

Was ändert sich für Tagespflege-Einrichtungen mit Inkrafttreten des PfWG zum 01.07.2008?

Berlin, 01.07.2008

PARITÄTISCHER Gesamtverband e.V. - <http://www.paritaet.org>
Andrea Pawils /Heidi Reinschmidt, Referat Altenhilfe und Pflege

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. <u>Feststellung der Pflegebedürftigkeit</u>	3
<u>Begutachtung durch den MDK</u>	3
<u>Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz</u>	3
2. <u>Rechte Pflegebedürftiger</u>	5
<u>Beratung</u>	5
<u>Selbstbestimmung</u>	6
<u>Rehabilitation</u>	6
3. <u>Leistungen der Pflegeversicherung</u>	7
<u>Veränderte Leistungsbeträge</u>	7
<u>Zusätzliche Betreuungsleistungen</u>	8
<u>für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz</u>	8
4. <u>Neufassung von § 41 SGB XI</u>	9
<u>Tagespflege und Nachtpflege</u>	
5. <u>Rahmenbedingungen der Leistungserbringung</u>	14
<u>verantwortliche Pflegefachkraft</u>	14
<u>Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen</u>	14
<u>Ehrenamtliche Unterstützung</u>	15
<u>Kooperation mit Pflegestützpunkten</u>	16
<u>Versorgungsvertrag /Gesamtversorgungsvertrag</u>	17
<u>Kündigung von Versorgungsverträgen</u>	18
<u>Landesrahmenverträge</u>	19
<u>Leistungs- und Qualitätsmerkmale</u>	20
<u>Investitionsaufwendungen</u>	21
<u>Pflegebuchführung</u>	22
<u>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</u>	22
<u>Landespflegeausschüsse</u>	23
6. <u>Qualitätssicherung</u>	24
<u>Qualitätsverantwortung</u>	24
<u>Aufhebung von PQsG-Regelungen</u>	24
<u>Qualitätsvereinbarungen</u>	24
<u>Schiedsstelle Qualitätssicherung</u>	25
<u>Expertenstandards</u>	26
<u>Qualitätsprüfungen</u>	26
<u>Durchführung der Qualitätsprüfungen</u>	28
<u>Qualitätsprüfungs-Richtlinien</u>	29
<u>Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen</u>	30
7. <u>Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)</u>	32

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Begutachtung durch den MDK

Die Pflegekasse soll dem Antragsteller die Entscheidung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit spätestens fünf Wochen nach Antragseingang schriftlich mitteilen. (§ 18 Abs. 3 SGB XI)

In bestimmten Situationen gelten verkürzte Begutachtungsfristen:

Die Begutachtung ist innerhalb einer Woche nach Antragstellung durchzuführen, wenn Antragsteller sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befinden und zur Sicherstellung der weiteren Versorgung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Diese Frist gilt auch für Antragsteller im Hospiz und in ambulanter palliativer Versorgung.

Die Begutachtung ist spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen, wenn sich der Antragsteller in häuslicher Pflege befindet und die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde.

Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des MDK bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

(§ 18 Abs. 3 SGB XI)

Der MDK hat im Rahmen der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch zu prüfen, ob erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) vorliegt. (§ 18 Abs. 1 SGB XI)

In jedem Gutachten zur Pflegebedürftigkeit hat der MDK der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

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 kann wiederholt werden und schließt Änderungen bzgl. der Pflegestufe etc. nicht aus. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. (§ 33 Abs. 1 SGB XI) Eine befristete Zuordnung zu einer Pflegestufe und eine dementsprechend befristete Leistungsbewilligung sollen gegenüber den Pflegebedürftigen die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit verdeutlichen und die Steuerung des Gesamtprozesses durch die Pflegekassen ermöglichen. (Begründung zu § 33 Abs. 1 SGB XI)

Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Der MDK hat im Rahmen der Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. (§ 18 Abs. 1 SGB XI)

Für Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat, sieht die Pflegeversicherung besondere Leistungen vor. (§ 45 a SGB XI)

Auch Personen mit Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Betreuung unterhalb der Pflegestufe I, bei denen der MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf festgestellt hat, haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. (§ 45 a Abs. 1 SGB XI)

Rechte Pflegebedürftiger

Beratung

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhält, hat ab 01.01.2009 einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin /einen Pflegeberater. Vor dem 01.01.2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. (§ 7a Abs. 1 SGB XI)
Pflegebedürftige haben somit gegenüber den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen einen einklagbaren Individualanspruch auf Pflegeberatung. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. (Begründung zu § 7a Abs. 1 SGB XI)

Die Zuerkennung einer Pflegestufe ist nicht Voraussetzung für einen Beratungsanspruch. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Pflegeleistungen gem. SGB XI gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. (§ 7a Abs. 1 SGB XI)

Die Pflegekasse hat Pflegebedürftige unverzüglich nach Eingang ihres Antrags auf Leistungen über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92 c SGB XI), die Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind und eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln (Leistungs- und Preisvergleichsliste). (§ 7 Abs. 3 SGB XI)

