

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG)

A. Zielsetzung

Mit dem Gesetzentwurf werden zwei zentrale Vorhaben aus der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgegriffen und miteinander verbunden:

1. die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und
2. die Stärkung der Verbraucherrechte.

Diese Vorhaben stehen für den Bereich der vollstationären Pflege in einem engen Zusammenhang mit der Novellierung des Heimgesetzes. Beide Gesetzentwürfe ergänzen einander in dem Ziel, u. a. durch eine engere Zusammenarbeit zwischen der Pflegeselbstverwaltung und der staatlichen Heimaufsicht, die Qualität der Betreuung in Heimen zu sichern.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung Anfang 1995 ist die Qualitätssicherung in der Pflege verstärkt in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit einen neuen Stellenwert in der Wahrnehmung der Bevölkerung gewonnen hat. Fast 60 Millionen Menschen zahlen heute Beiträge zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung; einschließlich der Familienversicherung sind insgesamt über 98 Prozent der Bevölkerung (rd. 80 Millionen) pflegeversichert. Im Falle der Pflegebedürftigkeit haben sie – als Gegenleistung für ihre Beiträge – jetzt erworbene Ansprüche aus eigenem Recht. Damit einher geht ein neues Selbstbewusstsein der Betroffenen („Verbrauchersouveränität“). Gerade von pflegebedürftigen Heimbewohnern oder ihren Angehörigen wird angesichts von Versorgungsmängeln und steigenden Preisen für die stationäre Versorgung immer häufiger die Frage nach der Angemessenheit der Heimentgelte gestellt.

Anlass für diese und ähnliche Fragen sind häufig Berichte über Mängel in der Pflege. Wachsame Medien haben – mit bemerkenswertem Augenmaß – vor allem in Pflegeheimen Missstände aufgezeigt, die unerträglich sind und daher, wo immer sie auftreten, aus der Sicht aller Beteiligten mit Nachdruck beseitigt werden müssen. Dabei darf aber nicht verkannt werden, dass trotz der in vielen Berichten aufgezeigten Missstände die Menschen in Deutschland, die auf professionelle häusliche, teil- oder vollstationäre Hilfe durch Pflegeeinrichtungen angewiesen sind, in der Regel auf einem hohen Leistungs- und Qualitätsniveau versorgt werden. Der größte Teil der Pflegeanbieter leistet nicht zuletzt dank seiner Mitarbeiter gute, qualitätsorientierte Arbeit. Gleichwohl muss stets si-

chergestellt sein, dass Qualitäts- und Versorgungsmängel so weit wie möglich vermieden werden.

B. Lösung

Hierzu stellt das Gesetz die erforderlichen Instrumente bereit. Dabei darf eines nicht aus dem Auge verloren werden:

Pflegequalität kann – dauerhaft wirksam – nicht von außen in die über 8 500 Pflegeheime und fast 13 000 Sozialstationen und Pflegedienste im Land „hineinkontrolliert“ werden.

Qualitätsprüfungen sind zwar notwendig und, wo Anhaltspunkte für Missstände vorliegen, auch unverzichtbar. Eine nachhaltige Breiten- und Tiefenwirkung können sie jedoch nur entfalten, wenn sie mit fachkundiger Beratung verbunden sind, welche die Eigenverantwortung und vor allem das Eigeninteresse der Träger an einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung ihrer Pflegeeinrichtungen stärkt.

Vor diesem Hintergrund konzentriert sich das Gesetz im Bereich der Qualitätssicherung auf drei Schwerpunkte:

- die Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung,
- die Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität,
- die bessere Zusammenarbeit von staatlicher Heimaufsicht und Selbstverwaltung.

Damit knüpft das Gesetz an die breite Qualitätsdiskussion an, die in den letzten Jahren die Öffentlichkeit und auch die Pflegeeinrichtungen selbst, ihre Träger und Trägervereinigungen, das Personal und die Berufsverbände erfasst hat.

Große Trägervereinigungen sind mit eigenen Initiativen zur Qualitätssicherung in die Offensive gegangen. Sie wollen die Verantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität in ihren Mitgliedseinrichtungen nicht mehr allein den Heimaufsichtsbehörden oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überlassen, sondern eigene Qualitätssicherungskonzepte entwickeln, die zugleich ihr Selbstverständnis widerspiegeln.

Übergreifendes Ziel ist, die Rechte von Menschen in ihrer Lebenslage als Pflegebedürftige und in ihrer Eigenschaft als Verbraucher am „Markt“ der ambulanten und stationären Pflege zu schützen und zu stärken. Das Gesetz ist darauf ausgerichtet, mit konkreten Maßnahmen pflegebedürftigen Menschen dabei zu helfen,

- trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,
- sich in den „Institutionen“ der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden und durch Mitwirkung Einfluss auf ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Es geht insgesamt darum, die Lebensqualität in der Pflege zu erhalten und zu verbessern. Dazu gehört, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen durch Beratung in die Lage zu versetzen, ihre Rechte wahrzunehmen. Dazu gehört ferner, Pflegeeinrichtungen, welche die von ihnen in Obhut genommenen Pflegebedürftigen nicht mit der gebotenen Pflegequalität betreuen, auch finanziell zur Rechenschaft zu ziehen.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Für die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Kosten.

2. Vollzugaufwand

Durch die Umsetzung dieses Gesetzes entstehen keine zusätzlichen Kosten im Verwaltungsvollzug.

E. Sonstige Kosten

Unmittelbare Auswirkungen auf die private Wirtschaft entstehen durch das Gesetz nicht.

Für die Einrichtungsträger und die Pflegekassen ist durch die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit einem einmaligen Verwaltungsmehraufwand in der Größenordnung von 10 Mio. DM zu rechnen. Die nachfolgenden Anpassungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen führen zu geringeren Mehrkosten. Für die regelmäßige Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen entstehen für alle Einrichtungen zusammen jährliche Kosten von etwa 40 Mio. DM, die in die Pflegesätze einkalkuliert werden können. Dabei wird von einem durchschnittlich zweijährigen Nachweisturnus ausgegangen. Die vorgesehenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ermöglichen die Einführung eines länderbezogenen und bundesweiten Pflegeheimvergleichs, der nicht nur die Transparenz der Leistungen erhöht, sondern auch das Preis-/Leistungs-Verhältnis sichtbar macht. Dadurch werden im Rahmen der Vergütungsverhandlungen, wie vom Gesetzgeber gewollt, leistungsgerechte Pflegesätze nachweisbar, was sich tendenziell entlastend auf den Eigenanteil der Pflegebedürftigen und damit gegebenenfalls auch entlastend auf den finanziellen Anteil der Sozialhilfeträger am Gesamtpflegesatz auswirken dürfte.

Gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1999 von rd. 32 Mrd. DM sind die Mehr- oder Minderausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, den 21. Februar 2001

022 (312) – 811 00 – Pf 36/01

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages

11011 Berlin

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des
Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz –
PQsG)

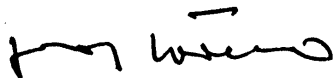
mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 758. Sitzung am 21. Dezember 2000 gemäß Artikel 76
Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2
ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in
der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.



Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 80 wird wie folgt gefasst:

„§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“
 - b) Nach „§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ wird eingefügt:

„§ 80a Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen“
 - c) Nach „§ 87 Unterkunft und Verpflegung“ wird eingefügt:

„§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts“
 - d) Nach „§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen“ wird die Angabe „Vierter Abschnitt Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse“ wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich“

- e) Nach „§ 92 Landespflegeausschüsse“ wird eingefügt:

„§ 92a Pflegeheimvergleich“
- f) Nach „§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst“ wird eingefügt:

„§ 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen

§ 97b Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe“
- g) Nach „§ 111 Risikoausgleich“ werden die Angabe

„Elftes Kapitel Bußgeldvorschrift“

- § 112 Bußgeldvorschrift“
gestrichen und folgende Kapitel angefügt:

„Elftes Kapitel Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“

- § 112 Grundsätze
- § 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise
- § 114 Örtliche Prüfung
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
- § 116 Kostenregelungen
- § 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht
- § 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen
- § 119 Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes
- § 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Zwölftes Kapitel Bußgeldvorschrift

- § 121 Bußgeldvorschrift“
2. Dem § 7 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Leistungs- und Preisvergleichsliste hat zumindest die für die Pflegeeinrichtung jeweils geltenden Festlegungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a sowie der Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu enthalten. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.

(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.“
 3. In § 45 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.
 4. In § 69 Satz 2 werden die Wörter „Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen“ durch die Wörter „Ver-

sorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen“ ersetzt.

5. Dem § 71 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.“

6. § 72 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 wird der 1. Halbsatz wie folgt gefasst:

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln;“

b) Absatz 5 wird gestrichen.

7. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Nummer 7 werden die Wörter „einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten“ gestrichen.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren oder Richtwerte zu vereinbaren; sie umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräften umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanhaltszahlen), sowie
2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Richtwerte nach Satz 1 können als Bandbreiten vereinbart werden. Die Heimpersonalverordnung bleibt unberührt.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:

„(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.“

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5; in Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt gefasst:

„(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.“

8. § 80 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „einheitlich“ die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger“ eingefügt sowie die Wörter „das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ durch die Wörter „die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.“

c) Die Absätze 2 bis 5 werden durch folgende Absätze ersetzt:

„(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz

oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.“

9. Nach § 80 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 80a
Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
mit Pflegeheimen

(1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach dem Achten Kapitel ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2001 zur teil- oder vollstationären Pflege nach § 72 zugelassen werden, gilt dies bereits für den Abschluss der ersten und jeder weiteren Pflegesatzvereinbarung vor dem 1. Januar 2004. Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2.

(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Festlegungen nach Satz 2 sind für die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich.

(3) Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von 6 Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte. § 73 Abs. 2 sowie § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkanntem Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Leistungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vertragspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen. § 85 Abs. 7 gilt entsprechend.

(5) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 hat der Träger einer Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 als notwendig anerkannte und vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt.“

10. § 81 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.
- b) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt. Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Sozialhilfeträger nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen. Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 53) nach dem Siebten Kapitel zugewiesenen Aufgaben entsprechend mit der Maßgabe, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.“

11. § 83 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen einschließlich einer Kosten- und Leistungsrechnung; bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die neben den Leistungen nach diesem Buch auch andere Sozialleistungen im Sinne des Ersten Buches (gemischte Einrichtung) erbringen, kann der Anwendungsbereich der Verordnung auf den Gesamtbetrieb erstreckt werden.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Nach Erlass der Rechtsverordnung sind Rahmenverträge und Schiedsstellenregelungen nach § 75 zu den von der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.“

12. In § 85 Abs. 3 Satz 2 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes beizufügen.“

13. Nach § 87 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 87a
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Wird der Pflegebedürftige in ein anderes Heim verlegt, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von Satz 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Sozialhilfeträger zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse berechnen. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens fünf vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43a zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig.“

14. Nach § 90 werden in der Überschrift des Vierten Abschnitts nach dem Wort „Landespflegeausschüsse“ ein Komma und danach das Wort „Pflegeheimvergleich“ angefügt.

15. Nach § 92 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 92a
Pflegeheimvergleich

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen, insbesondere mit dem Ziel,

1. die Vertragsparteien nach § 80a Abs. 1 bei der Ermittlung von Vergleichsmaßstäben für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
2. die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen im Verfahren zur Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise nach § 113,
3. die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§ 79, Elftes Kapitel),
4. die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 bei der Bemessung der Vergütungen und Entgelte sowie
5. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3)

zu unterstützen. Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.

(2) In der Verordnung nach Absatz 1 sind insbesondere zu regeln:

1. die Organisation und Durchführung des Pflegeheimvergleichs durch eine oder mehrere von den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragte Stellen,
2. die Finanzierung des Pflegeheimvergleichs aus Verwaltungsmitteln der Pflegekassen,
3. die Erhebung der vergleichsnotwendigen Daten einschließlich ihrer Verarbeitung.

(3) Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen über

1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,
2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime,

und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen ge-

sondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

(4) Durch die Verordnung nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass die Vergleichsdaten

1. den zuständigen Landesbehörden,
2. den Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land,
3. den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Land sowie
6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe

zugänglich gemacht werden. Die Beteiligten nach Satz 1 sind befugt, die Vergleichsdaten ihren Verbänden oder Vereinigungen auf Bundesebene zu übermitteln; die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die für Prüfzwecke erforderlichen Vergleichsdaten den von ihnen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen (§§ 79 Abs. 1, 112 Abs. 3) sowie auf Verlangen den unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113 zugänglich zu machen.

(5) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören.

(6) Die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, jährlich Verzeichnisse der Pflegeheime mit den im Pflegeheimvergleich ermittelten Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentlichen.

(7) Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung oder der Erteilung von Auskünften zu anonymisieren.

(8) Die Ergebnisse des ersten länderbezogenen Pflegeheimvergleichs sind den Beteiligten nach Absatz 4 spätestens zum 31. Dezember 2003 vorzulegen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, frühestens zum 1. Januar 2006 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen länderbezogenen Vergleich über die zugelassenen Pflegedienste (Pflegedienstvergleich) in entsprechender Anwendung der vorstehenden Absätze anzuordnen.“

16. § 94 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird die Klammerangabe wie folgt gefasst:

„(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer eingefügt:

„6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),“

17. § 95 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird die Klammerangabe wie folgt gefasst:

„(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“

b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),“

18. § 96 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Insoweit findet § 76 des Zehnten Buches im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2; Satz 2 wird gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3; die Angabe „Absätze 1 bis 3“ wird durch die Angabe „Absätze 1 und 2“ ersetzt.

19. In § 97 Abs. 1 wird die Angabe „§§ 18, 40 und 80“ durch die Angabe „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ ersetzt.

20. Nach § 97 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 97a

Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen

(1) Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige sowie unabhängige Sachverständige und Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

§ 97b

Personenbezogene Daten bei den
Heimaufsichtsbehörden und den Trägern
der Sozialhilfe

Die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.“

21. § 104 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

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

bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

„2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),“

cc) Nach den Wörtern „erforderlichen Angaben“ werden die Wörter „über Versicherungsleistungen“ gestrichen.

b) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen zu übermitteln.

(3) Trägervereinigungen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten und nutzen, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.“

22. § 107 Abs. 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 80 a, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren“

23. Nach dem Zehnten Kapitel wird folgendes Kapitel eingefügt:

**„Elftes Kapitel
Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum
Schutz der Pflegebedürftigen**

§ 112
Grundsätze

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssiche-

rung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken.

(4) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.

§ 113

Leistungs- und Qualitätsnachweise

(1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).

(2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Anerkennung setzt voraus, dass der Sachverständige oder die Prüfstelle die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 118 erfüllt; sie gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt das Bundesversicherungsamt; die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt die nach Landesrecht zuständige Behörde.

(3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen Sachverständigen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Landes-

behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.

(4) Qualitätsprüfungen nach § 114 können durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nach dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz bleiben unberührt.

(5) Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

(6) Für Rechtsstreitigkeiten aus dieser Vorschrift gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

§ 114 Örtliche Prüfung

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. Soweit eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis nach § 113 vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, ist dies bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang der Prüfungen nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen.

(2) Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften

Buches erbringt, sind diese in die Prüfung nach Satz 1 einzubeziehen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Im Übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach Absatz 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Soweit ein Pflegebedürftiger in den Fällen der Absätze 2 und 3 die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden.

