

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster),  
Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 16/9843 –**

### **Unklarheiten und Probleme bei der Umsetzung der Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Am 1. Juli 2008 tritt mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) in Kraft. Bei dieser Reform handelt es sich nicht um die „grundlegende“ oder gar „große“ Reform, wie sie von Union und SPD immer angekündigt wurde. Der wichtigste und dringendste Teil, nämlich eine Finanzreform, die GPV generationengerecht auf eine alternde und schrumpfende Gesellschaft vorbereitet, fehlt vollständig.

Um einerseits die vorgesehenen Leistungsverbesserungen kurzfristig finanzieren zu können und sich andererseits in der Finanzierungsfrage bis spätestens 2014/2015 Luft zu verschaffen, hebt die schwarz-rote Koalition den Beitrag zur GPV ab dem 1. Juli 2008 von 1,7 auf 1,95 Prozent bzw. von 1,95 auf 2,2 Prozent für kinderlose Mitglieder an. Nach dem durch das Kinder-Berücksichtigungsgesetz eingeführten „Kinderlosenstraßbeitrag“ in Höhe von 0,25 Prozent ab dem Jahr 2005 und dem aus dem Vorziehen der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge resultierenden 13. Beitrag zur GPV im Jahr 2006 handelt es sich hierbei schon um die dritte Beitragserhöhung in den letzten vier Jahren.

In einer Pressemitteilung vom 14. März 2008 zum Beschluss des PflWG durch den Deutschen Bundestag erklärte die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, dass die Reform der Pflegeversicherung eine gute Reform für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte sei. Sie betont die Rolle der Pflegestützpunkte als Anlaufstellen der Bürgerinnen und Bürger für mehr Beratung und Service sowie die strengeren Regeln und die höhere Transparenz für eine bessere Pflegequalität und verweist auf die höheren Leistungen und neue Betreuungsmöglichkeiten für demenziell erkrankte und behinderte Menschen. Noch vor Inkrafttreten des PflWG werfen aber nicht nur diese Vorhaben Fragen und Probleme bei der konkreten Umsetzung auf.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz enthält wichtige und notwendige Maßnahmen zur Fortentwicklung der Strukturen der Pflegeversicherung sowie seit langem erwartete Leistungsverbesserungen. Es ist daher im Gegensatz zu der Einschätzung der Fragesteller ein bedeutsamer Schritt zur zukunftsorientierten Gestaltung der pflegerischen Versorgung. Dies gilt insbesondere für die Einführung der Pflegestützpunkte. Nach ersten guten Erfahrungen mit modellhaft geförderten Pilotstützpunkten zeigt sich, dass dieses Konzept tragfähig und umsetzbar ist, weil die Zielsetzungen vor Ort im Interesse der pflegebedürftigen Menschen erreicht werden. Dies lässt sich dem Zwischenbericht „Werkstatt Pflegestützpunkte“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe vom 27. Juni 2008 entnehmen.

1. Auf welche Weise und durch wen erfolgt im Rahmen des neuen § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) (Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf) die Feststellung, wie viele Bewohner eines Pflegeheims unter den Personenkreis fallen, die bei entsprechendem Angebot eines Pflegeheims einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung haben?

In einem Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2009 erstellen vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur zügigen Feststellung des Personenkreises, für den die Pflegekassen Vergütungszuschläge zahlen, entsprechend den Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs in der Fassung vom 10. Juni 2008 eine Darlegung der versicherten Heimbewohner, bei denen

- entweder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen einer früheren Pflegebegutachtung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt hat oder
- nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung wegen erhebliche Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eine über das allgemeine Versorgungsangebot hinausgehende zusätzliche Betreuung und Aktivierung erforderlich ist,

und übersenden diese Übersicht dem zuständigen Landesverband der Pflegekassen (unter Beachtung des Datenschutzes) zur Weiterleitung an die zuständige Pflegekasse. Die Einschätzung der Pflegeeinrichtung soll durch die Beifügung geeigneter Unterlagen (z. B. Auszüge aus den Pflegedokumentationen, Arztberichte, Krankenhausberichte) glaubhaft gemacht werden.