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den MDK systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren. (§ 7 a Abs. 1 SGB XI)

Die Erstellung eines Versorgungsplans verpflichtet den Pflegebedürftigen nicht zur Inanspruchnahme der darin aufgelisteten Hilfen. Der Versorgungsplan hat keinen zwingenden und rechtsverbindlichen sondern einen empfehlenden Charakter. (Begründung zu § 7a Abs. 1 SGB XI)

Die Pflegekassen sind verpflichtet, bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. (§ 7a Abs. 1 SGB XI)

Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. (§ 7 a Abs. 2 SGB XI)

Im Interesse einer kontinuierlichen Versorgung hat die Pflegeberatung dauerhaft durch eine dem Pflegebedürftigen persönlich zugeordnete Beratungsperson zu erfolgen. Es kann jedoch Fälle geben, in denen die Pflegekasse dies nicht sicherstellen kann und es darf den Hilfebedürftigen keine bestimmte Beratungsperson „aufgezwungen“ werden. (Begründung zu § 7a Abs. 2 SGB XI)

Selbstbestimmung

In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden. (§ 1 Abs. 4 a SGB XI) Es soll in der pflegerischen Versorgung Rücksicht genommen werden auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Angesichts einer zunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund soll in der Pflege den kulturell bedingt unterschiedlichen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden. Mit der Neuregelung wird kein Anspruch auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen etwa gegen Einrichtungsträger begründet. (Begründung zu § 1 Abs. 4 a SGB XI)

Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden. (§ 2 Abs. 2 SGB XI) 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. (Begründung zu § 2 SGB XI)

Rehabilitation

In jedem Gutachten zur Pflegebedürftigkeit hat der MDK der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

Wenn eine Pflegekasse durch das MDK-Gutachten oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, wird damit das Verfahren für eine Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet. (§ 31 Abs. 3 SGB XI)

Die Krankenkasse hat an die Pflegekasse eine Ausgleichszahlung in Höhe von 3.072 € für nicht rechtzeitig (innerhalb von sechs Monaten nach Antrag) erbrachte Rehabilitationsmaßnahmen zu leisten. Dies gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. (§ 40 Abs. 3 SGB V)

Leistungen der Pflegeversicherung

Veränderte Leistungsbeträge

häusliche Pflege

Die Geldleistungen (§ 37 SGB XI) werden angehoben:

Pflegestufe	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I	215 €	225 €	235 €
II	420 €	430 €	440 €
III	675 €	685 €	700 €
in Härtefällen	wie Pflegestufe III		

ambulante Pflege

Die Sachleistungen (§ 36 SGB XI) werden angehoben:

Pflegestufe	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I	420 €	440 €	450 €
II	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.470 €	1.510 €	1.550 €
in Härtefällen	unverändert 1.918 €		

Tagespflege

Die Leistungsbeträge der Tagespflege (§ 41 Abs. 2 SGB XI) werden angehoben:

Pflegestufe	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I	420 €	440 €	450 €
II	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.470 €	1.510 €	1.550 €
in Härtefällen	wie Pflegestufe III		

Kombination Tagespflege mit weiteren Leistungen

Pflegebedürftige können die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren (§ 41 Abs. 3-6 SGB XI). Wenn Tagespflege in Verbindung mit Pflegegeld oder mit Pflegesachleistungen oder einer Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wird, erhöht sich der Gesamtleistungsanspruch auf 150% (bisher 100%).

Beispielrechnungen :

Pflegestufe II	Beispiel 1		Beispiel 2		Beispiel 3	
	Betrag €	%	Betrag €	%	Betrag €	%
Tagespflege	980	100	980	100	490	50
Pflegegeld	210	50	105	25		
Sachleistung			245	25	980	100
Summe	150		150		150	

zusätzlicher Betreuungsbetrag

Die Leistung (§ 45 b Abs. 1 SGB XI) wird in einen Grundbetrag und einen erhöhten Betrag differenziert und angehoben:

Grundbetrag: 100 € mtl.

erhöhter Betrag: 200 € mtl.

Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können zusätzliche Betreuungsleistungen¹ in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden auf Antrag ersetzt, höchstens jedoch 100 € monatlich (Grundbetrag) oder 200 € monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Betrages wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK festgelegt. Dies geschieht auf der Basis von Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs. (§ 45 b Abs. 1 SGB XI)

Damit die Leistungen ab Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.07.2008 gewährt werden können, haben die Pflegekassen die Richtlinien zur Bewertung des Hilfebedarfs dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31.05.2008 vorzulegen². (§ 122 SGB XI)
Die Richtlinien gelten als genehmigt, wenn sie innerhalb eines Monats nicht beanstandet wurden. (§ 17 Abs. 2 SGB XI)

Soweit der Leistungsbetrag für zusätzliche Betreuungsleistungen (1.200 bzw. 2.400 €) innerhalb eines Kalenderjahres nicht ausgeschöpft wurde, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. (§ 45 b Abs. 2 SGB XI)

