflegesätze verpflichtet. Damit

wird klargestellt, dass für einen externen Vergleich von Pflegeeinrichtungen zur Bemessung der Pflegesätze nur im Wesentlichen gleichartige und nicht wesensfremde Einrichtungen herangezogen werden können (siehe auch die Urteile des Bundessozialgerichts vom 14. Dezember 2000, Az.: B 3 P 17/99 R und B 3 P 19/00 R). Den Maßstab für die Vergleichbarkeit bilden neben der Art und Größe der Pflegeeinrichtung die Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die nach Absatz 5 in den Pflegesatzvereinbarungen festzulegen sind. In diesem Sinne können zum Beispiel die Pflegesätze von Einrichtungen, die

- sich auf besondere Gruppen von Pflegebedürftigen spezialisiert haben (beispielsweise auf beatmungspflichtige Menschen), mit den Einrichtungen, die allgemein allen Pflegebedürftigen offen stehen,
- eine große Zahl von Menschen (zum Beispiel 80) pflegen, mit Einrichtungen, die nur wenige (beispielsweise sechs) Pflegebedürftige versorgen,
- sich der Sterbebegleitung widmen, mit allgemeinen Einrichtungen der Kurzzeitpflege,
- über eine besondere personelle Ausstattung verfügen, mit denen ohne derartige Besonderheiten

nicht verglichen werden. Für einen Vergleich regelmäßig nicht geeignete Merkmale sind beispielsweise - die bei der Bemessung von Pflegesätzen berücksichtigungsfähigen - Tarifbindungen und Aufwendungen für das interne Qualitätsmanagement. Bei dem Vergleich haben Einrichtungen, deren Pflegequalität nicht dem erforderlichen Standard entspricht, unberücksichtigt zu bleiben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschrift über den besonderen Vertragstyp der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, mit der eine Entlastung der Pflegeeinrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand erreicht wird. Die inhaltlich unverzichtbaren Elemente der aufgehobenen Regelung des § 80a werden als Vereinbarungsbestandteil in die ohnehin regelmäßig abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen aufgenommen und um die Pflicht zur Regelung der erforderlichen Ausstattung der Pflegeeinrichtung mit Pflegehilfsmitteln und der zusätzlich von der Einrichtung vorzuhaltenden Hilfsmittel erweitert. Zu regeln ist insbesondere die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums 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 Be-

gründung 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. Es bleibt dabei, dass nur die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) im Sinne von § 82 Abs. 2 Nr. 1 Halbsatz 2 in die Pflegevergütung einfließen und durch diese abgegolten werden. Die Pflicht zur Vereinbarung der Ausstattung folgt aus der Tatsache, dass eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung auch eine angemessene Pflegehilfsmittelausstattung der Pflegeeinrichtung erfordert.

Der im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vorgesehene Personalabgleich wird weiterhin ermöglicht.

Zu Nummer 50 (§ 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 (vergleiche § 98 Abs. 2 des Zwölften Buches). Mit den neuen Regelungen können auch diese Träger der Sozialhilfe bei Erfüllung des Quorums von 5 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 5 vom Hundert überspringen als die einzelnen Sozialhilfeträger. 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.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Föderalismusreform, mit der die Zuständigkeit für das Heimrecht auf die 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 heim-

rechtlichen Regelungen normierten Verbraucherschutzinteressen der Pflegeheimbewohner erreicht werden. Soweit die künftigen Pflegesätze aufgrund von sozialgerichtlichen Entscheidungen festgesetzt werden, treten die neuen Vergütungshöhen mit der Rechtskraft dieser Entscheidungen allerdings - wenn die Entscheidung nichts anderes vorsieht - unmittelbar und ohne Wartezeit in Kraft, da ein interessengeleitetes Zuwarten mit der Rechtskraft dieser Entscheidungen unvereinbar wäre.

Zu Nummer 51 (§ 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 52 (§ 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 Aufenthalten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte verlängert (vergleiche hierzu auch die Neuregelung in § 43 Abs. 5). Im Übrigen ist auf der Grundlage von § 75 Abs. 2 Nr. 5 für den Abwesenheitszeitraum ein Abschlag von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung 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 zu vereinbaren, dass Pflegebe-

dürftige 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 Gesamtheimergeld 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. Pfl-

gedienste 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 Einrichtungen 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 53 (§ 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 „ge-

poolte“ 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 so genannte 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 54 (§ 92a)

Zu Buchstabe 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 55 (§ 92c)

Eine wesentliche Anforderung an die zukünftigen Strukturen in der pflegerischen Versorgung besteht 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). Die Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege haben Probleme der Gesundheits- und Sozialsysteme bei der zielgerichteten und angemessenen Unterstützung Pflegebedürftiger beschrieben. Diese Probleme 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. 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 pflegebedürftiger Personen und Leistungsberechtigter nach § 45a im Rahmen eines Gesamtkonzeptes ermöglicht wird. Dieser Orientierungsrahmen des § 12 benötigt wirksame Instrumente, um eine abgestimmte Versorgung und Betreuung 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 geförderter Einrichtungen aufgegriffen und berücksichtigt worden. 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 beauftragt war, in Band 3 seiner Veröffentlichungsreihe dokumentiert worden.

Mit der Regelung zu den Pflegestützpunkten wird den Trägern der sozialen und privaten Pflegeversicherung, den nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege zu bestimmenden Stellen sowie den Trägern der gesetzli-

chen und privaten Krankenversicherung die Möglichkeit gegeben, die starren Grenzen zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung, der offenen örtlichen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu überwinden, um im Rahmen eines gemeinsamen Versorgungs- und Betreuungskonzeptes eine verbesserte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Kostenträger zu fördern (vergleiche den Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 4.4, S. 266). Die Möglichkeit zur gemeinsamen Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen durch gleichzeitige strukturelle Vernetzungen der pflegerischen, der medizinischen und der sozialen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene soll 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, ermöglichen. Hierbei soll neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems durch Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung gesteigert werden. Die Bündelung der Leistungsangebote durch mehrseitige Verträge kann einen Beitrag zum Bürokratieabbau und zur Verwaltungsvereinfachung darstellen und schafft für die beteiligten Personen und Institutionen eine deutliche Verbesserung der Leistungstransparenz.