(6) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach Absatz 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach den Sätzen 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den betroffenen Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 oder 2 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht

des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.

§ 116

Kostenregelungen

(1) Die notwendigen Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) Für die Prüfkosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte

1. für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie
2. für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

§ 117

Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Heimgesetz insbesondere durch

1. gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder

3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 des Heimgesetzes mitzuwirken.

(2) Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime, mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind.

(5) Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 118

Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen. Die Rechtsverordnung gilt für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen oder -prüfungen nach diesem Buch durchführen, sowie für alle Be-

hörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung nach diesem Buch beteiligt sind.

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,
2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen
 - a) im Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen,
 - b) bei teil- oder vollstationärer Pflege zusätzlich in den Bereichen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen,

jeweils unterteilt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
3. die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
4. die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen oder Prüfstellen,
5. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen nach § 113 Abs. 2 einschließlich der fachlichen Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie
6. die Anforderungen für die Einholung der Zustimmung Pflegebedürftiger oder deren Ersetzung nach § 114 Abs. 2, 3 oder 5.

Dabei ist zu beachten, dass Beratungen und Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung nur durch Pflegefachkräfte oder Ärzte durchgeführt werden dürfen, die in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1 geschult sind.

(3) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, unabhängige Sachverständige sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene anzuhören.

(4) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre

Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenkassenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

§ 119

Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes

Für den Heimvertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet, und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Heimverträge nach dem Heimgesetz entsprechend.

§ 120

Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Eine Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf der Frist nach Satz 2 erst mit Aushändigung des Vertrages.

(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.“

24. Das bisherige Elfte Kapitel wird „Zwölftes Kapitel“.
25. Der bisherige „§ 112“ wird „§ 121“.

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

Mit dem Gesetzentwurf werden zwei zentrale Vorhaben aus der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgegriffen und miteinander verbunden:

1. die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, mit den Schwerpunkten:
 - Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung,
 - Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität,
 - Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht sowie
2. die Stärkung der Verbraucherrechte.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung kurzfristig einen eigenen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Pflegeleistungen für Pflegebedürftige mit besonderem Betreuungsbedarf vorlegen, der – als ein erster Schritt – vor allem auf eine bessere Betreuung demenzkranker Menschen ausgerichtet ist.

Die beiden ersten Vorhaben – Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie Stärkung der Verbraucherrechte – stehen für den Bereich der vollstationären Pflege in einem engen Zusammenhang mit der Novellierung des Heimgesetzes. Beide Gesetzentwürfe ergänzen einander in dem Ziel, u. a. durch eine engere Zusammenarbeit zwischen der Pflegeselbstverwaltung und der staatlichen Heimaufsicht, die Qualität der Betreuung in Heimen zu sichern.

Handlungsbedarf

Mit den zwei zentralen Vorhaben der Bundesregierung werden Felder abgesteckt, in denen konkreter Handlungsbedarf besteht:

Seit der Einführung der Pflegeversicherung Anfang 1995 ist die Qualitätssicherung in der Pflege verstärkt in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit einen neuen Stellenwert in der Wahrnehmung der Bevölkerung gewonnen hat. Fast 60 Millionen Menschen zahlen heute Beiträge zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung; einschließlich der Familienversicherung sind insgesamt über 98 Prozent der Bevölkerung (rd. 80 Millionen) pflegeversichert. Im Falle der Pflegebedürftigkeit haben sie – als Gegenleistung für ihre Beiträge – jetzt erworbene Ansprüche aus eigenem Recht. Damit einher geht ein neues Selbstbewusstsein der Betroffenen („Verbrauchersouveränität“), das zunehmend das häufig als beschämend empfundene Gefühl der Abhängigkeit von staatlicher Fürsorge (Sozialhilfe) überlagert. Gerade im stationären Bereich ist von pflegebedürftigen Heimbewohnern, die sich nicht ordentlich versorgt fühlen, oder ihren Angehörigen – auch in öffentlichen Diskussionen – die Frage zu

hören: „Wir müssen monatlich 5 000 DM, 6 000 DM oder 7 000 DM Heimentgelt zahlen, angeblich reicht das nicht für eine ausreichende Personalausstattung, was machen die Heime eigentlich mit unserem Geld?“

Anlass für diese und ähnliche Fragen sind häufig Berichte über Mängel in der Pflege. Wachsame Medien haben mit – bemerkenswertem Augenmaß – vor allem in Pflegeheimen Missstände aufgezeigt, die unerträglich sind und daher, wo immer sie auftreten, aus der Sicht aller Beteiligten mit Nachdruck beseitigt werden müssen. Weniger in der Öffentlichkeit bekannt, aber nicht minder besorgniserregend, sind die Erkenntnisse, die der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) in der Zeit seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes (1995) aus über 4 000 Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gewonnen hat.

Der Gesetzgeber hat den (landesweit organisierten) Medizinischen Diensten der Krankenversicherung – als anbieterunabhängigen Institutionen – eine zentrale Rolle in der externen Qualitätssicherung zugewiesen, die im Gesetz als Einheit von Prüfung, Beratung und Empfehlung angelegt ist und vom MDK auch so verstanden und umgesetzt wird. Dieser partnerschaftliche Prüfungs- und Beratungsansatz zeigt sich in den Prüfberichten des MDK. Diese beschränken sich in aller Regel nicht darauf, Qualitätsmängel aufzuzeigen und durch repressive Maßnahmen zu beseitigen; sie sind vielmehr getragen von dem Bemühen, den Pflegeeinrichtungen durch Beratung und Empfehlungen dabei zu helfen, ein internes Qualitätsmanagement aufzubauen, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.

Von daher zeigen die Prüfberichte der Medizinischen Dienste gegenüber den spektakulären Berichten der Medien ein sehr differenziertes Bild, das es nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse rechtfertigt, die geprüften Einrichtungen (aus Sicht des MDS) vier Kategorien zuzuordnen:

- In der ersten Kategorie finden sich ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die seit Jahren Pflege auf einem qualitativ hohen Niveau erbringen. Sie betrachten die Prüfungen durch den MDK als Bestätigung und Anerkennung ihrer Arbeit. Auf solche Einrichtungen treffen die Medizinischen Dienste in der Regel nur bei Stichprobenprüfungen.
- Die zweite Kategorie umfasst die Dienste und Einrichtungen, die mit der Einführung der Pflegeversicherung begonnen haben, interne Qualitätssicherung zu betreiben und dabei erste Erfolge erzielt haben. Auch hier wirken die MDK-Prüfungen überwiegend als Bestätigung des gewählten Pflegeansatzes. Die Empfehlungen des MDK zur Qualitätssicherung fördern und steuern die weitere positive Entwicklung.
- Hinzu kommen Pflegeeinrichtungen, die von den Medizinischen Diensten erst auf das vom Pflege-Versicherungsgesetz „gelegte Gleis“ der Qualitätssicherung ge-

stellt worden sind. Diese „Anschub- und Impulsfunktion“ des MDK fand bislang in der Öffentlichkeit kaum Beachtung.

- In der vierten Kategorie schließlich finden sich Pflegeeinrichtungen, die nach Einschätzung der Medizinischen Dienste keinen Erfolg versprechenden Ansatz für Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten bieten. Ihnen fehlt in allen Bereichen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) jegliche Basis für eine fachgerechte Pflege. Solche Einrichtungen können mit den Beratungsinhalten der MDK-Mitarbeiter nichts anfangen, sie stellen (aus der Sicht des MDS) eine Gefahr für die Pflegebedürftigen dar, die sich ihrer Betreuung anvertrauen. Diese Einrichtungen werden von den Medizinischen Diensten vorwiegend über anlassbezogene Einzelprüfungen identifiziert. Im Jahr 1999 war es aus Sicht des MDK in rund 50 Fällen geboten, in den Prüfberichten den dafür zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen zu empfehlen, den betroffenen Einrichtungen den Versorgungsvertrag zu kündigen. Die Qualitätsmängel in diesen Einrichtungen waren so groß, dass keine Möglichkeit gesehen wurde, die Qualität in angemessener Frist zu verbessern.