Wenn der nach dem bis zum 30.06.2008 geltenden Recht bestehende Anspruch auf einen Leistungsbetrag für zusätzliche Betreuungsleistungen (460 € jährlich) nicht bis zum 30.06.2008 ausgeschöpft wurde, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden. (§ 45 b Abs. 2 SGB XI)

¹ Hierzu zählen wie bisher gem. § 45 b Nr. 1 SGB XI auch Leistungen der Tagespflege. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören gem. Begründung zum PfIEG auch die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

² Mit Stand 29.04.2008 wurde ein Entwurf vorgelegt, zu dem der PARITÄTISCHE eine Stellungnahme abgegeben hat. (<http://www.paritaet.org> -- Fachinformationen -- Stellungnahmen)

Neufassung von § 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.³

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

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

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

(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 Ab-

³ § 41 Abs. 1 SGB XI blieb unverändert, alle weiteren Absätze wurden mit dem PfWG verändert.

satz 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.

Begründung:

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

Zu den Absätzen 4 bis 6

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 × 1,5). Er kann zum Beispiel Tagespflege in Höhe von 980 Euro (= 100 vom Hundert) mit Pflegesachleistungen in Höhe von 490 Euro (= 50 vom Hundert) kombinieren.

Beispiel II

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

Zu Absatz 5

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

Beispiel I

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

sich keine Erhöhung der Kombinationsleistung nach § 38 im Verhältnis zu Pflegebedürftigen, die die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht in Anspruch nehmen können bzw. wollen. Pflegesachleistung und Pflegegeld bleiben zusammen auf 100 vom Hundert begrenzt.

Beispiel II

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

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

Rahmenbedingungen der Leistungserbringung

verantwortliche Pflegefachkraft

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Abs. 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.
(§ 71 Abs. 3 SGB XI)

Es handelt sich um Folgeänderungen zum neuen Krankenpflegegesetz und zum Altenpflegegesetz des Bundes. Mit der Verwendung der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, „Gesundheits- und Krankenpfleger“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ wird der geänderten Bezeichnung im Krankenpflegegesetz Rechnung getragen. Der Verzicht auf die zusätzliche Aufzählung der alten Bezeichnungen „Krankenschwester“, „Krankenpfleger“, „Kinderkrankenschwester“ und „Kinderkrankenpfleger“ trägt dem Interesse der Rechtsklarheit Rechnung. Das ist möglich, weil die Übergangsvorschriften in § 23 des Krankenpflegegesetzes klarstellen, dass die Personen, die über eine Berufserlaubnis nach altem Recht verfügen, die neue Berufsbezeichnung verwenden dürfen, ohne eine entsprechende Erlaubnis nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2004 zu beantragen. Sie werden daher von den Vorschriften, in denen nur noch die neuen Bezeichnungen Verwendung finden, mit umfasst. Darüber hinaus wird die Berufsausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin nach dem Altenpflegegesetz des Bundes im Hinblick auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegefachkraft gleichgestellt. Gemäß der Übergangsvorschrift des § 29 des Altenpflegegesetzes entfällt der Verweis auf den Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin nach bisherigem Landesrecht. (Begründung zu § 71 Abs. 3 SGB XI)

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.
(§ 71 Abs. 3 SGB XI)

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. (Begründung zu § 71 Abs. 3 SGB XI)

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die Spitzenverbände der Pflegekassen fördern den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige mit 25 Millionen Euro jährlich (statt bisher 10 Millionen jährlich). Wie

bisher wird der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der Kommune für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird und soweit Mittel der Arbeitsförderung eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. (§ 45 c Abs. 1 u. 2 SGB XI)

Die Mittel können auch zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe eingesetzt werden. (s.u.)

Ehrenamtliche Unterstützung

Die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45 c) können auch eingesetzt werden zum Auf- und Ausbau

1. 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. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. (§ 45 d SGB XI)

In Landesrahmenverträgen gem. § 75 SGB XI sind die Möglichkeiten zu regeln, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in Tagespflege-Einrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können. Anregungen bietet die Freiwilligencharta des PARITÄTISCHEN.

In den Vergütungen von Tagespflege-Einrichtungen sind gem. § 82 b SGB XI Aufwendungen ehrenamtlicher Unterstützung für SGB XI-Leistungsempfänger berücksichtigungsfähig, insbesondere Aufwendungen

- für die vorbereitenden und begleitenden Schulungen,
- für die Planung und Organisation von Einsätzen der ehrenamtlich tätigen Personen und Organisationen,
- für den Ersatz der den ehrenamtlich tätigen Personen selbst entstehenden Aufwendungen (zum Beispiel Fahrtkosten für die An- und Abfahrt, Reinigungskosten für die Kleidung und Verpflegungsmehraufwendungen) und
- für das Abstellen des dafür benötigten Personals. 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. (Begründung zu § 82 b SGB XI)

Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden. Aus Gründen der Verwaltungvereinfachung 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 geson-

dernten Ausweis dieser Aufwendungen allerdings nichts im Wege. (Begründung zu § 82 b SGB XI)

Kooperation mit Pflegestützpunkten

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige 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. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen (§ 92 c Abs. 2 SGB XI).