Die Pflege- und Krankenkassen haben die Initiative zur gemeinsamen Errichtung von Pflegestützpunkten zu ergreifen. Sie haben die Möglichkeit, die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe zu beteiligen, um damit die Vernetzung der unterschiedlichen Hilfsangebote und die Versorgung in den Wohnquartieren nachhaltig zu verbessern. Gleichzeitig werden durch ein gemeinsames Vorgehen Schnittstellen abgebaut und Synergien freigesetzt (vergleiche das Bundesmodellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, Zusammenfassung der Ergebnisse, TNS Infratest Sozialforschung). Durch ein Verzahnen von Ansprüchen und Leistungen können häufig Wirtschaftlichkeitsreserven freigesetzt werden (vergleiche den Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 4.6, S. 267).

Darüber hinaus können die Träger der Pflegestützpunkte die Verträge zur Einrichtung und zum Betrieb der Pflegestützpunkte - gemeinsam mit Leistungserbringern im Sinne dieses sowie des Fünften und des Zwölften Buches - zu wohnortnahen integrierten Versorgungsverträgen ausgestalten. Eine Verpflichtung hierzu besteht zwar nicht, gleichwohl handelt es sich hierbei um ein wirksames Instrument, das eine abgestimmte Pflege, Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger und Leistungsberechtigter nach § 45a auf der wohnortnahen

Ebene ermöglicht. Von daher wäre eine derartige Vorgehensweise äußerst wünschenswert, so dass die potenziellen Vertragspartner diese Möglichkeiten im Interesse der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen nutzen sollten.

Den zuständigen Landesstellen bietet sich mit dem Abschluss der Verträge über Pflegestützpunkte zugleich die Möglichkeit, auf die durch die demografische Entwicklung entstandenen veränderten Anforderungen an die soziale Infrastruktur im wohnortnahen Bereich unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen im Sinne einer „sozialen Prävention“ angemessen zu reagieren. Die Folge kann und soll ein Anstieg der Attraktivität des Lebensraums älterer Menschen sein. Damit besteht die Möglichkeit eines Rückgangs kostenintensiver vollstationärer Versorgungsfälle.

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 zuständigen Stellen für Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung eng zusammenarbeiten. Durch diese Zusammenarbeit soll nicht nur der Einsatz weiterer Versorgungs- und Betreuungskräfte ermöglicht, sondern auch der illegalen Beschäftigung entgegen gewirkt werden.

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. § 7a Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Pflegekassen gleichzeitig auch die besonderen Interessen der Krankenversicherung wahrzunehmen haben. Dies sichert den zügigen Abschluss der Verträge über die Pflegestützpunkte.

Die Pflegekassen haben darauf hin zu wirken, dass sich insbesondere die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und für die Gewährung der sozialhilferechtlichen Hilfe zur Pflege sowie die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an diesen Verträgen beteiligen. 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.

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, Pflegepersonen 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 (zu diesem Case Management vergleiche den Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, BT-Drs. 14/8800, Abschnitt 4.7, S. 267/268). Dies ist in erster Linie die Aufgabe der Pflegebegleitung, die in den Pflegestützpunkten anzusiedeln ist (vergleiche die Begründung zu § 7a). Durch die Mitwirkung von Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen 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

Verwaltungsverfahren 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.

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.

Im Übrigen werden die Vertragspartner aufgefordert, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, 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 Altenhilfe durch in das Gesamtkonzept integrierte Hilfestellungen von bürgerschaftlich Engagierten anzureichern und aufzuwerten.

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 Bera-

tungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland- Pfalz und ähnlicher Stellen in anderen Ländern (vergleiche § 7a Abs. 1 nebst Begründung).

Zu Absatz 2

In jedem Land soll ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entstehen. Die Vertragsparteien werden beauftragt, die konkreten Standorte der Pflegestützpunkte einvernehmlich festzulegen. Dabei soll in der Regel für 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 -15 000 Einwohnern ausgeht). Die für den Betrieb eines Pflegestützpunktes vorhandenen und geeigneten Strukturen sind so weit wie möglich zu nutzen, so dass weder doppelte Strukturen aufgebaut noch Bauvorhaben erforderlich werden sollten. So können in großen Wohnsiedlungen, in einzelnen Stadtbezirken oder Stadtteilen, aber zum Beispiel auch in größtmäßig 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 Regeldichte 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 klar gestellt, dass der Pflegestützpunkt auch bei einem Leistungserbringer errichtet werden kann. Voraussetzung ist, dass die Wahl des Standortes nicht zu einer - dem geltenden Recht widersprechenden - Wettbewerbsverzerrung führt. Dies setzt zumindest eine räumlich organisatorische Trennung zwischen dem Pflegestützpunkt und dem Leistungserbringer voraus. Aus diesem Grund lässt die Regelung lediglich die Errichtung eines Pflegestützpunktes „bei“ einer Pflegeeinrichtung zu.

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, sollten die Vertragsparteien die Aufwendungen unter Berücksichtigung etwaiger Besonderheiten gleichmäßig oder nach geeigneten von ihnen selbst zu vereinbarenden Schlüsseln pauschaliert auf die Leistungsträgergruppen verteilen und gemeinsam tragen. Die drei unterschiedlichen Leistungsträgergruppen wiederum entscheiden selbst über die Aufteilung der von ihnen gemeinsam zu tragenden Kosten untereinander. Die laufenden Aufwendungen für von den einzelnen Leistungsträgern eingesetztes Personal sind auf die jeweiligen Finanzierungsanteile anzurechnen. Dabei sollen die Aufwendungen für die Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen (§ 7a) sowie für vergleichbare Fallbearbeiter aus dem Bereich der Alten- und Sozialhilfe nicht berücksichtigt werden. Die Personalkosten sollen 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 zu schaffen. Zu den erforderlichen Aufwendungen könnte neben den Kosten für ausreichende Räumlichkeiten für die Pflegebegleitung beispielsweise ein Raum für die Schulung von ehrenamtlichen Pflegepersonen (vergleiche § 45) und für mehr oder weniger regelmäßige Treffen von Selbsthilfegruppen in Betracht kommen. Zur Vermeidung ungewollter Kostenverlagerungen von einer Krankenkasse zu ihrer Pflegekasse hat der auf eine Krankenkasse entfallende Kostenanteil immer dem Anteil zu entsprechen, den die bei ihr errichtete Pflegekasse zu tragen hat. Eine weitergehende gesetzliche Kostenverteilungsregelung wird nicht für erforderlich gehalten; insoweit besteht Vertragsfreiheit für die Beteiligten an dem Vertrag über Pflegestützpunkte, 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 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 der Pflegestützpunkte beteiligt sind.