Die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz soll auf der Grundlage der vorliegenden Informationen durch die Pflegekasse abschließend getroffen werden. Lediglich in Zweifelsfällen kann der MDK in die Prüfung nach Aktenlage einbezogen werden. Eine körperliche Untersuchung des Heimbewohners erfolgt nicht.

2. In welcher Form muss der Nachweis erbracht werden, dass das Angebot einer stationären Einrichtung an sozialer Betreuung und Aktivierung ein zusätzliches Angebot darstellt?

Über die Form des Nachweises haben sich die Vertragsparteien im Rahmen der Verhandlungen zur Vereinbarung der Vergütungszuschläge zu verständigen.

3. Über welche Qualifikation muss das zusätzliche sozialversicherungspflichtig beschäftigte Betreuungspersonal verfügen?

Die Anforderungen an die Qualifikation der Betreuungsassistenz können den Richtlinien entnommen werden, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 zu beschließen hat (§ 87a Abs. 3 SGB XI). Da sich die Aufgaben auf die Aktivierung und Betreuung beschränken und pflegerische Aufgaben nicht erfassen sollen, ist der Einsatz von Pflegefach- und Pflegehilfskräften nicht erforderlich und damit regelmäßig auch nicht geboten.

4. Anhand welcher konkreter Kriterien entscheidet der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) auf der Grundlage der Begutachtungsrichtlinie nach § 45a SGB XI neu, ob ein Versicherter mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf einen Anspruch auf den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich oder auf den erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro monatlich hat?
5. Wie wird mit Pflegebedürftigen verfahren, die aktuell bereits den zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro im Kalenderjahr beziehen?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 4 und 5 gemeinsam beantwortet.

Gemäß der Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22. März 2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und vom 10. Juni 2008, sind die gutachterlichen Feststellungen zu den Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bei den in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien Maßstab für die Empfehlung des MDK zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages. Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (Leistungsfolge: Anspruch auf Grundbetrag bis zu 100 Euro monatlich) liegt vor, wenn wenigstens in zwei Bereichen ein „Ja“ angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz (Leistungsfolge: Anspruch auf erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro monatlich) liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich für mindestens einen weiteren der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

Bis zum 31. Dezember 2009 gelten Umsetzungsempfehlungen: Bezieher des zusätzlichen Betreuungsbetrages von bisher bis zu 460 Euro jährlich erhalten ohne weiteres – sofern sie nicht den höheren Betrag beantragen – den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich. Wird der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro beantragt, gilt ein vereinfachtes Verfahren, in dem die Pflegekasse – im Regelfall ohne Einschaltung des MDK – die Voraussetzungen für den erhöhten Betrag anhand vorhandener früherer Begutachtungsunterlagen bei „Altfällen“ prüft. In Zweifelsfällen prüft der MDK bei „Altfällen“ nach Aktenlage. Ist auch dies im Einzelfall nicht möglich, erfolgt eine Begutachtung im häuslichen Umfeld.

6. Stehen die Mittel zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI neu auch stationären Einrichtungen zur Verfügung, und wenn nein, warum nicht?

Die Mittel zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe sind vorgesehen für die in § 45d Abs. 1 Nr. 1 SGB XI genannten Gruppen ehren-

amtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie die in § 45d Abs. 1 Nr. 2 SGB XI genannten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.

Zuwendungen an stationäre Einrichtungen sind nicht vorgesehen. Dies ist sachgerecht, denn diese können ehrenamtliche Unterstützung auf der Grundlage des neuen § 82b SGB XI in ihre Arbeit einbeziehen und finanzieren. Unter bestimmten Voraussetzungen können danach zu Gunsten stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienste Aufwendungen für Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen in den Vergütungen der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden.

Die Mittel zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe können nach § 45d Abs. 1 SGB XI „in entsprechender Anwendung des § 45c“ verwendet werden. Ebenso wie die Förderung nach § 45c SGB XI dient auch die Förderung nach § 45d SGB XI der Verbesserung und Stärkung der häuslichen Pflege. Dies schließt nicht aus, dass die Arbeit der Selbsthilfe aus dem ambulanten Bereich auch in den stationären Bereich ausstrahlt (beispielsweise durch Fortsetzung bestehender Kontakte zu einem Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen und Weiterführung finanzieller Förderung, wenn der Pflegebedürftige in ein Heim aufgenommen werden muss).