Pflegestützpunkte werden eingerichtet, wenn die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt (§ 92 c Abs. 1 SGB XI). Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger (§ 92 c Abs. 2 SGB XI). Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich die im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen an den Pflegestützpunkten beteiligen (§ 92 Abs. 2 SGB XI).

Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt (§ 92 c Abs. 4 SGB XI). Die Träger der Pflegestützpunkte (= Kostenträger) tragen die für den Betrieb erforderlichen Aufwendungen auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung.

Für den Aufbau von Pflegestützpunkten werden 60 Mio. € aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt und auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt (§ 92 c Abs. 6 SGB XI). Im Rahmen dieser Mittel ist der Aufbau eines Pflegestützpunktes bis 2011 mit einem Zuschuss bis zu 45.000 € zu fördern. Wenn ehrenamtliches Engagement in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen wird, erhöht sich die Förderung um 5.000 €. Im Rahmen eines Förderantrags sind dem Spitzenverband Bund der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger mitzuteilen. (§ 92 c Abs. 5 SGB XI). Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (§ 92 c Abs. 6). Die Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen können mit der BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten vereinbaren (§ 92 c Abs. 9 SGB XI). Die Pflegekassen und Krankenkassen auf Landesebene können mit den Sozialhilfeträgern auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Dabei haben sie die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Entscheidung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten und die Empfehlungen der Bundesebene zu berücksichtigen (§ 92 c Abs. 8 SGB XI).

Versorgungsvertrag /Gesamtversorgungsvertrag

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. (§ 72 Abs. 3 SGB XI)

Mit der Ergänzung 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. (Begründung zu § 72 Abs. 3 SGB XI)

Die Änderung der Nr. 3 ist eine Folgeänderung der Verschiebung des Regelungsinhalts des § 80 in den neuen § 113. Zum anderen wird in Nummer 4 klargestellt, dass die Einführung und Umsetzung der Expertenstandards nach § 113a durch die Pflegeeinrichtung Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages ist. Die Vorschrift korrespondiert mit der Neuregelung in § 112 Abs. 2, nach der die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, Expertenstandards anzuwenden. (Begründung zu § 72 Abs. 3 SGB XI)

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. (§ 72 Abs. 2 SGB XI)

Den Trägern soll ermöglicht werden, unter einem vertraglichen „Dach“ mehrere Einrichtungen an einem Ort (zum Beispiel einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung) zu betreiben. Für mehrere verbundene Einrichtungen kann ein Gesamtversorgungsvertrag geschlossen werden. Ziel ist unter anderem die Unterstützung und Erleichterung der Diversifizierung von Versorgungsangeboten. (Begründung Allgemeiner Teil I.10 BT-Dtrs. 16/4739 S. 43)

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. 5⁴ SGB XI – einer klaren rechnungsmäßigen Abgrenzung der Kosten des Personaleinsatzes, damit hinsichtlich der Kostenzuordnung zu den verschiedenen Einrichtungsteilen keine Unklarheiten entstehen. (Begründung zu § 72 Abs. 2 SGB XI)

Kündigung von Versorgungsverträgen

Die Kündigung des Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Pflegekassen ist auch möglich, 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. (§ 74 Abs. 1 SGB XI)

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 abgestellt werden, soll künftig der Versorgungsvertrag durch die Landesverbände der Pflegekassen gekündigt werden können. (Begründung zu § 74 Abs. 1 SGB XI)

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

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

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

Zusammen mit den präzisierten Zulassungsvoraussetzungen wird die Flexibilität der Beteiligten durch die Regelung gestärkt. Sie gibt beispielhaft zwei unterschiedlich

⁴ Festlegungen zur personellen Ausstattung in der Pflegesatzvereinbarung für die stationäre Pflege

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. (Begründung zu § 74 Abs. 1 SGB XI)

Landesrahmenverträge

In den Landesrahmenverträgen sind ergänzend zu regeln:

- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

(§ 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI)

Der Auftrag an die Vertragsparteien der Rahmenverträge auf Landesebene wird insoweit konkretisiert und präzisiert, als diese nunmehr neben der personellen Ausstattung der verschiedenen Arten von Pflegeeinrichtungen auch deren Grundausrüstung mit Hilfsmitteln zu regeln haben. 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. (Begründung zu § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI)

Weiter sind in den Landesrahmenverträgen ergänzend zu regeln:

- die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können. (§ 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI) siehe [Ehrenamtliche Unterstützung](#)