Nach einer ersten Gesamtauswertung der über 4 000 Prüfberichte der Medizinischen Dienste durch den MDS lässt sich die Mehrzahl der geprüften Einrichtungen den dargestellten Kategorien zwei oder drei zuordnen, die sichtlich bemüht sind, u. a. durch die Einführung eines internen Qualitätsmanagements, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Den „schwarzen Schafen“ in der vierten Kategorie, die nach wie vor eine Minderheit darstellen, stehen in der ersten Kategorie viele Pflegeheime und Pflegedienste gegenüber, denen in den Prüfberichten des MDK eine vorzügliche Pflegequalität bescheinigt wird.

Vor diesem Hintergrund darf insgesamt nicht verkannt werden, dass trotz der in vielen Berichten aufgezeigten Missstände die Menschen in Deutschland, die auf professionelle häusliche, teil- oder vollstationäre Hilfe durch Pflegeeinrichtungen angewiesen sind, in der Regel auf einem hohen Leistungs- und Qualitätsniveau versorgt werden. Eine Kritik, die alle Einrichtungen über einen Kamm schert, wird auch den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeheimen und Pflegediensten nicht gerecht, die sich mit großem Engagement um die ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen kümmern. Der größte Teil der Pflegeanbieter leistet nicht zuletzt dank seiner Mitarbeiter gute, qualitätsorientierte Arbeit. Diese dürfen daher nicht verunsichert und mit pauschaler Kritik überzogen werden, sondern können zu Recht eine Anerkennung für ihre schwierige, verantwortungsvolle und humane Berufsausübung erwarten.

Es ist zu befürchten, dass Mängel in der Pflege auch in Zukunft nicht allorts ausgeschlossen werden können. Hier müssen in jedem Einzelfall der Sachverhalt konkret ermittelt und alsdann die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden. Dabei darf aber eines nicht aus dem Auge verloren werden:

Pflegequalität kann – dauerhaft wirksam – nicht von außen in die über 8 500 Pflegeheime und fast 13 000 Sozialstationen und Pflegedienste im Land „hineinkontrolliert“ werden.

Qualitätsprüfungen sind zwar notwendig und, wo Anhaltspunkte für Missstände vorliegen, auch unverzichtbar. Eine nachhaltige Breiten- und Tiefenwirkung können sie jedoch nur entfalten, wenn sie mit fachkundiger Beratung (gerade auch durch den Medizinischen Dienst) verbunden sind, welche die Eigenverantwortung und vor allem das Eigeninteresse der Träger an einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung ihrer Pflegeeinrichtungen stärkt.

Grundansatz des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

Vor diesem Hintergrund sind die Vorschläge der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität von der Erkenntnis und der darauf gestützten Philosophie geprägt, dass Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen „hineingeprüft“ werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger – entwickelt werden muss. Notwendig ist ein doppelter Ansatz:

- Primär sind die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und für die Weiterentwicklung der Qualität ihrer ambulanten, teil- oder vollstationären Leistungen verantwortlich. Das beinhaltet nicht nur die Pflicht für jedes Pflegeheim und für jeden Pflegedienst, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Ihren Ausdruck findet diese „trägernahe“ Schiene der Qualitätssicherung in der neuen Vorschrift über die Leistungs- und Qualitätsnachweise (§ 113 SGB XI-E).
- Parallel dazu bleibt es bei der externen Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen (und der staatlichen Kontrollen durch die Heimaufsicht). Wie bisher haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden beauftragten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen (§ 112 Abs. 3 SGB XI-E). Dabei wird die bewährte Beratungsfunktion des Medizinischen Dienstes gestärkt (§ 112 Abs. 4 SGB XI-E). Außerdem werden die Zugangsrechte des Medizinischen Dienstes zu den Pflegeeinrichtungen konkretisiert und – im stationären Bereich – die Zusammenarbeit mit der staatlichen Heimaufsicht gefördert.

Um Doppelprüfungen zu vermeiden, werden die verschiedenen Zweige der Qualitätssicherung nach dem SGB XI und dem Heimgesetz sachgerecht aufeinander abgestimmt (§§ 114 Abs. 2 und 4, 117 Abs. 1 SGB XI-E).

Die Zweckmäßigkeit dieses zweigleisigen Ansatzes wird dadurch belegt, dass das Pflege-Versicherungsgesetz in der Öffentlichkeit eine breite Qualitätsdiskussion ausgelöst hat, die auch die Pflegeeinrichtungen selbst, ihre Träger und Trägervereinigungen, das Personal und die Berufsverbände erfasst hat. Große Trägervereinigungen sind mit eigenen Initiativen zur Qualitätssicherung in die Offensive gegangen. Sie wollen die Verantwortung für die Sicherung und Weiter-

entwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität in ihren Mitgliedseinrichtungen nicht mehr allein den Heimaufsichtsbehörden oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überlassen. Sie wollen vielmehr ihr Haus so weit als möglich selbst bestellen, und zwar u. a.

- durch die Entwicklung eigener Qualitätssicherungskonzepte, die zugleich ihr Selbstverständnis widerspiegeln,
- durch Prüf- und Zertifizierungsverträge mit unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen, z. T. verbunden
- mit dem Angebot an ihre Mitgliedseinrichtungen, sich in einem verbandseigenen Verfahren in regelmäßigen Abständen beraten, prüfen und zertifizieren zu lassen.

Dahinter steht zugleich die Absicht, mit unabhängigen Zertifizierungen nach eigenem Qualitätsleitbild im Wettbewerb der Trägervereinigungen untereinander für die eigene „Wettgemeinschaft“ zu werben.

Die Grundidee der primären Trägerverantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist in den Gesetzentwurf aufgenommen worden, allerdings mit der Maßgabe, dass die Leistungs- und Qualitätsnachweise, mit denen einer Pflegeeinrichtung die Qualität ihrer Leistungen testiert wird, in jedem Fall nur von anbieterunabhängigen Prüfern ausgestellt werden dürfen. Verbandseigene Prüfverfahren wurden in den Anhörungen zum Referentenentwurf des PQsG von der weit überwiegenden Mehrheit der Beteiligten ebenso abgelehnt wie die von einigen Trägerverbänden geforderte Einschränkung der Prüfbefugnisse des Medizinischen Dienstes auf anlassbezogene Prüfungen.

Übergreifendes Ziel des doppelgleisigen Ansatzes zur Qualitätssicherung ist es, die Rechte von Menschen in ihrer Lebenslage als Pflegebedürftige und in ihrer Eigenschaft als Verbraucher am „Markt“ der ambulanten und stationären Pflege zu schützen und zu stärken.

Bei den vorgesehenen Neuregelungen handelt es sich im Wesentlichen um Verfahrensvorgaben und strukturelle Regelungen, deren Wirkungen erst mittelfristig voll zur Entfaltung kommen. Vor diesem Hintergrund ist eine Befristung des Gesetzes nicht vorgesehen. Ein fester Zeitpunkt zur Prüfung, ob die beabsichtigten Wirkungen eingetreten sind, lässt sich daher ebenfalls nicht festlegen.