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 Pflegebegleitung 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 Millionen Euro. Um eine gerechte Verteilung der aus dem Ausgleichsfonds entnommenen Fördermittel auf die Länder zu erreichen, wird der gesamte Förderbetrag dem Königsteiner Schlüssel entsprechend auf die Länder ausgeteilt. 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 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 und gemäß § 35 Abs. 2 des Ersten Buches in Verbindung mit § 69 des Zehnten Buches auch zulässig. Die Daten dürfen dabei ausschließlich für Zwecke der Pflegestützpunkte verwendet werden. Nach Möglichkeit sollte zudem die Zustimmung der unterstützten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters eingeholt werden.

Zu Nummer 56 (§ 92d)

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien eines nach § 92c Abs. 3 geförderten Pflegestützpunktes können bis zum 30. Juni 2013 zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, zur Erarbeitung von Verfahren zur geldwerten Bemessung von budgetfähigen Leistungen und zur Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgungsstrukturen persönliche Budgets auf der Grundlage örtlicher und wohnquartiersbezogener Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich erproben. Durch die Einführung dieser Modellklausel werden die Voraussetzungen geschaffen, um auf der Grundlage örtlicher und wohnquartiersbezogener Modellvorhaben kostenträgerübergreifend zu erproben, ob künftig in

einer nächsten Stufe der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung die umfassende wohnortnahe Versorgung und Betreuung durch die Einführung des Instruments eines persönlichen Budgets gewährleistet werden kann. Die Koordinierung und Organisation der Erbringung der Leistung, die Beratung der Modellteilnehmer sowie die Ermittlung und Festlegung des persönlichen Budgets sollen im Hinblick auf die Komplexität dieser Aufgaben in erster Linie unter Beteiligung der Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen in den Pflegestützpunkten erfolgen. Zur Förderung des Wettbewerbs werden nach Satz 2 zugelassene Leistungserbringer in diese besonderen Regelungen einbezogen.

An der Finanzierung des persönlichen Budgets sind die Vertragsparteien nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs der zu ihren Lasten zu versorgenden Pflege- und Betreuungsbedürftigen beteiligt. Die direkte Abrechnung der Kosten zwischen dem jeweiligen Kostenträger und dem zugelassenen Leistungserbringer wird durch Satz 4 für die erbrachten Dienstleistungen ausdrücklich zugelassen, damit der Leistungsempfänger die Kosten nicht verauslagen und anschließend eine Erstattung bei dem Kostenträger beantragen muss. Durch das persönliche Budget sind Vergütungsverträge zwischen den Kosten- und Leistungsträgern und den Leistungserbringern nicht mehr erforderlich. Hierdurch sind die Kosten- und Leistungsträger nur noch eingeschränkt in der Lage, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Betreuung zu gewährleisten. Von daher ist es gerechtfertigt, bei der Bestimmung des persönlichen Budgets einen Wirtschaftlichkeitsabschlag vorzunehmen. Hierbei ist es im Sinne einer Anschubfinanzierung angemessen, den Wirtschaftlichkeitsabschlag auf regelmäßig 10 vom Hundert der Leistungsbeträge zu begrenzen. Die Höhe des Wirtschaftlichkeitsabschlags wird nicht fest vorgegeben, um insbesondere im Hinblick auf die zum Einsatz kommenden Dienstleister für eine sachgerechte Flexibilität zu sorgen. Der von Pflegekassen zu tragende Budgetanteil darf 90 vom Hundert des dem Budgetempfänger zustehenden Sachleistungshöchstbetrags nicht überschreiten. Ziel muss sein, dass die Mittel wirtschaftlicher eingesetzt werden können. Anhand des Verhaltens der Teilnehmer dieser Erprobungsmodelle kann durch die in Absatz 2 generell vorgesehene wissenschaftliche Begleituntersuchung auch geklärt werden, ob im Rahmen einer möglichen nachfolgenden Dauerregelung für ein persönliches Budget ein anderer Wirtschaftlichkeitsabschlag erforderlich ist. Bereits heute sieht zum Beispiel die Regelung des § 91 bei einer Kostenerstattung wegen des Fehlens einer Vergütungsvereinbarung vor, dass der Erstattungsbetrag 80 vom Hundert des Sachleistungshöchstbetrages der Pflegeversicherung nicht überschreiten darf. Der Wirtschaftlichkeitsabschlag beträgt in diesem Fall 20 vom Hundert des Preises der in Anspruch genommenen Sachleistung. Die Modellprojekte dürfen nur aufgrund einer Genehmigung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durchgeführt werden. Dieser soll höchstens 16 Anträge auf Durchführung eines Modellprojektes genehmigen, wobei nach Möglichkeit in jedem Land ein Modellprojekt durchgeführt werden soll.

Zu Absatz 2

Die Modellversuche werden bis zum 30. Juni 2013 begrenzt, um in einem überschaubaren Zeitraum zu verwertbaren Entscheidungsergebnissen über die dauerhafte Einführung eines persönlichen Budgets in Verbindung mit der wohnortnahen Betreuung und Versorgung zu gelangen. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellversuche ist deshalb zwingend erforderlich. Hierbei ist es ratsam, dass die unterschiedlichen Erprobungsmodelle durch unterschiedliche wissenschaftliche Institute begleitet werden, um ein möglichst differenziertes Meinungsbild über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit persönlicher Budgets und ihrer Ausgestaltung im Einzelnen zu erhalten. Durch die an der Finanzierung der Budgets beteiligten Kosten- und Leistungsträger ist im Einvernehmen mit ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sicherzustellen, dass die Ergebnisse der unterschiedlichen Modellvorhaben in allgemein zugänglicher Form und zeitnah veröffentlicht werden, um eine möglichst breite Diskussion über dieses flexible Versorgungsinstrument anzustoßen.

Die Modellprojekte können nach Satz 2 sowohl aus dem Modellfundus des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (§ 8 Abs. 3) als auch aus den Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c) gefördert werden. Soweit eine Förderung aus diesen Quellen nicht erfolgt, ist es zulässig, die Kosten der Modellvorhaben als Anschubfinanzierung aus dem Wirtschaftlichkeitsabschlag zu finanzieren. Die Ergebnisse der Modellvorhaben und der wissenschaftlichen Auswertung sowie eine Beurteilung der Modellvorhaben durch die an der Finanzierung beteiligten Kosten- und Leistungsträger sind in anonymisierter Form innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Modellvorhabens vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen (Satz 3). Die Frist von sechs Monaten ist zur zeitnahen Information der interessierten Öffentlichkeit über die einzelnen positiven oder negativen Ergebnisse erforderlich.

Zu Nummer 57 (§ 94)

Zu Buchstabe a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um datenschutzrechtliche Begleitregelungen zur Einführung der Vorschriften zur Pflegebegleitung in § 7a sowie zur Einführung der Vorschriften zu den Pflegestützpunkten in § 92c.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine zweckdienliche datenschutzrechtliche Ergänzung im Hinblick auf die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (vergleiche § 115 Abs. 3 Satz 7).