Mit der Regelung wird der Einsatz der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie von ehrenamtlichen Pflegepersonen und von weiteren Personen und Organisationen, die sich bürgerschaftlich oder ehrenamtlich engagieren, zur Unterstützung und Ergänzung der professionellen Versorgung der Pflegebedürftigen erleichtert. Bisher wird die in der Bevölkerung vorhandene Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement bei der pflegerischen Versorgung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Mitbürgern noch nicht in vollem Umfang genutzt. Die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge erhalten deshalb ausdrücklich den Auftrag, die in diesem Bereich

bisher nicht genutzten Ressourcen für eine ergänzende Weiterentwicklung der humanen Pflege durch geeignete Regelungen zu erschließen und die vorhandenen Möglichkeiten besser als bisher zu nutzen, um so dazu beizutragen, dass sich die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten in der Zukunft nicht auf eine zu geringe Zahl von Pflegekräften reduzieren (vergleiche den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800, Teil F Nr. 4.8, S. 268), deren begrenztes Zeitbudget insbesondere eine zeitintensive Betreuung der Hilfebedürftigen kaum zulässt. (Begründung zu § 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI)

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 beschäftigen (vergleiche ISO-Modellbericht 15/2006 „Bürgerschaftliches Engagement im BMG-Modellprogramm“). Des Weiteren ist das Projekt „Pflegebegleiter-Praxis“ im Rahmen des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Bundesmodellprogramms „Generationenübergreifende Freiwilligendienste“ zu nennen, das die Entwicklung von Stärkungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Angehörige durch Praxisanleitung und -begleitung von Freiwilligen zum Inhalt hat. Diese Modellprojekte belegen die große Bereitschaft vieler Freiwilliger und bürgerschaftlich Engagierter zur Mitarbeit in pflegerischen Versorgungssituationen. (Begründung zu § 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI)

Leistungs- und Qualitätsmerkmale

§ 80 a SGB XI wurde aufgehoben, Regelungsinhalte wurden in § 84 Abs. 5 SGB XI aufgenommen.

In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
 2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
 3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern.
- (§ 84 Abs. 5 SGB XI)

Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen 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 bestimm-

mungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt. (§ 84 Abs. 6 SGB XI)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschrift über den besonderen Vertragstyp der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a, mit der eine Entlastung der Pflegeeinrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand erreicht wird, weil nunmehr neben der Vergütungsvereinbarung keine weitere zusätzliche und auf dem Rechtsweg gesondert überprüfbare Vereinbarung über die Leistung und die Qualität des Pflegeheimes erforderlich ist. Die inhaltlich unverzichtbaren Elemente der aufgehobenen Regelung des § 80a werden als Vereinbarungsbestandteil in die ohnehin regelmäßig abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen aufgenommen. Es wird klargestellt, dass eine Pflicht zur Regelung der erforderlichen Ausstattung der Pflegeeinrichtung mit Verbrauchsgütern nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 zweiter Halbsatz besteht. Zu regeln sind auch und ins- besondere die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgen- den Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraumes erwartet werden. Hieran anknüpfend ist die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, zu regeln. Dies kann – je nach Einrichtung und Situation – eine feste Größenordnung, eine personelle Mindestausstattung oder zum Beispiel ein Korridor sein (vergleiche den Gesamtversorgungsvertrag; siehe die Begründung zu § 72 Abs. 2). Bei diesen individuell auf die jeweilige Pflegeeinrichtung abzustellenden Regelungen ist es denkbar, dass von den Personalanhaltszahlen oder Personalrichtwerten abzuweichen ist, die als allgemein gültige Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene personelle Ausstattung in einem Rahmenvertrag (§ 75) verbindlich vereinbart wurden. So kann eine geringere personelle Ausstattung beispielsweise

- zu flexiblen Strukturen im Bereich der Tagespflege führen, weil Pflegebedürftige insbesondere morgens in der Einrichtung keine grundpflegerischen Leistungen in Anspruch nehmen, und
- für die Zeit eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 oder als Ergebnis derartiger Modellvorhaben ebenso sachgerecht sein wie eine umfangreichere personelle Ausstattung aufgrund ausgeprägter Besonderheiten des zu versorgenden Personenkreises.

Die individuell zu vereinbarenden Leistungs- und Qualitätsmerkmale kennzeichnen die jeweilige Pflegeeinrichtung. So wären zum Beispiel auch Aufwendungen der Einrichtung zu berücksichtigen, die ihr in der nächsten Vergütungsperiode voraussichtlich durch besonderes Fachpersonal, wie beispielsweise Physio- oder Ergotherapeuten, oder durch ehrenamtlich tätige Personen entstehen werden.