II. Schwerpunkte des Gesetzentwurfs zur Qualitätssicherung

Der Gesetzentwurf greift die positive Entwicklung in der Qualitätsdiskussion auf, stärkt die Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und stellt bislang nicht geregelte Fragen der Qualitätsprüfung auf eine verlässliche gesetzliche Grundlage. Insgesamt lassen sich die Vorschläge der Bundesregierung – in ihrem Sachzusammenhang gesehen – wie folgt zusammenfassen:

Erster Schwerpunkt: Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung

1. Ansatzpunkt ist die Klarstellung und Stärkung der Eigenverantwortung der Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen.

Sie gilt unabhängig von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 112 Abs. 1 SGB XI-E).

2. Diese Eigenverantwortung umfasst die Pflicht und das Recht der Träger, die personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der von ihren Pflegeeinrichtungen in Obhut genommenen konkreten Klientel hier und heute erforderlich ist (§ 80a Abs. 2 und 4 SGB XI-E).
3. Die Mitverantwortung der Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) wird nach dem Vorbild des BSHG-Reformgesetzes (1995) durch die Einführung einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) mit der einzelnen Pflegeeinrichtung sichergestellt (§ 80a SGB XI-E).
4. Die Pflicht zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gilt nur für die Träger teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen, nicht jedoch für ambulante Pflegeeinrichtungen. Die LQV ist als Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung konzipiert:

- a) Sie bietet einen flexiblen, effektiven Weg, den Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung zeitnah an die Entwicklung ihrer Belegungs- und Leistungsstruktur anzupassen, und zwar ohne jeweils den Versorgungsvertrag und damit die (für die wirtschaftliche Existenz lebensnotwendige) Zulassung des einzelnen Pflegeheims oder Pflegedienstes zum „Pflegemarkt“ in Frage zu stellen.

Vertragsparteien der LQV sind die Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 Abs. 2 SGB XI. Die LQV ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung abzuschließen. Sie kann aber auf Verlangen einer Vertragspartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden (§ 80a Abs. 3 SGB XI-E). Das bietet sich insbesondere dann an, wenn sich wesentliche Veränderungen in der Leistungs- und Belegungsstruktur eines Pflegeheims abzeichnen, die unabhängig von den Tageszwängen und dem Druck, unter dem Vergütungsverhandlungen in der Regel stehen, einer gründlichen Erörterung bedürfen.

- b) In der LQV werden die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen nach der Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert (§ 80a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI-E).

Dies kommt insbesondere demenzkranken Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute, die zusätzlich zu den Leistungen der Grundpflege häufig einen hohen Bedarf an allgemeiner und sozialer Betreuung haben.

- c) Die vertraglichen Festlegungen in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind für alle Vertragsparteien in den Vergütungsverhandlungen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI-E).

Mit den Pflegesätzen und Entgelten nach dem SGB XI werden nicht Selbstkosten erstattet, sondern Leistungen vergütet. Die Vergütungen müs-

sen leistungsgerecht sein und dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, „seinen“ (individuellen) Versorgungsauftrag zu erfüllen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI). Die begriffliche Trennung von Leistung und Vergütung – mit der separaten Definition der Leistungen in der LQV – zwingt dazu, Art und Umfang der von der einzelnen Pflegeeinrichtung zu erbringenden und ihr daher zu vergütenden Leistungen nicht nach der „Kassenlage“ zu bestimmen, sondern entsprechend dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers ausschließlich nach Bedarf und Notwendigkeit (vgl. §§ 4 Abs. 3, 29, 69 SGB XI).

Vor diesem Hintergrund bieten die vertraglichen Festlegungen in der LQV zugleich eine konkrete Grundlage für die „wirtschaftliche“ Beurteilung bestehender oder geforderter Pflegevergütungen. Preisvergleiche ohne Leistungsvergleiche machen sachlich keinen Sinn und werden von den Gerichten auch nicht akzeptiert.

Die von Kostenträgern in Pflegesatzvereinbarungen geübte oder angestrebte Praxis, die Pflegesätze des einzelnen Pflegeheims an regionalen oder landesweiten Durchschnittswerten mehr oder weniger vergleichbarer Heime zu messen oder gar darauf zu beschränken („Durchschnittswertemodell“), widerspricht nicht nur dem gesetzlich verbrieften Anspruch des einzelnen Heims auf eine leistungsgerechte Vergütung seiner konkreten Leistungen (Individualprinzip), sie ist letztlich auch kostentreibend. Denn einerseits können Pflegeheime, die mit ihren aktuell geltenden Pflegesätzen über den regionalen oder landesweiten Durchschnittswerten liegen, wegen des Individualprinzips nicht zur Senkung ihrer Preise auf ein arithmetisches Mittel gezwungen werden; andererseits werden Kostenträger – aus der systemimmanenten Logik ihres eigenen Bemessungsansatzes heraus – den (zahlreichen) Pflegeheimen, die mit ihren Pflegesätzen unter den Durchschnittswerten liegen, die Anpassung an das arithmetische Mittel nicht verwehren können. Es führt kein Weg daran vorbei, dass die Kostenträger sich der Mühe unterziehen müssen, bei der Bemessung der Pflegesätze unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten jedes Pflegeheim, dessen Preis zur Verhandlung ansteht, mit den Heimen in der Region oder im Land zu vergleichen, die in ihren individuellen Leistungen konkret vergleichbar sind. Die in der politischen Diskussion verworfene Idee des sog. „Standardpflegesatzmodells“, das offensichtlich hinter dem regionalen oder landesweiten „Durchschnittswertemodell“ steht, hilft rechtlich und ökonomisch nicht weiter. Die bisherige Fixierung auf Preisvergleiche hat überdies dazu geführt, dass das seit 1995 im Gesetz vorgeschriebene Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 SGB XI) bislang kaum genutzt wurde und genutzt werden konnte, weil es an einer konkreten Beschreibung der individuellen Leistungen der einzelnen Pflegeheime fehlt, deren Preise als-

dann unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit beurteilt werden können.

Die LQV schafft mit ihrer vertraglichen Festlegung der Leistungen und Leistungserfordernisse des einzelnen Pflegeheims die Voraussetzungen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen anhand rationaler, gesetzeskonformer Beurteilungskriterien. Die Bindung der Kostenträger an die von ihnen selbst vereinbarten Festlegungen in der LQV ermöglicht darüber hinaus ein zügiges Vergütungsverfahren; sie hilft, das jährliche „Mengenproblem“ (Verhandlungen mit über 8 500 Pflegeheimen) in den Griff zu bekommen und trägt insgesamt zu einer Verbesserung der Verhandlungsqualität bei.

5. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird (§ 80a Abs. 4 SGB XI-E).
6. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ermöglicht es nachzuprüfen, ob ein Pflegeheim auch tatsächlich das Personal bereitstellt oder einsetzt, das für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der Heimbewohner nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen notwendig ist. Auf Verlangen einer jeden Vertragspartei hat der Träger in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das in der LQV als notwendig und ausreichend anerkannte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt (§ 80a Abs. 5 SGB XI-E).

Die finanzielle Dimension zeigt ein Personalabgleich, der im Frühjahr 2000 von einem Medizinischen Dienst in 22 Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde. Hierbei stellte sich heraus, dass in 18 Einrichtungen die vom MDK festgestellte personelle Besetzung im Pflege- und Betreuungsbereich nicht mit den in die Pflegesätze einkalkulierten Personalzahlen und -kosten übereinstimmte. Es ergaben sich Abweichungen

- in 8 Einrichtungen von bis zu 3 Vollkräften,
- in 6 Einrichtungen von 3,1 bis zu 9,9 Vollkräften,
- in 4 Einrichtungen von 10 Vollkräften und mehr.

Eine vertragswidrige Unterbesetzung von 10 Vollkräften bedeutet, auf ein Jahr hochgerechnet, einen Erlös („windfall-profit“) von rund 800 000 DM, dem keine entsprechende Leistung der Pflegeeinrichtung gegenübersteht.