Zu Nummer 58 (§ 95)

Zu Buchstabe 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 59 (§ 97)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 60 (§ 97a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Wegfall von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 61 (§ 97b)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 62 (§ 104)

Zu Buchstabe a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 63 (§ 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 Folgeänderung bei der Verweisung auf § 37 aufgrund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes sowie wegen der Erweiterung der Amtsbezeichnung des bisherigen Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

Zu Nummer 64 (§ 107)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Vorschriften über die Qualitätssicherung sowie zur Aufhebung des § 80a.

Zu Nummer 65 (§ 109)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 66 (§ 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 Versicherungsaufsichtsgesetzes 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 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 vorliegt. 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 Standardta-

rif 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.

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 in der Pflegeversicherung nicht zusätzlich vorgesehen.

Zu Buchstabe b

Nach § 178a Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 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 67 (§ 111)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die wegen der Umbenennung der Behörde erforderlich geworden ist.

Zu Nummer 68 (§ 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 (PQsG), 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. 1) 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 69 (§ 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,
- nach Nummer 3 über Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3 sowie
- nach Nummer 4 über die Veröffentlichung von Ergebnissen der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie darüber hinausgehender Informationen, insbesondere zur Ergebnisqualität (§ 115 Abs. 1).

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.

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.

Veröffentlichung von Prüfergebnissen

Schließlich haben die Vertragsparteien gemeinsam zu regeln, in welcher Form die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie von dar-

über hinausgehenden Informationen, die in anderen Prüfverfahren, beispielsweise im Rahmen eines von den Einrichtungen veranlassten Zertifizierungsverfahrens, gewonnen wurden, zur Darstellung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität zu veröffentlichen sind. Dabei sind für die Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen insbesondere auch Informationen über Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität in den Einrichtungen von Bedeutung. Die Veröffentlichungspflicht wird durch die Neuregelung des § 115 Abs. 1 in das Gesetz eingeführt. Ziel dieser Regelung und Aufgabe der Vertragsparteien nach dieser Vorschrift ist es, eine für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen verständliche, umfassende, nachprüfbar, übersichtliche und zuverlässige Form der Darstellung von Angaben zur Qualität in den Einrichtungen zu gewährleisten, die sie als Verbraucher über Art und Datum der Prüfung informiert und in die Lage versetzt, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Bei der Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien durch die Vertragsparteien können 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. Der Zugang zu den Informationen muss barrierefrei gestaltet werden. Um den Datenschutz zu gewährleisten, ist es erforderlich, personenbezogene Daten zu anonymisieren.

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 70 (§§ 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 als auch 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 sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene zu beteiligen.

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.

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. 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 ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften 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 (DNQP) 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 zu genehmigen. Kommt eine Einigung über die Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit 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 10 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 Verwaltungseinfachung kann der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. den Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen überweisen.

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, eine Schiedsstelle Qualitätssicherung einzurichten.

Zu Absatz 1

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).

Bei der Festsetzung des Inhalts der Vereinbarungen über Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 Abs. 3) hat die Schiedsstelle einen materiell-rechtlichen 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 gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

Die Vertragsparteien errichten die Schiedsstelle gemeinsam und sind gemeinsam für die Bestellung der Mitglieder verantwortlich. Es gilt der Grundsatz der paritätischen Besetzung. 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.

Auch der unparteiische Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter können von den Vertragsparteien nach § 113 nur gemeinsam bestellt werden. 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 Krankenhausfinanzierungsgesetz (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, 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 Geschäftsordnung 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 2

Absatz 2 regelt die Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, die ganz oder teilweise, auf Dauer oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen werden kann.

Zu Nummer 71 (§ 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 Prüfumfang enthält. Die bisher in § 112 Abs. 3 zu Qualitätsprüfungen getroffenen Regelungen werden konkretisiert und erweitert. Die Regelung ist erforderlich, weil die Medizinische 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 Prüffart 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 Prüfumfang durchführen zu lassen, soweit aufgrund anderer Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach dem Elften 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 Prüfumfang setzt damit in jedem Fall voraus, dass die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach dem Elften 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 Prüfumfanges 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. 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. 1 getroffenen Neuregelung veröffentlicht werden.

Die Anforderungen an die Sachverständigen, die Prüfinstitutionen, die Prüfverfahren sowie die Veröffentlichungspflicht sind durch die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 zu regeln. Die Anerkennung der Verfahren obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen.

Zu Absatz 4

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll jährlich in 10 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 Prüfumfang 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 72 (§ 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.

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.

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 Zustimmung 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 Zustimmung

ausreichend aufgeklärt und darauf hingewiesen wurden, dass sich die Verweigerung der Zustimmung nicht nachteilig auswirkt. Die Zustimmung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Absatz 2 Satz 6 gilt für die Zustimmung 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 (MDK) durchgeführt. Der MDK 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 abzudecken.

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 10 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 niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, an denen sich die private Pflege-Pflichtversicherung ebenfalls finanziell in Höhe von 10 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 Millionen Euro jährlich, das heißt, bei 10 vom Hundert ergäben sich 3,4 Millionen 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 Krankenversicherung zur Verfügung stellen.

Zu Absatz 6

Bisher waren entsprechende Verpflichtungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gegenüber dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in § 118 Abs. 4 geregelt. Der Turnus wird von drei auf vier Jahre verlängert. Die Berichtspflichten dienen der Sammlung und Auswertung von Daten, Erfahrungen und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität notwendig und zweckdienlich sind. 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 Krankenversicherung 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 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 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 10. November 2005 gelten bis zum Erlass neuer oder überarbeiteter Richtlinien fort.

Zu Nummer 73 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung legt fest, dass die bestehende Mitteilungspflicht über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gegenüber 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

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. Für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen sind verständliche, umfassende, nachprüfbare, übersichtliche und zuverlässige

Angaben zur Qualität in den Einrichtungen zu gewährleisten, die sie als Verbraucher über Art und Datum der Prüfung informieren und in die Lage versetzen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Dabei sind für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen insbesondere auch Informationen über Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität in den Einrichtungen von Bedeutung.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung veröffentlicht werden. Bei der Veröffentlichung können zusätzlich auch Ergebnisse, die aus von Pflegeeinrichtungen selbst veranlassten Zertifizierungsverfahren hervorgehen, berücksichtigt werden. Die Vertragsparteien nach § 113 regeln gemeinsam, in welcher Form und nach welchen Kriterien die Veröffentlichung vorzunehmen ist. Die Informationen sollen für jedermann ohne großen Aufwand kostenfrei zugänglich sein. Sie sind sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen.