Der im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vorgesehene Personalabgleich bleibt weiterhin möglich. (Begründung zu § 84 Abs. 5)

Investitionsaufwendungen

Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. (§ 9 SGB XI)

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

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

Die Regelung dient dem Zweck, den unterschiedlichen landesrechtlichen Verfahren bei der Förderung und Refinanzierung der Investitionskosten von Pflegeheimen Rechnung zu tragen und Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.
(Begründung zu § 9 SGB XI)

Pflegebuchführung

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 gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 7 SGB XI). Wenn die Vertragsparteien die Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung vereinbart haben, wird die Bundesregierung prüfen, ob diese Vereinbarungen sachgerecht sind, damit die Pflegebuchführungsverordnung außer Kraft gesetzt werden kann. Die Vereinbarung ordnungsgemäßer Pflegebuchführung tritt unmittelbar nach Aufhebung der Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. (Begründung zu § 75 Abs. 7 SGB XI)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 79 SGB XI) ist nur noch zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Dadurch sollen Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf ein Maß begrenzt werden, das im Interesse der zweckentsprechenden Mittelverwendung und des Verbraucherschutzes trotz eines vom Wettbewerb geprägten Marktes unerlässlich ist. 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. (Begründung zu § 79 SGB XI)

Landespflegeausschüsse

Ausgehend von einem Vorschlag des Bundesrates wurde die Regelung zu den Landespflegeausschüssen (§ 92 SGB XI) neu gefasst und auf Detailregelungen weitgehend verzichtet:

„Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.“

Qualitätssicherung

Die Regelungen zur Qualitätssicherung wurden im Elften Kapitel des SGB XI zusammengefasst (der bisherige § 80 wurde zu § 113), ergänzt (Expertenstandards, Schiedsstelle, etc.) und neu strukturiert (Qualitätsprüfung, etc.). Nach der Begründung stützt sich die Weiterentwicklung von Pflegequalität auf drei Säulen:

1. die Entwicklung und Festschreibung von Qualitätsinhalten in der Pflege durch Expertenstandards (§ 113 a),
2. die stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements⁵ und eine größere Transparenz der Ergebnisse (besonders §§ 114 Abs. 3 und 115 Abs. 1 a) 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).

Qualitätsverantwortung

Grundsätze der Qualitätssicherung sind in § 112 SGB XI geregelt, der die Überschrift „Qualitätsverantwortung“ erhielt. Die Vorschrift zur Verantwortung der Pflegeeinrichtungen (Abs. 2) wurde ergänzt: Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Der MDK soll seine beratende Funktion gegenüber den Pflegeeinrichtungen in Zukunft ohne Einschränkungen wahrnehmen. (Abs. 4)

Aufhebung von PQsG-Regelungen

Die mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) eingeführten Regelungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen (§ 113 SGB XI) und zur Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (§ 118 SGB XI) wurden aufgehoben. Da der Entwurf einer Pflege-Prüfverordnung gem. § 118 SGB XI im Bundesrat abgelehnt wurde, konnte auch die Regelung zu Leistungs- und Qualitätsnachweisen nicht umgesetzt werden.

Qualitätsvereinbarungen

Die bislang als § 80 SGB XI eingestellte Regelung „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ wurde inhaltlich erweitert und in § 113 SGB XI eingestellt, um den engen Kontext zu den weiteren Regelungen des Elften Kapitels „Qualitätssicherung“ zu verdeutlichen.

Bis zum 31. März 2009 sind (neue) Qualitätsvereinbarungen gem. § 113 SGB XI zu vereinbaren. Vertragspartner sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverband Bund der Krankenkassen), der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Verbände der Pfl-

⁵ Die im Gesetzentwurf vorgesehene Berücksichtigung einer von der Pflegeeinrichtung veranlassten Prüfung hinsichtlich Prüfturnus und Prüftiefe bei der MDK-Prüfung wurde im Gesetzgebungsverfahren wieder dahingehend korrigiert, dass sie lediglich bzgl. des Prüfungsumfanges berücksichtigt werden - siehe [Qualitätsprüfungen](#)

geberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. (§ 113 Abs. 1 SGB XI)

Den Vertragspartnern wird die Aufgabe übertragen, insbesondere auch Regelungen zu treffen über die Anforderungen an die Pflegedokumentation, über die Sachverständigen und Prüfinstitutionen, die nach § 114 Abs. 4 Qualitätsprüfungen durchführen können (im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation) sowie über Zertifizierung- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4 SGB XI, die den jeweils geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen entsprechen müssen. (§ 113 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB XI)

Die bisherige Verordnungsermächtigung bei Nicht-Zustandekommen der Vereinbarung wurde durch eine Schiedsstellenregelung ersetzt. Wenn die Vereinbarungen bis zum 31.03.2009 nicht zustande kommen, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113 b SGB XI anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest.

Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. (§ 113 Abs. SGB XI)

Schiedsstelle Qualitätssicherung

Damit Konflikte zwischen den Vertragsparteien der Qualitätsvereinbarungen gem. § 113 SGB XI beendet werden können, haben sie gemeinsam bis zum 30.09.2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung einzurichten. (§ 113 b SGB XI)

Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, ggf. einem Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung, einem Vertreter der BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, einem Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und einer insgesamt gleichen Zahl Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und ggf. einem Vertreter der Verbände der Pflegeberufe sowie dem von ihnen bestellten unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie Stellvertreter. Wenn die Vertragsparteien sich über die Benennung der unparteiischen Mitglieder bis zum 30.09.2008 nicht einigen können, werden diese bis zum 31.10.2008 durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Wenn die beteiligten Organisationen bis zum 30.09.2008 keine Mitglieder bestellen, wird die Schiedsstelle durch die unparteiischen Mitglieder gebildet. (§ 113 Abs. 2 SGB XI)