Die LQV stellt das auch vor diesem Hintergrund notwendige Instrumentarium des Personalabgleichs auf eine verlässliche Grundlage. Der Personalabgleich untergräbt nicht die unternehmerische Verantwortung und Gestaltungsfreiheit der Pflegeeinrichtungen. Er bietet jedoch einen effektiven Schutz gegen illegale Praktiken zum Schaden der Pflegebedürftigen und dient in diesen Fällen nicht zuletzt auch den Interessen der Pflegekräfte, denen zugemutet wird, die Arbeit nicht vorhandener, in

der Pflegevergütung aber enthaltener Pflegekräfte in ihrer Pflegeeinrichtung zu übernehmen. Der Personalabgleich erfordert keinen nennenswerten Verwaltungsaufwand; es genügt in der Regel eine „Akteneinsicht“ in die von jedem Arbeitgeber bereits aus steuerlichen Gründen zu führenden Jahreslohnlisten.

7. Die aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gewonnenen Daten zusammen bilden eine wichtige Quelle für die Einführung eines länderbezogenen Pflegeheimvergleichs, der – voll etabliert – die Versorgungsstrukturen, die Leistungen und Preise möglichst vieler Pflegeheime im Land transparent machen wird (§ 92a SGB XI-E).
8. Ein schwieriges Problem für das gesamte Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI (Versorgungsverträge, LQV, Vergütungsvereinbarungen) liegt zweifellos ohne darin, dass es allgemein anerkannte Maßstäbe für die Personalbemessung in Pflegeheimen derzeit noch nicht gibt. Personalbemessungsverfahren, wie z. B. „Persys“ oder das aus Kanada stammende „Plaisir“, befinden sich noch in der wissenschaftlichen Diskussion.

Der Gesetzentwurf schlägt daher als vorläufigen Orientierungsmaßstab für eine sachgerechte Personalbemessung im Rahmen der LQV die Einführung von landesweiten oder regionalen Personalrichtwertvereinbarungen als Bestandteil der Rahmenverträge der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene (§ 75 Abs. 3 SGB XI-E) vor. Die Personalrichtwerte, die auch als Bandbreiten vereinbart werden können, umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

- das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräften umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanzahlzahlen), sowie
- im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Darüber hinaus werden die Vertragsparteien in die Pflicht genommen, sich auf landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren zu verständigen. Mit diesen personalbezogenen Vertragselementen werden die Rahmenverträge über Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeheime nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI weiter konkretisiert. Bei dem Abschluss der Vereinbarungen ist stets die Heimpersonalverordnung zu beachten (§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E).

Der Einfluss der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene soll auch für die neuen vertraglichen Regelbestände (Personalbedarfsermittlungsverfahren und Personalrichtwerte) über das bewährte Mittel der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene gewährleistet bleiben (§ 75 Abs. 6 SGB XI-E). An der Erarbeitung der Empfehlungen werden künftig auch der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängige Sachverständige beteiligt. Mit den Verbänden der Pflegeberufe und der Betroffenen ist eng zusammenzuarbeiten.

9. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung hat Rückwirkungen auf die künftige Zulassung neuer Pflegeeinrichtungen. Diese müssen nicht nur (wie schon nach bisherigem Recht) die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten, sondern sich darüber hinaus zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichten, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist (§§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3, 80 Abs. 1 Satz 1 SGB XI-E). Mit der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung wird nach allem nur auf den ersten Blick ein weiterer Vertragstyp eingeführt. Bereits nach geltendem Recht sind die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen und deren Qualität, sowohl im Versorgungsvertrag (für die Zulassung) als auch in der Vergütungsvereinbarung (für die Vergütung), zu definieren. In der Sache bietet daher die LQV den Vertragsparteien lediglich auch formal die Möglichkeit, die inhaltliche Bestimmung der erwarteten Leistung und deren Qualität in einer beide Verträge verbindenden Absprache „vor die Klammer“ zu ziehen, mit den dargestellten Vorteilen.

Die Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung wird in Abwägung der Ergebnisse der Anhörungen zum Referentenentwurf auf den Bereich der teil- und vollstationären Pflege beschränkt. Die „fließenden“ Leistungserfordernisse in der ambulanten Pflege (von Land zu Land unterschiedliche Leistungskomplexe, in das Ermessen der Pflegebedürftigen gestellte Inanspruchnahme der Leistungen, Wahlfreiheit zwischen Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen mit entsprechenden Konsequenzen für die Personalarhaltung durch die Pflegedienste) lassen es nach Auffassung der Mehrheit der Beteiligten angezeigt erscheinen, vor einer Einführung der LQV für den ambulanten Bereich weitere praktische Erfahrungen abzuwarten.

Zweiter Schwerpunkt: Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität

Die Vorschläge des BMG knüpfen auch hier an das geltende Recht an und beschränken sich auf eine behutsame Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvorschriften des SGB XI.

Die Schaffung bundesweit verbindlicher Qualitätsmaßstäbe ist nach geltendem Recht den Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene vorbehalten (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Solche Vereinbarungen bestehen seit 1995/1996 für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, teil- und vollstationäre Pflege).

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Dazu gehört, dass sie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Überprüfung der Qualität ihrer Leistungen (einschließlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) durch Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen ermöglichen (§ 80 Abs. 2 SGB XI).

Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Möglichkeit, unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit durch geeignete Maßnahmen auf eine Abstellung festgestellter Mängel hinzuwirken. Dazu gehört als letztes Mittel die Kündigung des Versorgungsvertrages (§§ 80 Abs. 3, 74 SGB XI).

Ungeregelt sind bislang u. a. folgende Fragen:

- Zutrittsrechte des Medizinischen Dienstes zu den Pflegeeinrichtungen,
- regelmäßige Leistungs- und Qualitätsnachweise durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen als „Bringschuld“ der Pflegeeinrichtungen,
- Finanzierung von Qualitätsprüfungen sowie
- Zusammenarbeit mit der staatlichen Heimaufsicht.

Alle diese Probleme können nicht – ohne gesetzliche Vorstrukturierung – in Vereinbarungen der Selbstverwaltung gelöst werden, da es sich stets um Verträge zu Lasten Dritter, nämlich der einzelnen Einrichtungsträger, handelt; zum Teil werden auch die Interessen der Pflegebedürftigen unmittelbar berührt.

Um den geltenden § 80 SGB XI nicht zu einer unübersichtlichen „Mammut“-Vorschrift auszuweiten, sind die darin enthaltenen Grundregeln in einem neuen Elften Kapitel in mehrere Vorschriften ausgefächert (§§ 112 bis 118 SGB XI-E) und um die regelungsbedürftigen Tatbestände ergänzt worden. Die Ergänzungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die vertragliche Regelungsbefugnis der Selbstverwaltung auf Bundesebene wird auf die Festlegung von Grundsätzen für ein umfassendes Qualitätsmanagement ausgedehnt (§ 80 Abs. 1 SGB XI-E). Das Verfahren für die Durchführung von Qualitätsprüfungen wird aus der Regelungskompetenz der Selbstverwaltung herausgenommen und nicht zuletzt wegen seiner verfassungsrechtlichen Tragweite (insbesondere hinsichtlich der Fragen der Zugangsrechte des MDK zu den Pflegeeinrichtungen) im Gesetz selbst geregelt (§ 114 SGB XI-E).
2. Die bereits nach geltendem Recht bestehende Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, wird ausdrücklich auf die Pflicht ausgedehnt, in regelmäßigen Abständen die Qualität ihrer Leistungen nachzuweisen (§ 112 Abs. 2 SGB XI-E).
3. Zentraler Dreh- und Angelpunkt werden künftig die Leistungs- und Qualitätsnachweise sein, die gewissermaßen als „Bringschuld“ der Pflegeeinrichtungen definiert werden. Die Einrichtungsträger werden verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die Qualität ihrer Leistungen durch Prüfstelle unabhängiger, von den Bundes- oder Landesverbänden anerkannter Sachverständiger oder Prüfstellen nachzuweisen. Inhalt des Prüfstats kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI voll erfüllt (§ 113 Abs. 1 und 2 SGB XI-E).
4. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz können durch die Erteilung von Leistungs- und Qualitäts-

nachweisen nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Das Gleiche gilt für örtliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 113 Abs. 4 SGB XI-E). Soweit allerdings eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, hat dies der MDK bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang seiner Prüfungen angemessen zu berücksichtigen (§ 114 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-E).