Im Übrigen ist es Aufgabe der Länder in Rechtsverordnungen das Nähere zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe zu regeln (§ 45d Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI). Die Steuerungsverantwortung für die Förderung nach den §§ 45c und 45d SGB XI obliegt den Ländern. Die Pflegeversicherung beteiligt sich hälftig an der Förderung durch die Länder.

7. Was versteht die Bundesregierung unter einer „vernetzten Beratungsstruktur“, auf die die Pflegestützpunkte bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Möglichkeit zurückgreifen sollen, und nach welcher Definition gilt eine Beratungsstruktur gemäß § 92c Abs. 2 Satz 2 SGB XI neu als „vernetzt“?

Die Strukturen zur Auskunft und Beratung sind in den Ländern unterschiedlich ausgeprägt. Mit der Formulierung „vernetzte Beratungsstruktur“ werden diejenigen Angebote umschrieben, die im Zusammenwirken mit den Kostenträgern betroffene Bürgerinnen und Bürger beraten. Damit werden Beratungsangebote nicht erfasst, die beispielsweise von Leistungserbringern angeboten werden, um insbesondere ihre Dienstleistungen vorzustellen und Aufträge zu akquirieren.

8. Auf welche Weise wird die Unabhängigkeit der Beratung in den Pflegestützpunkten sichergestellt?

Sofern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekasse die Beratung wahrnehmen, sind sie zunächst aus allgemeinen sozialrechtlichen Vorgaben (vgl. § 14 SGB I) zur Unabhängigkeit und Neutralität verpflichtet. Die Begründung zum Gesetzentwurf enthält hierzu ausführliche Hinweise (Bundestagsdrucksache 16/7439, Seite 46). Außerdem verpflichten sowohl § 7a Abs. 1 SGB XI als auch § 92c Abs. 2 Nr. 1 SGB XI zu unabhängiger Beratung. Maßstab einer unabhängigen Beratung in den Pflegestützpunkten sind die Notwendigkeiten, die sich aus der individuellen Situation des Einzelnen ergeben. Darüber hinaus ist etwa zu beachten, dass bei der Erstellung des Versorgungsplans nach § 7a Abs. 1 SGB XI Einvernehmen mit allen an der Pflege Beteiligten anzustreben ist. Auch dieses „Mehraugenprinzip“ sichert die Unabhängigkeit bei der Beratung.

9. Wie kann im Pflegestützpunkt eine ausreichende Beratung und schnelle Entscheidung über Anspruch, Art und Umfang der Leistungen durch die Pflegekassen in den Fällen gewährleistet werden, in denen der Pflegebedürftige und/oder sein Angehöriger nicht durch einen Pflegeberater der eigenen Pflegekasse beraten wird?

Nach der gesetzlichen Regelung des § 7a SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, Pflegeberater und -beraterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen. Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass deren Aufgaben im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen haben entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation.

Die Pflegeberater und -beraterinnen nehmen Leistungsanträge sowohl für Leistungen der Pflegekassen als auch für Leistungen der Krankenkassen entgegen und leiten sie unverzüglich an die zuständige Pflege- oder Krankenkasse weiter, sofern sie nicht selbst zur Leistungsentscheidung berufen sind. Dies schließt aber nicht aus, dass Pflege- und Krankenkassen Pflegeberater einer anderen Pflegekasse durch Beauftragung dazu berufen können, für sie – bis hin zur Leistungsentscheidung – tätig zu werden.

Sobald die Leistungsentscheidung getroffen ist, hat die zuständige Kasse den Leistungsbescheid unverzüglich sowohl an den Versicherten als auch an den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin zu übersenden. Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht nur die Übermittlung des Leistungsantrages, sondern auch die Bearbeitung des Leistungsantrages und die Entscheidung über den Leistungsantrag bei der Kasse ohne schuldhaftes Zögern erfolgen.