Wenn die Vertragsparteien nicht bis zum 30.09.2008 eine Geschäftsordnung vereinbaren, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. (§ 113 b Abs. 3 SGB XI) Das Bundesministerium für Gesundheit führt die Rechtsaufsicht, es kann diese auf das Bundesversicherungsamt übertragen. (§ 113 b Abs. 4 SGB XI)

Mit den Terminsetzungen soll erreicht werden, dass die Schiedsstelle ab 01.11.2008 arbeitsfähig ist. Der Schiedsstelle obliegen folgende Aufgaben:

- Sie setzt den Inhalt der Qualitätsvereinbarungen (§ 113 Abs. 3 SGB XI) fest, wenn die Vertragspartner sich ganz oder teilweise nicht einigen können, die Schiedsstelle hat einen materiellrechtlichen Beurteilungsspielraum.
- Sie entscheidet im Streitfall über die Erarbeitung und Überarbeitung von und Beschlüsse zu den Expertenstandards (§ 113 a Abs. 1 SGB XI), der Beurteilungsspielraum ist auf die Prüfung eines ordnungsgemäßen Verfahrens beschränkt.
- Sie legt die Kriterien der Veröffentlichung der Prüfergebnisse bzgl. der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität bis zum 31.12.2008 fest, wenn die Vertragspartner dies nicht bis zum 30.09.2008 tun. (§ 115 Abs. 1 a SGB XI)

Gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. (§ 113 b Abs. 1 SGB XI)

Expertenstandards

Expertenstandards wurden bisher mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege <http://www.dnqp.de/> entwickelt.

Mit der Regelung von § 113 a SGB XI wird die Entwicklung und die Aktualisierung von Expertenstandards in den institutionellen Rahmen und den rechtlichen Zusammenhang des SGB XI gestellt. Nunmehr haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicherzustellen. Im Konfliktfall bzgl. Auftrag und Beschlussfassung kann jede Vertragspartei und das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113 b SGB XI anrufen.

Die Vertragsparteien haben bis zum 30.09.2008 eine Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zu erlassen, andernfalls wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt. (§ 113 a Abs. 2 SGB XI)

Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden; die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit 10%. (§ 113 Abs. 4 SGB XI)

Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien haben die Pflegeeinrichtungen bei der Einführung der Expertenstandards in die Praxis zu unterstützen, zum Beispiel durch Schulungen und Multiplikatorenkonferenzen. (§ 113 a Abs. 3 SGB XI)

Qualitätsprüfungen

Qualitätsprüfungen werden als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchgeführt. (§ 114 Abs. 1 SGB XI) Die Landesverbände der Pflegekassen

haben Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal bis zum 31.12.2010 zu veranlassen und ab 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr. Die Prüfung wird durch den MDK oder durch von den Pflegekassen beauftragte Sachverständige durchgeführt. (§ 114 Abs. 2 SGB XI)

Geprüft wird, ob die Qualitätsanforderungen nach SGB XI und vertragliche Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Sie bezieht sich auch auf die nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der 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. (§ 114 Abs. 2 SGB XI)

Der Prüfumfang der Regelprüfung ist in angemessener Weise zu verringern, wenn Ergebnisse aus Prüfungen nach einem landesrechtlichen Verfahren vorliegen. (§ 114 Abs. 3 SGB XI)

Im Rahmen von Regelprüfungen können Pflegeeinrichtungen den Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer selbst veranlassten Prüfung vorlegen.⁶ Voraussetzung ist, dass diese Prüfung nach einem von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannten Verfahren gem. § 113 Abs. 1 durchgeführt wurde (siehe [Qualitätsvereinbarungen](#)), nicht länger als ein Jahr zurückliegt und ihre Ergebnisse gem. § 115 Abs. 1 a (siehe [Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen](#)) veröffentlicht wurden. Der Umfang der Regelprüfung ist dann entsprechend zu verringern. Der MDK hat jedoch immer eine Prüfung der Ergebnisqualität durchzuführen. (§ 114 Abs. 4 SGB XI)

Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den Prüfanlass hinaus und umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. (§ 114 Abs. 5)

Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können die Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlassen, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die gem. § 115 Abs. 2 (siehe) angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung von den Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen. Die Kosten der Wiederholungsprüfung sind in beiden Fällen von der Pflegeeinrichtung zu tragen.