Entsprechende Informations- und Veröffentlichungspflichten bestehen in gleichem Umfang auch für Prüfergebnisse, 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 veranlasst wurde, sein.

Datenschutzrechtlich ist es erforderlich, personenbezogene Daten zu anonymisieren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es wird klargestellt, dass die Verschwiegenheitspflicht für Prüfer und Empfänger der Daten nur insoweit besteht, als keine gesetzliche Pflicht zur Veröffentlichung der Daten besteht. Dem Datenschutz wird dadurch Genüge getan, dass personenbezogene Daten bei der Veröffentlichung zu anonymisieren sind.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 74 (§ 116)

Bei den Anpassungen handelt es sich sämtlich um Folgeänderungen zu dem Wegfall von Leistungs- und Qualitätsnachweisen.

Zu Nummer 75 (§ 117)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Föderalismusreform, mit der 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 76 (§ 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 77 (§ 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 Artikel 2 (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 fern zu bleiben, 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 fern zu bleiben. 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 fern zu bleiben, 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 Gesetzbuches) oder aufgrund individualvertraglicher Absprachen, Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträgen ergibt. An Tagen der Arbeitsverhinderung, an denen kein Entgeltanspruch gegen den Arbeitgeber besteht, gewährt die Pflegekasse unter den Voraussetzungen des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für jeden Pflegebedürftigen eine Entgeltersatzleistung an den Beschäftigten, längstens für bis zu zehn Arbeitstage.

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 die §§ 15 ff. des Bundeselterngeld- 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 zehn 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 Pflegeversicherungsgesetz 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 fern zu bleiben, 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 der Arbeit fern zu bleiben, wenn dies nach Akutereignissen erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Pflegesituation für einen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung eines nahen Angehörigen in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Bereits nach § 275 Abs. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches steht Beschäftigten in diesen Fällen ein Leistungsverweigerungsrecht zu, wenn ihnen die Erbringung der Arbeitsleistung unzumutbar ist. Mit der Regelung des Absatzes 1 wird somit dieses Recht für den Fall der Pflege eines nahen Angehörigen näher ausgestaltet.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt dem Beschäftigten, der aus den in Absatz 1 normierten Gründen kurzzeitig an der Arbeitsleistung verhindert 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 dem Arbeitgeber auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Diese 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 Vereinbarung ergibt. Ein gesetzlicher Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung kann sich zum Beispiel aus § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuches oder aus § 19 Abs. 1 Nr. 2b des Berufsbildungsgesetzes ergeben. Darüber hinaus können individual- und kollektivrechtliche Vereinbarungen Ansprüche auf Vergütungszahlung enthalten. Hinsichtlich der Arbeitstage, an denen danach kein Entgeltanspruch gegen den Arbeitgeber besteht oder der Entgeltanspruch ausgeschöpft ist, verweist Satz 3 auf § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Unter den Voraussetzungen des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zahlt die Pflegekasse für jeden Pflegebedürftigen Pflegeunterstützungsgeld, längstens für zehn Arbeitstage.

§ 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). Nach Satz 2 besteht der Anspruch auf Pflegezeit nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel zehn oder weniger Beschäftigten. Die Pflegezeit kann in der Form der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 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.

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. 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 Pflegezeit 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

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

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 verhindert sind oder Pflegezeit nach § 3 in Anspruch nehmen, sachlich gerechtfertigt 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

Absatz 3 Satz 1 verleiht dem Arbeitgeber ein Sonderkündigungsrecht gegenüber der befristet eingestellten Ersatzkraft, wenn die Pflegezeit des Beschäftigten nach § 4 Abs. 3 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 von Beschäftigten, die einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen versorgen, 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 (Nr. 1), die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten (Nr. 2) und Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind (Nr. 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 3 (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 2) vorübergehend von der Arbeitsleistung freigestellt sind. Sie gewährleistet, dass Beschäftigte, die nach diesem Buch versicherungspflichtig sind, auch während der bis zu sechs Monate dauernden Pflegetätigkeit 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 Pfl egetätigkeit 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. Die Beiträge sind abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches im März des Folgejahres pauschal zu entrichten.

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 anderen Stellen.

Zu Nummer 6 (§ 349)

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 vorangegangene Kalenderjahr zu treffen. Dabei kann zum Beispiel der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung die Beiträge für die Gesamtheit der Pflegekassen 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 Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch; § 7)

Die Regelung bewirkt, dass die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern, deren Beschäftigung durch die Inanspruchnahme von Pflegezeit unterbrochen wird, sofort endet und nicht noch einen Monat beitragsfrei fortbesteht. Die betroffenen Beschäftigten werden bei Erfüllen der Vorversicherungszeit auf ihren Antrag hin freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, ansonsten werden sie von der nachrangigen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst.

Zu Artikel 5 (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 ge-

regelt, 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 auf Grund 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 auf Grund 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 des Fünften Buches die wesentliche Grundlage geschaffen wurde.

In den Entschließungsanträgen, die die Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Deutschen Bundestag und im Bundesrat begleiteten (BT-Drs. 16/4220, Nr. 11.2, und BR-Drs. 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 andauernden bis chronischen Krankheitsphasen wie auch der Prävention und Gesundheitsförderung - und Versorgungsbereichen - wie Krankenhaus, stationäre Altenhilfe, ambulante Dienste, medizinisch ambulante Versorgungssysteme, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Hospize. Durch das Entlassmanagement sichern insbesondere 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 Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen 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)

§ 23 Abs. 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 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 Zahlungsfalles geben. Zu dokumentieren sind zum Beispiel die Anzahl der Fälle, Gründe einer fehlenden Leistungserbringung und die Abwicklung der Zahlung.

Zu Nummer 7 (§ 63)

Bereits die derzeit geltenden Regelungen sowohl des Berufsrechts als auch des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermöglichen eine Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Heilberufe. Diese Möglichkeiten wurden in der Vergangenheit nicht umfassend genutzt. Angehörige eines Berufes nach dem Krankenpflegegesetz 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 abseh-

bar verschärfenden Hausärztemangels in strukturschwachen Regionen zum Beispiel der neuen Bundesländer zunehmend an Bedeutung.