10. Wie wird die dauerhafte Finanzierung der Pflegestützpunkte nach Abschluss der Anlauffinanzierung sichergestellt?

Die für den laufenden Betrieb eines Pflegestützpunktes entstehenden erforderlichen Kosten haben die Kostenträger auf Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung gemeinsam zu tragen (§ 92c Abs. 4 Satz 2 SGB XI). Neben diesen Betriebskosten entstehen keine weiteren Aufwendungen. So verfügen Pflegestützpunkte insbesondere nicht über eigenes Personal. Dort kommt Personal der Kostenträger zum Einsatz. Soweit Personal eines Kostenträgers auch Aufgaben für andere Kostenträger übernimmt, ermöglicht die gesetzliche Regelung die Anrechnung dieser Aufwendungen auf die zu tragenden Betriebskosten.

11. Mit welchen jährlichen Mehrkosten für die GPV aus dem Betrieb der Pflegestützpunkte rechnet die Bundesregierung?

Da unter dem Dach der Pflegestützpunkte Aufgaben erledigt werden, die sonst beim zuständigen Kostenträger anfallen würden, geht die Bundesregierung davon aus, dass durch die Schaffung der Pflegestützpunkte keine zusätzlichen laufenden Kosten entstehen.

12. Wann und wo werden die ersten Pflegestützpunkte nach PflWG eröffnet?

Die Reform ist am 1. Juli 2008 in Kraft getreten. Bislang sind der Bundesregierung – mit Ausnahme des Landes Rheinland-Pfalz (Veröffentlichung im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz 2008, S. 1058 (Nr. 24/2008 vom 7. Juli 2008)) so-

wie im elektronischen Bundesanzeiger vom 7. Juli 2008) – keine Bestimmungen der Länder zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bekannt, so dass derzeit lediglich im Rahmen des Projektes „Werkstatt Pflegestützpunkte und Pflegeberater“ Pilotpflegestützpunkte eröffnet wurden.

13. Soll nach Auffassung der Bundesregierung gemäß § 114 Abs. 4 SGB XI neu auch die Prüfung der Ergebnisqualität entfallen bzw. hinsichtlich des Umfangs in angemessener Weise verringert werden, wenn den Landesverbänden der Pflegekassen Erkenntnisse darüber vorliegen, dass diese Dimension aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder einem sonstigen nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren geprüft wurde?

Die Ergebnisqualität ist stets vom MDK zu prüfen (§ 114 Abs. 4 Satz 3 SGB XI).

14. Wie definiert die Bundesregierung „Lebensqualität“?

Für die Lebensqualität der Bewohner eines Pflegeheimes können z. B. folgende Kriterien wichtig sein: Können eigene Möbel, eigene Erinnerungsstücke und eigene Wäsche mitgebracht werden? Bestehen Auswahlmöglichkeiten beim Essen? Welche Freizeitangebote gibt es? Welche Serviceleistungen (z. B. Friseur) werden in der Nähe angeboten? Dürfen Haustiere gehalten werden?

15. In welchem Maße sind nach Vereinbarung der Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik bis zum 30. September 2008 auf Grundlage der Qualitätsberichte des MDK Aussagen zur Ergebnisqualität der Einrichtung möglich, vor dem Hintergrund, dass zahlreiche bei den öffentlichen Anhörungen zum PflWG geladene Sachverständige darauf hingewiesen haben, dass die Qualitätsprüfungen des MDK (noch) nicht hinreichend auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sind?
16. Aus welchem Grund werden nicht zunächst die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR), die die Grundlage der Qualitätsprüfungen des MDK bilden, an die neuen gesetzlichen Anforderungen angepasst?
17. Wann soll dies geschehen?
18. Ist davon auszugehen, dass bundesweit vergleichbare Indikatoren für eine Erhebung der Ergebnisqualität sowie Instrumente zur Messung und Bewertung der Ergebnisqualität erst im Jahr 2011 Anwendung finden werden, wie dies aus einer Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 7. März 2008 zu entnehmen ist, und wenn nein, warum nicht?

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 15 bis 18 gemeinsam beantwortet.