5. Das von vielen Pflegeeinrichtungen angenommene Beratungsangebot der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung wird auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage gestellt. Der MDK wird durch eine „Sollvorschrift“ ermutigt, im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken (§ 112 Abs. 4 SGB XI-E). Dieser Service bleibt für die Pflegeeinrichtungen auch künftig kostenlos; ein Anspruch auf Beratung besteht allerdings nicht.
6. Die bereits im geltenden Recht vorgesehenen Prüfbefugnisse der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (§ 80 Abs. 2 SGB XI) werden konkretisiert. Der MDK wird ausdrücklich ermächtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI weiterhin erfüllen (§ 114 Abs. 1 SGB XI-E). Zu diesem Zweck werden die Zugangsrechte des MDK – unter strikter Beachtung der verfassungsrechtlichen Grenzen – auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage gestellt. Dabei sind für den teil- und vollstationären Bereich vier Stufen zu unterscheiden (§ 114 Abs. 2 und 4 SGB XI-E):
 - Grundsätzlich ist der MDK berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen.
 - Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Das ist z. B. dann der Fall, wenn geprüft werden soll, ob pflegebedürftige Heimbewohner nachts „fixiert oder sediert“ werden oder ob die erforderlichen Nachtwachen vorhanden sind.
 - Räume, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist. Diese verfassungsrechtlich zwingende Regelung (vgl. Artikel 13 Abs. 7 Grundgesetz) gilt unabhängig davon, ob die Prüfung tagsüber oder nachts durchgeführt werden soll. Dabei ist unstreitig, dass die Fixierung oder Sedierung von Pflegebedürftigen ohne medizinische Indikation und ohne ärztli-

che Anordnung Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen.

- Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen sind die Medizinischen Dienste befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach dem SGB XI zu beschränken (§ 114 Abs. 4 SGB XI-E).

Die gesetzliche Einräumung dieser Zugangsrechte entbindet den MDK nicht von der Pflicht abzuwägen, ob und in welchem Umfang er davon im Einzelfall Gebrauch machen will. Insbesondere wenn es darum geht, Wohnräume ohne Zustimmung des Bewohners zu betreten, bietet es sich im Regelfall an, vorher die staatliche Heimaufsicht einzuschalten. Ohne Begleitung der Heimaufsicht sollten Räume, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, gegen deren Willen nur in Ausnahmefällen betreten werden; etwa wenn (auf Grund von konkreten Anhaltspunkten) ein sofortiges Eingreifen nach pflichtgemäßer Einschätzung des MDK zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für pflegebedürftige Heimbewohner dringend notwendig und die Heimaufsicht nicht sofort verfügbar ist.

7. Der Medizinische Dienst erhält die Befugnis, ambulante Pflegedienste nicht nur in ihren Betriebsräumen, sondern auch bei ihrem Einsatz in der Wohnung des Pflegebedürftigen zu beraten und zu prüfen. Für eine örtliche Prüfung in der Wohnung des Pflegebedürftigen ist grundsätzlich die Zustimmung des Pflegebedürftigen erforderlich und ausreichend (§ 114 Abs. 3 SGB XI-E). Falls der Pflegebedürftige dem MDK das Betreten seiner Wohnung gestattet, muss der Pflegedienst seine Überprüfung dulden. Für den Fall, dass der Pflegebedürftige seine Zustimmung verweigert, kann seine Wohnung (wie bei stationärer Pflege) nur unter den strengen Voraussetzungen des Artikels 13 Abs. 7 Grundgesetz betreten werden.

Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringt, sind diese in die Prüfung einzubeziehen.

8. Die Sanktionsmöglichkeiten bei Feststellung von Qualitätsmängeln werden differenzierter ausgestaltet. Hält eine Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Um der betroffenen Pflegeeinrichtung umfassenden Rechtsschutz zu geben, hat ihre Klage gegen die Entscheidung der

Schiedsstelle aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung anteilig an die betroffenen Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zurückzuzahlen (§ 115 Abs. 3 SGB XI-E).

(Zu weitergehenden Rechten der Pflegebedürftigen unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes, siehe unten Teil III)

9. Die notwendigen Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen (§ 113 SGB XI-E) sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem SGB XI zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt für die Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 SGB XI).
10. Um die praktische Durchführung der Qualitätssicherung auf eine bundesweit einheitliche und verlässliche Grundlage zu stellen, wird die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen (§ 118 Abs. 1 SGB XI-E).

In der Verordnung sind insbesondere zu regeln:

- Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,
- das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen,
- die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
- die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen und Prüfstellen sowie
- die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen durch die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen.

Dabei ist zu beachten, dass Beratungen und Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung nur durch Pflegefachkräfte oder Ärzte durchgeführt werden dürfen, die in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach der Verordnung geschult sind (§ 118 Abs. 2 SGB XI-E).

Die in der Verordnung normierten Beratungs- und Prüfvorschriften gelten für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen oder -prüfungen nach dem SGB XI durchführen, sowie für alle Behörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung beteiligt sind (§ 118 Abs. 1 SGB XI-E).

11. Die Erfahrungen und Erkenntnisse, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung aus ihren Beratungen und Prüfungen gewinnen, sind erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren von dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen in einem Bericht an die Spit-

zenverbände der Pflegekassen und das Bundesministerium für Gesundheit zusammenzufassen (§ 118 Abs. 4 SGB XI-E).

Dritter Schwerpunkt: Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

Ein gemeinsames Anliegen mit der Heimrechtsnovelle ist die Förderung der Zusammenarbeit der staatlichen Heimaufsichtsbehörden mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und mit den Sozialhilfeträgern. Die Pflichten des Medizinischen Dienstes im Rahmen dieser Zusammenarbeit sind aus rechtspolitischen und rechtssystematischen Gründen im Stammgesetz für die Pflegeversicherung, also im SGB XI, zu regeln. Die Vorschläge im Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Überprüfung zugelassener Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Heimgesetz durch

- gegenseitige Information und Beratung,
- Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
- Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr oder zur Qualitätssicherung

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden (§ 117 Abs. 1 SGB XI-E).

2. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege- und Betreuungsqualität nach dem SGB XI kann durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden (§ 117 Abs. 2 SGB XI-E).

3. Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach dem SGB XI zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Durchführung des Heimgesetzes erforderlich sind (§ 117 Abs. 3 und 4 SGB XI-E).

4. Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden

Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligten Stellen oder Gremien ist unzulässig (§ 117 Abs. 5 SGB XI-E).

5. Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 SGB XI sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Widerspruch oder die Klage einer Pflegesatzpartei gegen die Beanstandung hat keine aufschiebende Wirkung (§ 117 Abs. 6 SGB XI-E).

III. Schwerpunkte des Gesetzentwurfs zur Stärkung der Verbraucherrechte

Übergreifendes Ziel ist es, die Rechte der Pflegebedürftigen in ihrer Eigenschaft als Verbraucher am „Markt“ der ambulanten und stationären Pflege zu schützen und zu stärken. Es geht darum, pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern dabei zu helfen,

- trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,
- sich in den „Institutionen“ der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden und durch Mitwirkung Einfluss auf ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Es geht insgesamt darum, die Lebensqualität in der Pflege zu erhalten und zu verbessern. Dazu gehört, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen durch Beratung in die Lage zu versetzen, ihre Rechte wahrzunehmen. Dazu gehört ferner, Pflegeeinrichtungen, welche die von ihnen in Obhut genommenen Pflegebedürftigen nicht mit der gebotenen Pflegequalität betreuen, auch finanziell zur Rechenschaft zu ziehen.