Der neue § 63 Abs. 3b ermöglicht, über die bereits bestehenden Möglichkeiten hinaus, weitere Vorhaben zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepten. Die Neuregelung eröffnet die Möglichkeit, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe in Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. in der gesetzlichen Krankenversicherung einzelne bisher allein von Ärzten zu verordnenden Leistungen selbst verordnen sowie selbständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege einschließlich von deren Dauer übernehmen. Das führt zu einer Kompetenzerweiterung für Krankenpflegekräfte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Berufsrechtlich dürfen Krankenpflegekräfte diese Leistungen bereits nach geltendem Recht erbringen, da sie hierzu nach dem in der Ausbildungszielbeschreibung in § 3 Abs. 2 Nr. 1 des Krankenpflegegesetzes dargestellten Berufsbild 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 Krankenpflegekräfte Rechnung getragen.

Absatz 3c lässt zu, dass im Rahmen von Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. bestimmte ärztliche Leistungen von entsprechend qualifizierten Krankenpflegekräften ohne vorherige ärztliche Veranlassung erbracht werden können. Diese Krankenpflegekräfte treten als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, so dass hieraus eine Erweiterung der Leistungserbringerseite folgt.

Zu Nummer 8 (§§ 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 9 (§§ 76, 82, 96, 98, 140f, 295 und 305)

Es gilt die Begründung zu Nummer 8.

Zu Nummer 10 (§ 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 11 (§ 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 sparen.

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 Hausarzt 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 Unterversor-

gungsfeststellung nach § 100 Abs. 1 ab, sondern - entsprechend der in § 119a getroffenen Regelungen - 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 solange gilt, solange 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 zeitlich zu bestimmen ist, eingeschränkt. Vorgesehen ist danach, dass die Ermächtigung eines Pflegeheims für den Zeitraum von mindestens fünf Jahren zu erfolgen hat.

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 12 (§ 120)

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. 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 13 (§ 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 14 (§ 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 15 (§ 293)

Es gilt die Begründung zu Nummer 13.

Zu Nummer 16 (§ 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 13.

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 eine normenklare datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der notwendigen Daten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen. Korrespondierend hierzu wird in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 eine entsprechende Datenerhebungs- und Speicherbefugnis der Krankenkassen normiert.

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch; § 3)

Es handelt sich um eine Klarstellung der bisherigen Verwaltungspraxis.

Zur Verbesserung der Alterssicherung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen Pflegepersonen bei häuslicher Pflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III zahlen die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen Beiträge an die Rentenversicherung. Die Ergänzung stellt zum einen klar, dass es die Versicherungspflicht der Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch die Beitragszahlungen der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Rentenversicherung erst ab einer voraussichtlichen Mindestpflegedauer von zwei Monaten gibt. Pflegepersonen, die die Pflege nur kurzfristig, zum Beispiel während eines Urlaubs der Hauptpflegeperson, übernehmen, sind damit von dieser Leistung ausgeschlossen. Verstirbt der Pflegebedürftige oder endet die Pfl egetätigkeit aus nicht vorhersehbaren Gründen vor Ablauf der zwei Monate, hat dies keinen Einfluss auf die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auf die Beitragszahlungen der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen zugunsten der Pflegepersonen. Die bisherige Verfahrensweise der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen und der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wird damit auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt.

Zum anderen wird klargestellt, dass es sich bei der Pflege um Pflege im Sinne des Elften Buches handelt. Bei der Prüfung, ob der zeitliche Mindestumfang von 14 Stunden erfüllt

wird, ebenso wie dann auch bei der Prüfung nach § 166 Abs. 2 des Sechsten Buches, in welchem zeitlichen Umfang eine Pflēgetätigkeit bei Pflegestufe II und III ausgeübt wird, sind nur Zeiten einer verrichtungsbezogenen Pflege im Sinne des § 14 Abs. 4 des Elften Buches zu berücksichtigen. Dabei ist § 14 Abs. 3 des Elften Buches zu berücksichtigen, wonach die Beaufsichtigung und Anleitung des Pflegebedürftigen bei den in § 14 Abs. 4 des Elften Buches genannten Verrichtungen einer Übernahme der Verrichtung durch die Pflegeperson gleichgestellt ist. Bei der Feststellung des zeitlichen Umfangs der Pflege werden Zeiten einer allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung des Pflegebedürftigen nicht mit berücksichtigt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag; § 204)

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.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des Einschubs eines neuen Absatzes 2.

Zu Artikel 8 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung; Artikel 44 und 45)

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-WSG werden zum 1. Januar 2009 in Kraft treten, daher müssen Änderungen des GKV-WSG in den Artikeln 44 und 45 bereits mit Wirkung vor dem 1. Januar 2009 vorgenommen werden. Die Berücksichtigung der Änderungen bereits im GKV-WSG wurde seinerzeit wegen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung zurückgestellt.

Zu Nummer 1 (Versicherungsaufsichtsgesetz)

Die Ergänzung der Nummer 2a in § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a 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 PKV - 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 9 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes; § 12f)

Siehe die Begründung zu Artikel 7, Buchstabe a.

Zu Artikel 10 (Änderung der Kalkulationsverordnung; § 19)

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 Ausnahnevorschrift erforderlich.

Zu Artikel 11 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte; § 31)

Zu Buchstabe a

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 Ermächtigungsvorschrift der

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte einbezogen werden, da diese regelmäßig nicht ärztlich geleitet sind.

Zu Buchstabe b

§ 31 Abs. 7 Satz 1 sieht vor, dass die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung unter anderem zeitlich zu bestimmen ist. Um stationären Pflegeeinrichtungen Planungssicherheit zu geben und um eine kontinuierliche Versorgung der Pflegeheimbewohner zu stärken, wird diese Regelung insoweit eingeschränkt, als vorgegeben wird, dass die Ermächtigung eines Pflegeheims für den Zeitraum von mindestens fünf Jahren zu erfolgen hat.

Zu Artikel 12 (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 § 4 Abs. 1 macht deutlich, dass es sich bei den Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 um eine im Vergleich zu der im Krankenpflegegesetz geregelten Ausbildung er-

weiterte 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 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 Wirtschaftsraums 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 für § 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 Krankenpflegeschulen 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 Ausbil-

dungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer auf die entsprechenden Leistungen während der Dauer der Regelausbildungszeit auch weiterhin einen Anspruch haben.