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 (MDS) zu vereinbaren. Grundlage hierfür sind die in den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) vom 10. November 2005 festgelegten medizinisch-pflegerischen Kriterien (z. B. Pflegezustand, Ernährungszustand, Wundversorgung)

und die bewohnerbezogenen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Dies gilt auch hinsichtlich des durch das Gesetz eingefügten Prüfungsschwerpunkts der Ergebnisqualität. Dadurch wird sichergestellt, dass Prüfinhalt und Prüfpraxis der MDK sich an pflegewissenschaftlichen Kriterien und an der verbraucherorientierten Veröffentlichung von Prüfergebnissen ausrichten. Wissenschaftliche Projekte wie das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ausgeschriebene Modellvorhaben „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ werden zu diesem Prozess beitragen.

19. Welchen Rechtsstatus und welchen Grad der Verbindlichkeit haben die vor Inkrafttreten von § 113a SGB XI neu vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards ab dem 1. Juli 2008?

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 haben zukünftig sowohl die Entwicklung als auch die Aktualisierung von wissenschaftlich fundierten und praktisch erprobten Expertenstandards sicherzustellen. Die Aktualisierung kann sich auch auf die bisher entwickelten Expertenstandards beziehen. Die neuen oder aktualisierten Expertenstandards werden durch einen Einführungsbeschluss der Vertragspartner und anschließende Veröffentlichung im Bundesanzeiger für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

20. Plant die Bundesregierung, den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach Abschluss der Arbeiten des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch in dieser Legislaturperiode zu novellieren?

Über mögliche gesetzgeberische Maßnahmen der Bundesregierung ist nach Vorlage der Empfehlungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Ende November 2008 zu entscheiden.

21. Anhand welcher Kriterien und ggf. durch wen wird die ortsübliche Arbeitsvergütung, die Pflegeeinrichtungen als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags an ihre Beschäftigten zahlen müssen, bestimmt?
22. Stellt die Verpflichtung auf Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung sowohl eine Vergütungsunter- als auch eine Vergütungsobergrenze in dem Sinne dar, als dass Einrichtungen mit niedrigerer Vergütung nicht mehr zur Pflege zugelassen werden und Einrichtungen mit Vergütungen oberhalb der ortsüblichen Vergütung diese nicht mehr bei den Pflegesatzverhandlungen refinanziert bekommen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 21 und 22 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Die Bestimmung der üblichen Vergütung ist im Arbeitsrecht nichts Neues, wie das Grundprinzip der Vergütung in § 612 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches zeigt. Ortsüblich ist die Vergütung, die Arbeitnehmern für dieselbe oder eine vergleichbare Tätigkeit am Ort gezahlt wird. Für Arbeitnehmer ist nach

der ständigen Rechtsprechung im Regelfall die tarifliche Vergütung die übliche. Gilt für die Branche vor Ort kein Tarifvertrag, ist die ortsübliche Vergütung das allgemeine Lohnniveau für diese Tätigkeit in der jeweiligen Branche. Dieses allgemeine örtliche Lohnniveau wird in Anlehnung an den statistisch ermittelten Durchschnitt der vor Ort geltenden Löhne bestimmt.

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen zum Abschluss des Versorgungsvertrages wird von den Vertragsparteien geprüft, ob die Pflegeeinrichtungen die ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen.

Ziel der Regelung ist es, Anbieter, die nicht mindestens die ortsübliche Vergütung zahlen, von der Zulassung durch Versorgungsvertrag auszuschließen. Dadurch soll ein massiver Qualitätsverlust in Pflegeeinrichtungen verhindert werden.

23. Warum wird in § 33 Abs. 1 SGB XI, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des MDK zu erwarten ist, ein maximaler Befristungszeitraum für die Zuordnung zu einer Pflegestufe, der Anerkennung als Härtefall sowie der Bewilligung von Leistungen von ausgerechnet drei Jahren gewählt?