⁶ Ebenso wie MDK und von den Pflegekassen beauftragte Sachverständige haben auch unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Sozialhilfeträgern und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen, wenn die Prüfung bei der Regelprüfung berücksichtigt werden soll. (§ 115 Abs. 1 SGB XI)

Durchführung der Qualitätsprüfungen

Prüfungen werden grundsätzlich unangemeldet vom MDK oder von beauftragten Sachverständigen durchgeführt, die berechtigt und verpflichtet sind, die zugelassenen Pflegeeinrichtungen vor Ort zu überprüfen. Der MDK und die Sachverständigen beraten die Einrichtungen im Rahmen der Prüfung in Fragen der Qualitätssicherung. (§ 114 Abs. 1 SGB XI)

Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Einwilligung nicht selbst erteilen kann, darf diese nur durch eine vertretungsrechtliche Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden. (§ 114 Abs. 2 SGB XI)

Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige können dazu befragt werden. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen weiterer Personen sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen. (§ 114 Abs. 3 SGB XI)

Die Einwilligung der Pflegebedürftigen 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 die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung ausreichend aufgeklärt und darauf hingewiesen wurden, dass sich die Verweigerung der Einwilligung nicht nachteilig auswirkt. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. (Begründung zu § 114 Abs. 3 SGB XI)

Vertreter der Pflegekassen und Sozialhilfeträger sind auf Verlangen an den Prüfungen zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung, kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist, an der Prüfung beteiligt wird. Diese Beteiligungen sind nur möglich, wenn dadurch eine Prüfung nicht verzögert wird. MDK und beauftragte Sachverständige sind befugt, sich an Prüfungen der Heimaufsicht zu beteiligen; dabei haben sie ihre Mitwirkung jedoch auf eine Überprüfung gem. SGB XI zu beschränken. (§ 114 Abs. 4 SGB XI)

Die MDK berichten ihre Erfahrungen aus Qualitätsprüfungen dem MDS erstmalig zum 30.06.2011, danach im Abstand von drei Jahren. Sie stellen unter Beteiligung des MDS die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der MDS führt die Berichte zusammen und legt sie innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem BMG, dem BMFSFJ, sowie dem BMAS und den zuständigen Länderministerien vor. (§ 114 Abs. 6 SGB XI)

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

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

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. (Begründung zu § 114 Abs. 7 SGB XI)

Die Richtlinien werden in der Praxis erhebliche Auswirkungen haben. Von daher ist es besonders wichtig, dass die aufgeführten Organisationen und Verbände bei der Erstellung der Richtlinien in qualifizierter Form beteiligt werden. Auf diese Weise wird nicht nur die notwendige Transparenz der Qualitätsprüfungen und ihrer Ziele erreicht, sondern auch die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten eindeutig geregelt und somit die von den Verbänden geforderte Grundlage für die Erarbeitung der Richtlinien geschaffen. Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihrer Qualität vom 10. November 2005 gelten bis zum Erlass neuer oder überarbeiteter Richtlinien fort. (Begründung zu § 114 Abs. 7 SGB XI)

Im Gesetzgebungsverfahren wurde in § 114 Abs. 7 SGB XI eingefügt: „Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.“ Damit wird nach der Begründung sichergestellt, dass die QPR regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen sind. Dies gilt insbesondere für den neu in das Gesetz eingefügten Schwerpunkt der Ergebnisqualität.

Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Pflegekassen sollen Pflegebedürftige in geeigneter Weise auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinweisen, um sie bei der Ausübung ihrer Wahlrechte zu unterstützen. (§ 7 Abs. 3)

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. (§ 115 Abs. 1 a SGB XI)

Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt. (§ 115 Abs. 1a SGB XI)

Mit der Regelung wird der vielfach erhobenen Forderung nach mehr Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualitätsprüfungen des MDK in weitest möglicher Form Rechnung getragen. (Begründung zu § 115 Abs. 1 a SGB XI)

Die Informationen sollen für jedermann barrierefrei und ohne großen Aufwand kostenfrei zugänglich sein. Sie sind sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen. Dem Datenschutz wird dadurch Genüge getan, dass personenbezogene und personenbeziehbare Daten bei der Veröffentlichung zu anonymisieren sind. (Begründung zu § 115 Abs. 1 a SGB XI)

Wesentliches Ziel dieser Regelung und Aufgabe der Vereinbarungspartner 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. Als Verbraucher sind sie über Art und Datum der Prüfung zu informieren und in die Lage zu versetzen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. (Begründung zu § 115 Abs. 1a SGB XI)

Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind insbesondere auch Informationen über Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität in den Einrichtungen von Bedeutung. Die im Rahmen der Qualitätsentwicklung in der Pflege angewendeten Prüf- und Zertifizierungsverfahren sind daher zukünftig auch auf diese Zielsetzung auszurichten. Gemeinsam zu entwickelnde Instrumente zur Beurteilung von Ergebnisqualität in Alten- und Pflegeheimen und auf wissenschaftlicher Grundlage zu erarbeitende Indikatoren für deren Darstellung und Bewertung können dazu beitragen. (Begründung zu § 115 Abs. 1 a SGB XI)

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)

§ 1 Ziel des Gesetzes

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

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

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

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

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

§ 3 Pflegezeit

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

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

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

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

§ 4 Dauer der Pflegezeit

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

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

§ 5 Kündigungsschutz

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

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

§ 6 Befristete Verträge

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

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

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

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

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

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

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

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

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

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

§ 8 Unabdingbarkeit

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