Zu Artikel 13 (Übergangsregelung zu den Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen)

Die Richtlinien nach Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb 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 1. Juli 2008 und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt unter Anwendung der Richtlinien zur Verfügung gestellt werden kann.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Soziale Pflegeversicherung

Die Maßnahmen des Gesetzes 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 Milliarden Euro. In den Folgejahren ergeben sich jeweils Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden 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 Milliarden Euro und im Jahr 2009 zu Mehrausgaben von rund 0,42 Milliarden Euro. Mit Einsetzen der zweiten Stufe der Anhebung steigen die Mehrausgaben im Jahr 2010 auf rund 0,79 Milliarden Euro. Mit Erreichen der Endstufe im Jahr 2012 steigen sie nochmals auf rund 1,25 Milliarden 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 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 Milliarden Euro und von rund 0,36 Milliarden Euro für das volle Jahr 2009. Anschließend wird eine allmählich steigende Inanspruchnahmehäufigkeit unterstellt, die im Jahr 2010 zu Mehrausgaben von rund 0,44 Milliarden Euro und in 2011 von rund 0,53 Milliarden 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 Dynamisierung der Leistungsbeträge in Höhe der kumulierten Inflationsentwicklung der letzten drei Jahre, aber nicht um

mehr als die kumulierte Lohnentwicklung (Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer) im selben Zeitraum, sind nicht hinreichend genau ermittelbar, da Inflations- und Lohnentwicklung in den Jahren ab 2013 derzeit kaum vorhersagbar sind.

- Die Einführung eines flächendeckenden Anspruchs auf Pflegebegleitung, bei dem ein Pflegebegleiter oder eine Pflegebegleiterin jeweils etwa 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen betreut, verursacht für die soziale Pflegeversicherung mittelfristig Mehrausgaben von rund 0,29 Milliarden Euro. Dabei wird davon ausgegangen, dass nach einer mehrjährigen Anlaufphase der überwiegende Teil der ambulant Pflegebedürftigen (rund eine Million) dieses Anbot in Anspruch nimmt. In den ersten Jahren liegen die Ausgaben niedriger (2009: rund 0,11 Milliarden, 2010: rund 0,17 Milliarden Euro usw.). Auch für das zweite Halbjahr 2008 wird ein Betrag von rund 0,03 Milliarden Euro angesetzt, da in kurzfristig errichteten Pflegestützpunkten bereits vor Einführung des Rechtsanspruchs zum 1. Januar 2009 Pflegebegleitung 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 Milliarden 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 Pflegebegleitung zu denken).
- Die Ausweitung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege führt zu Mehrausgaben von rund 0,04 Milliarden Euro im zweiten Halbjahr 2008. Die Mehrausgaben steigen im Jahr 2009 auf 0,09 Milliarden Euro an und entsprechen mittel- und langfristig rund 0,01 Beitragssatzpunkten.
- Die Anhebung der Vergütungssätze für häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 sowie ihre Erstreckung auf zu Hause versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, führt ab 2009 zu jährlichen Mehraufwendungen von rund 0,01 Milliarden 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 Millionen 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 mit Ausnahme der Lohnersatzleistung bei kurzzeitiger Freistellung in etwa kostenneutral, da Beitragsausfällen und Mehrausgaben für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen sowie Beiträgen zur Weiterversicherung in der Arbeitslosen- und Krankenversicherung Minderausgaben in Folge einer verstärkten Inanspruchnahme von Pflegegeld in etwa gleicher Größenordnung gegenüberstehen. Die Mehrausgaben für Lohnersatzleistungen im Rahmen der kurzzeitigen Freistellung betragen im zweiten Halbjahr 2008 rund 0,05 Milliarden Euro und im Jahr 2009 knapp 0,1 Milliarden Euro, wenn unterstellt wird, dass die kurzzeitige Freistellung bei einem Drittel der Neuzugänge in die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wird.
- 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 Milliarden Euro				
	2008	2009	2010	2011	2012
Alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	0,53	1,14	1,64	1,81	2,32

Die Mehrausgaben im Jahr 2008 fallen in Folge 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 dritte Stufe der Anhe-

bung der Leistungsbeträge einsetzt. 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 Pflegebegleitung und aus der Schaffung von Pflegestützpunkten keine Mehrausgaben, da der Kostenbeteiligung in beiden Fällen entsprechende Minder Ausgaben gegenüberstehen. Sie ergeben sich daraus, dass die Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen 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 0,08 Milliarden Euro, denen zusätzliche von der Pflegeversicherung zu zahlende Mindestbeiträge in Höhe von rund 0,01 Milliarden 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 0,04 Milliarden 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. Zusätzlich entstehen im Rahmen der kurzzeitigen Freistellung Beitragsausfälle von rund

0,01 Milliarden Euro im zweiten Halbjahr 2008 und von rund 0,03 Milliarden Euro im Jahr 2009.

4. Arbeitslosenversicherung

Aus der Wiederbesetzung von im Rahmen der Pflegezeit frei werdenden Stellen mit Arbeitslosen ergeben sich Minderausgaben von jährlich mehr als 0,2 Milliarden Euro. Zusätzlich zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Weiterversicherung in Höhe von rund 0,01 Milliarden Euro jährlich.

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 3 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 Milliarden Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Milliarden Euro.

6. Bund, Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im zweiten Halbjahr 2008 Mehrausgaben von rund 0,01 Milliarden Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Milliarden Euro. Dies entspricht etwa 3 vom Hundert der Auswirkungen in der sozialen Pflegeversicherung.

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 Größenordnung dürfte schon nach wenigen Jahren mehr als hundert Millionen Euro betragen und mit jedem Dynamisierungsschritt weiter zunehmen.

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 Pfl-

gestützte 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) Mehrausgaben von bis zu 5 Millionen Euro ergeben. Dies ist aber letztendlich den Beteiligten überlassen.

7. Unternehmenssektor

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 0,4 Milliarden Euro im Jahr 2008 und etwa 0,9 Milliarden 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 sind nicht abschätzbar, da ihre zukünftige Anzahl nicht bekannt ist.

Die Bürokratiekosten der Wirtschaft sind unter Punkt 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. Frauenpolitische Auswirkungen

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 gleichstellungspoliti-

schen 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 Gesetz 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 Gesetzes kann der Personenkreis der Frauen wegen ihres 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, 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 Millionen 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 Standardtarif-Tabelle 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 Millionen Euro. Folgende Informationspflichten werden geändert:

- § 79 Abs. 1

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

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 ambulant durch Pflegedienste

sowie stationär gepflegten Personen) Pflegedokumentationen täglich erstellt werden. Bei sach- und ordnungsgemäßer Dokumentationsleistung benötigen Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung je Pflegebedürftigen 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 5 vom Hundert und einem Lohnansatz von 31,20 Euro je Arbeitsstunde ergibt sich eine Gesamtentlastung der Pflegeeinrichtungen in Höhe von rund 86 Millionen Euro.