Unter Abwägung der Interessen der Pflegeversicherung einerseits und der betroffenen Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen andererseits und unter Beachtung des Gebots der Verhältnismäßigkeit wurde die Dauer der höchstzulässigen Befristung begrenzt. Dabei erschien dem Gesetzgeber ein Zeitraum von bis zu 3 Jahren als ausreichend und angemessen. Änderungen in den Pflegestufen ergeben sich erfahrungsgemäß häufiger in der Anfangsphase und in den ersten 3 Jahren, wohingegen bei langjähriger Pflegebedürftigkeit häufiger auch über einen längeren Zeitraum hinweg keine Veränderung mehr zu erwarten ist. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die durchschnittliche Pflegedauer bei etwa 3 Jahren liegt.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die neue Regelung nicht dazu führt, dass bei bereits erlassenen Bescheiden nachträglich Befristungen hinzugefügt werden.

24. Worin unterscheidet sich dieses neue Verfahren von der bereits nach altem Recht bestehenden Möglichkeit des MDK, Pflegestufen, Leistungsbewilligungen und die Anerkennungen als Härtefall zu befristen?
25. Ist nach Auffassung der Bundesregierung davon auszugehen, dass die Zahl der Befristungen zunehmen wird, und wenn nein, warum nicht?

Bereits nach altem Recht bestand die Möglichkeit, Leistungsbewilligungen auf der Grundlage der allgemeinen Regelung des § 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zu befristen. Zudem ist die Untersuchung durch den MDK in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen (§ 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI). Auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gilt der Grundsatz „Reha vor Pflege“. Diesem Grundsatz soll verstärkt Geltung verschafft werden. Wer aufgrund einer Veränderung in der Pflegesituation die Kriterien einer niedrigeren Pflegestufe erfüllt, muss zurückgestuft werden. Diese Intention des Gesetzgebers der Pflegeversicherung wird durch die Neuregelung verstärkt.



26. Was bedeutet die Ausgestaltung des sog. externen Vergleichs als Kann-Regelung, und unter welchen Voraussetzungen ist zukünftig ein externer Vergleich durchzuführen?

Seit dem 1. Juli 2008 können bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung einerseits nur noch die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen im Rahmen des so genannten externen Vergleichs angemessen berücksichtigt werden, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5 SGB XI) im Wesentlichen gleichartig sind. Andere Einrichtungen können für den Vergleich nicht herangezogen werden. Nach neuem Recht ist ein externer Vergleich nur noch dann zulässig, wenn sich die Vertragsparteien gemeinsam auf einen Vergleich der Einrichtung mit anderen gleichartigen Einrichtungen verständigen. Da gegen den Willen einer Vertragspartei ein externer Vergleich nicht zulässig ist, werden sich die Vertragsparteien auch darüber verständigen müssen, welche Einrichtungen als gleichartig anzusehen sind. Ist den Vertragsparteien eine Verständigung nicht möglich, muss die Preisfindung ohne externen Vergleich durchgeführt werden.

27. Unterliegen die im PflWG vorgesehenen Einzelpflegekräfte denselben gesetzlichen Anforderungen wie zugelassene ambulante Pflegedienste, und wenn nein, worin unterscheiden sich die Anforderungen?

Einzelpflegekräfte unterscheiden sich von Pflegediensten insbesondere darin, dass sie als Einzelunternehmer tätig sind und regelmäßig nur eine geringe Zahl von Pflegebedürftigen betreuen. Die Anforderungen, die an einen Versorgungsvertrag zu stellen sind (§§ 71, 72 SGB XI), gelten deshalb für sie nicht. Die vertraglichen Regelungen zwischen den selbständig tätigen Einzelkräften und den Pflegekassen werden zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung bestimmter Versicherter abgeschlossen. Die individuelle Situation dieser Versicherten steht im Mittelpunkt dieser vertraglichen Regelung. Das Gesetz verpflichtet deshalb die Pflegekassen, die Qualität der Pflege, Betreuung und Versorgung nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zu prüfen, sondern auch zu gewährleisten, dass die Qualität der Pflege auf Dauer dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entspricht. Dies gilt selbstverständlich auch für die Anwendung der Expertenstandards und zum Beispiel auch für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

28. Hält die Bundesregierung die Anreizwirkung der Zahlung von einmalig 1 532 Euro im Falle einer Herabstufung in der Schwere der Pflegebedürftigkeit des Bewohners eines Pflegeheims als Resultat aktivierender Pflege vor dem Hintergrund der damit verbundenen Kosten für das Pflegeheim für ausreichend, und wenn ja, warum?

Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind zur aktivierenden Pflege verpflichtet. 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 SGB XI) 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. 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.

29. Welche Anreizwirkung sieht die Bundesregierung für ein Pflegeheim, Bewohner zu einer medizinischen Rehabilitation zu bewegen, wenn für die daraus resultierenden Abwesenheitszeiten ein mindestens 25-prozentiger Abschlag auf den Pflegesatz erfolgt?

Mit der Frage wird ein negativer Anreiz unterstellt, den die Bundesregierung so nicht sieht. Tatsache ist, dass das Pflegeheim während der stationären Rehabilitationsmaßnahme bis zu 75 v. H. des Pflegesatzes weiterhin vereinnahmen darf, obwohl während der Rehabilitation keine pflegerischen Leistungen zu erbringen sind. Im Falle einer erfolgreichen Rehabilitation und nachhaltigen Herabstufung in eine niedrigere Pflegestufe wird diese Einnahme noch durch eine „finanzielle Belohnung“ aufgestockt.

30. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bei vertraglich mit Pflegeheimen kooperierenden Ärzten wegen der Multimorbidität und der hohen Versorgungsintensität der Pflegebedürftigen die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina sehr schnell ausgeschöpft sein dürften?
31. Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, spezielle Regelungen für diesen Tatbestand zu schaffen, und wenn nein, warum nicht, und wenn ja, wie sollen diese ausgestaltet sein?

Aufgrund des Zusammenhangs werden die Fragen 30 und 31 gemeinsam beantwortet.

Regelungen zur Honorarverteilung sind in Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren. Gesetzlich ist vorgegeben, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. Den Inhalt der Regelungen hat der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildete Bewertungsausschuss zu bestimmen, dessen Beschluss automatischer Bestandteil der o. g. Vereinbarungen ist.

Der Bewertungsausschuss sowie die o. g. regionalen Vertragspartner haben bei der Ausgestaltung der Regelungen einen großen Gestaltungsspielraum, der es ihnen erlaubt, die Regelungen so auszugestalten, dass negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten oder unzulässige Honorarnachteile für Ärzte, die z. B. in besonderen Schwerpunktpraxen tätig sind, vermieden werden. So können sie vorsehen, dass bestimmte Leistungen nicht unter die Regelleistungsvolumina fallen oder sie können Ärzten beim Vorliegen bestimmter Praxisbesonderheiten höhere Regelleistungsvolumina zugestehen.

Ab dem 1. Januar 2009 tritt die Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems in Kraft, in deren Folge die bisherigen Budgets abgelöst werden und das sog. Morbiditätsrisiko – Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten – auf die Krankenkassen übertragen wird. Das bedeutet, dass die Krankenkassen zukünftig mehr Geld zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bereit stellen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt. Diese zusätzlichen Mittel sollen auch und insbesondere bei den Ärzten ankommen, die besonders von einem Morbiditätsanstieg betroffen sind: So wird bezüglich der Ausgestaltung der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Regelleistungsvolumina gesetzlich vorgegeben, dass die Werte für die Regelleistungsvolumina „morbiditätsgewichtet“ festzulegen sind. Da-

durch soll sichergestellt werden, dass es durch die Regelleistungsvolumina nicht zur Benachteiligung von Ärzten kommt, die besonders viele kranke Versicherte betreuen. Darüber hinaus existieren zahlreiche Gestaltungsspielräume der zuständigen Selbstverwaltung, die eine sachgerechte und differenzierte Ausgestaltung der Regelungen ermöglichen. So sind bei der Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina, soweit dazu Veranlassung besteht, auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Auch eröffnet § 87b Abs. 2 SGB V den Vertragspartnern ausdrücklich die Möglichkeit, bestimmte Leistungen ganz von der Steuerung über Regelleistungsvolumina auszunehmen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der zuständige Bewertungsausschuss diese gesetzlichen Vorgaben bei seiner erstmaligen Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina sachgerecht umsetzen wird, so dass es zu keiner unzulässigen Benachteiligung der in der Frage angesprochenen Ärzte kommt. Einen gesetzlichen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund nicht.