- § 115 Abs. 1 Satz 6

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

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 Pflegesachleistung). Damit trägt die Neuregelung zur Entbürokratisierung bei. Bei einem geschätzten Arbeitsaufwand von durchschnittlich zwei Minuten, einem Stundenlohn von 28,80 Euro und Zusatzkosten von 1,00 Euro (Porto etc.) wird die Vereinfachung der Informationspflicht eine Entlastung für die ambulanten Pflegedienste von rund 0,25 Millionen Euro mit sich bringen.

b) Bürokratiekosten neuer Informationspflichten:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden acht neue Informationspflichten für die Wirtschaft eingeführt. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten werden auf

7,55 Millionen Euro geschätzt. Folgende Informationspflichten werden neu eingeführt:

- § 37 Abs. 4 Satz 1

Die anerkannten Beratungsstellen (§ 37 Abs. 7) 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

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.

- § 44a Abs. 3 Satz 2

Der behandelnde Arzt stellt dem Beschäftigten eine Bescheinigung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes aus. Für die Ausstellung einer derartigen Bescheinigung wird der Arzt rund zehn Minuten benötigen. Bei einem Lohnansatz von 46,20 Euro je Arbeitsstunde und einer Fallzahl von rund 200 000 zu erwartenden kurzfristigen Freistellungen pro Jahr, ergibt sich eine Gesamtbelastung von rund 1,54 Millionen Euro. Da der Arzt ein entsprechendes Honorar erhält, ist die Ausstellung der Bescheinigung für ihn kostenneutral.

- § 44a Abs. 3 Satz 3

Der Arbeitgeber stellt dem Beschäftigten eine Bescheinigung über den Entgeltausfall während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aus. Für die Ausstellung einer derartigen Bescheinigung wird der Arbeitgeber rund zehn Mi-

nuten benötigen. Bei einem Lohnansatz von 30,20 Euro je Arbeitsstunde und einer Fallzahl von rund 200 000 zu erwartenden Freistellungen ergibt sich eine Gesamtbelastung in Höhe von rund 1,01 Millionen Euro.

- § 110 Abs. 5

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 gegenüber 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 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

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. Bei einer Prüfungsdauer von durchschnittlich drei Tagen und bei zwei Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung, die in die Prüfung eingebunden sind, wird eine Einrichtung mit den Kosten für sechs Personaltage belastet. Anzusetzen ist ein durchschnittlicher Stundenlohn von 31,20 Euro.

Demzufolge entsteht durch diese Erweiterung einer bestehenden Informationspflicht eine zusätzliche Belastung von rund 4 Millionen Euro.

- § 95d Abs. 5 des Fünften Buches

Die stationären Einrichtungen haben für ihre nach § 119b des Fünften Buches 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 ein Prozent 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 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 1 Million Euro entlastet. Folgende Informationspflichten werden gestrichen:

- § 80a Abs. 1

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. Die Entlastung aus dem Verzicht auf die Aushandlung einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung dürfte bei rund einer Stunde je abzuschließender Vergütungsvereinbarung liegen. Bei 7 300 jährlich abzuschließenden Vereinbarungen (unterstellte durchschnittliche Laufzeit 1,5 Jahre) und einem Lohnansatz von 46,20 Euro pro Stunde ergibt sich eine Bürokratiekostenentlastung der stationären Pflegeeinrichtungen von rund 0,34 Millionen Euro.

- § 114 Abs. 1 Satz 4

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 10 vom Hundert der betroffenen Pflegeeinrichtungen wurden vorher bereits durch einen Sachverständigen geprüft. Bei einer Prüfungsdauer von durchschnittlich drei Tagen und dem Einsatz von zwei Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung, die ständig mit der Prüfung befasst sind, wird die Einrichtung von den Kosten für sechs Personaltage entlastet. Daraus ergibt sich bei einem durchschnittlichen Lohnansatz von 31,20 Euro pro Stunde eine Gesamtentlastung von rund 0,65 Millionen Euro. Die Stichprobenprüfung nach § 114 Abs. 4 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 Zu-

sammenarbeit 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

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

Der Wegfall einer gesonderten Leistungs- und Qualitätsvereinbarung entlastet auch die Landesverbände der Pflegekassen und die Träger der Sozialhilfe.

b) Bürokratieaufwand neuer Informationspflichten:

Die folgenden sechzehn Informationspflichten werden für die Verwaltung neu eingeführt:

- § 7a Abs. 7

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Erfahrungsbericht zur Pflegebegleitung vor.

- § 30 Satz 4

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

Die Pflegekasse informiert mit Zustimmung 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

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

Die Träger des Pflegestützpunktes beantragen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Anschubfinanzierung.

- § 92c Abs. 3 Satz 4

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt Bescheide über die Höhe der Anschubfinanzierung.

- § 92c Abs. 3 Satz 4

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen teilt dem Bundesversicherungs-

amt mit, welche Anschubfinanzierungen für Pflegestützpunkte bewilligt wurden.

- § 92c Abs. 3 Satz 5

Die Träger des Pflegestützpunktes haben gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die zweckentsprechende Verwendung der Mittel durch einen Verwendungsnachweis zu belegen.

- § 92d Abs. 1 Satz 6

Die Träger der Pflegestützpunkte beantragen die Durchführung von Modellvorhaben zum persönlichen Budget im Rahmen der wohnortnahen Versorgung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

- § 92d Abs. 1 Satz 6 und 7

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen genehmigt bis zu 16 Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben.

- § 92d Abs. 2 Satz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht die Ergebnisse des Modellvorhabens nach Satz 1 auf seiner Internetseite.

- § 113 Abs. 1 Satz 2

Die Vereinbarung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

- § 113a Abs. 3 Satz 1

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

Das Bundesversicherungsamt teilt dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich den Finanzierungsanteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit.

- § 115 Abs. 1 Satz 4

Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 114.

- § 40 Abs. 3 Satz 8 des Fünften Buches

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, sechs 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

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 ei-

genständige Recht auf Akteneinsicht als Entlastung zu werten, weil er den Antrag künftig selbst stellen kann.

b) Bürokratieaufwand neuer Informationspflichten:

Die folgenden sechs Informationspflichten werden für die Bürgerinnen und Bürger neu eingeführt:

- § 44a Abs. 1 Satz 2

Freiwillig versicherte Angehörige von Pflegebedürftigen erhalten auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung.

- § 44a Abs. 3 Satz 2

Der Angehörige des Pflegebedürftigen beantragt bei dessen Pflegekasse Pflegeunterstützungsgeld. Diesem Antrag sind die Bescheinigung über den Entgeltausfall während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung sowie die Bescheinigung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes beizufügen.

- § 45d Abs. 1

Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerlichen Engagement bereiter Personen und Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen können Mittel nach § 45c 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.