Mit den Vorschlägen im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zur Stärkung der Verbraucherrechte wird nicht brachliegendes Neuland betreten, sondern auf bewährten Wegen fortgeschritten. Es wird an bestehende, über das Pflege-Versicherungsgesetz verteilte Regelungen angeknüpft, was dazu führt, dass sich auch die Standorte der neuen Regelungen gesetzestechisch auf mehrere Stellen verteilen.

In ihrem Sachzusammenhang gelesen, lassen sich die Neuerungen wie folgt zusammenfassen:

1. Die Beratung der Pflegebedürftigen wird weiter verbessert: Die bislang in § 72 Abs. 5 SGB XI enthaltenen Beratungspflichten der Pflegekassen werden in die Grundnorm des § 7 SGB XI überführt und erweitert.

- Die Preisvergleichslisten, welche jede Pflegekasse ihren Versicherten spätestens mit der Bewilligung von häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege zu übermitteln hat, werden gezielt darauf ausgerichtet, die Pflegebedürftigen bei der Ausübung ihrer freien Wahl zwischen Einrichtungen und Diensten (§ 2 Abs. 2 SGB XI) zu unterstützen. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die künftigen Leistungs- und Preisvergleichslisten die Leistungen und Vergütungen derjenigen Pflegeeinrichtungen beschreiben müssen, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährt werden soll; bislang waren sie auf eine Beschreibung der Pflegeeinrichtungen im

- Einzugsbereich des Wohnorts des Pflegebedürftigen beschränkt. Inhaltlich werden die Leistungs- und Preisvergleichslisten an die neuen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen angebunden. Das erleichtert ihre Erarbeitung durch die Pflegekassen, weil auf vorhandene, jeweils aktuelle Daten zurückgegriffen werden kann. Es macht die Leistungs- und Preisvergleichslisten transparenter und aussagekräftiger, weil sie anhand der für alle Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen einheitlichen Vorgaben erstellt werden. Damit erhöht sich zugleich ihr praktischer Nutzwert als Entscheidungshilfe für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige (§ 7 Abs. 3 SGB XI-E).
- Darüber hinaus werden die Pflegekassen ermächtigt, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach dem SGB XI aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen (z. B. kommunale Beratungsstellen). Diese Möglichkeit bietet sich insbesondere für solche Pflegekassen an, die etwa wegen ihrer räumlichen Entfernung zu ihren Versicherten Schwierigkeiten haben, eine umfassende ortsnahe Beratung sicherzustellen (§ 7 Abs. 4 SGB XI-E).
2. Bei stationärer Pflege werden die Pflegeheime, wie bereits erwähnt, ausdrücklich verpflichtet, das für eine qualitätsgerechte Pflege, Versorgung und Betreuung ihrer besonderen Klientel erforderliche Personal bereitzustellen. Das kommt vor allem dementen Heimbewohnern zugute, die häufig einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner und sozialer Betreuung haben (§ 80a Abs. 2 und 4 SGB XI-E).
 3. Verletzt eine ambulante, teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung ihre vertraglichen Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung, sind die vereinbarten Pflegevergütungen rückwirkend zugunsten der betroffenen Pflegebedürftigen oder ihrer Kostenträger zu kürzen. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt. Die Pflegekassen werden ermächtigt, in entsprechender Anwendung des § 66 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen gegen die Träger von Pflegeeinrichtungen zu unterstützen (§ 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI-E).
 4. Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht beherrschbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt (§ 115 Abs. 4 SGB XI-E).
 5. Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen zu beachten (§ 115 Abs. 5 SGB XI-E).
 6. Soweit der Träger der Pflegeeinrichtung die festgestellten Mängel (in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches) zu vertreten hat, haftet er gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern für die Kosten, die durch die Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung entstehen (§ 115 Abs. 6 SGB XI).
 7. In der Heimrechtsnovelle ist bestimmt, dass Pflegebedürftige in Pflegeheimen künftig durch den von ihnen gewählten Heimbeirat bei der Vorbereitung und Durchführung der Pflegesatzverhandlungen zwischen dem Heimträger und den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträgern) mitwirken. Dazu gehört u. a. die Pflicht des Heimträgers, den Heimbeirat rechtzeitig vor der Aufnahme von Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen zu einer geplanten Erhöhung der Pflegesätze oder Entgelte für Unterkunft und Verpflegung anzuhören und ihm Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben.

Im PQsG werden diese erweiterten Mitwirkungsrechte pflegebedürftiger Heimbewohner dadurch abgesichert, dass der Heimträger verpflichtet wird, die Stellungnahme des Heimbeirats den Unterlagen beizufügen, mit denen er die Pflegekassen zur Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen auffordert (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XI-E). Es liegt in der Systematik des Pflegesatzverfahrens, dass die als Kostenträger betroffenen Vertragsparteien die Stellungnahme des Heimbeirats bei den Vertragsverhandlungen angemessen zu berücksichtigen haben.
 8. Es wird sichergestellt, dass die Vorschriften des Heimgesetzes über den individuellen Heimvertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung und den pflegebedürftigen Heimbewohnern auch für solche Pflegeheime entsprechend gelten, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet (§ 119 SGB XI-E). Das betrifft insbesondere Pflegeheime, in denen Kinder und Jugendliche gepflegt werden.
 9. Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit (entsprechend den vom Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen) zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhängen (§ 120 SGB XI-E). Weitere Einzelheiten:
 - Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
 - In dem Pflegevertrag sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach dem SGB XI vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.
 - Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse

zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen den von der Pflegekasse zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach dem SGB XI vereinbarte Vergütung berechnen.

Der Pflegedienst hat eine Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

IV. Gesetzgebungsrecht des Bundes

Für die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hat der Bund das Gesetzgebungsrecht.

Die einschlägigen Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung ergeben sich aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 Grundgesetz (öffentliche Fürsorge) sowie Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (Sozialversicherung). Der Begriff der „öffentlichen Fürsorge“ im Sinne des Grundgesetzes ist selbst nicht eng auszulegen. Er umfasst auch präventive Maßnahmen zum Ausgleich von Notlagen und besonderen Belastungen sowie Vorkehrungen gegen die Gefahr der Hilfsbedürftigkeit (BVerfGE 88, 203, 329 f. m. w. N.; vgl. auch BVerfGE 97, 332, 341). Ziel des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes ist u. a. die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen. Damit werden die beschriebenen präventiven Gesichtspunkte verfolgt. Ferner lässt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz stützen. Die geplanten Regelungen dienen dazu, die Qualität der Sachleistungen nach dem SGB XI zu sichern und zu erhalten. Damit wird jedenfalls mittelbar auf die Leistungserbringung Einfluss genommen. Außerdem werden die Zulassungsvoraussetzungen für Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI-E durch die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement konkretisiert und das Vertragsrecht – als das klassische sozialversicherungsrechtliche Handlungsinstrumentarium – durch die Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung differenziert. Hinzu kommt, dass die Pflegeversicherung als Sozialversicherung ausgestaltet und damit Bestandteil des Sozialversicherungssystems ist.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist hier für die Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich, weil die neuen Vorschriften insbesondere zum Ziel haben, den bisherigen bundeseinheitlichen Rahmen für das Vertrags- und Vergütungsrecht zwischen den Trägern der Einrichtungen, den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe sowie die Leistungsqualität und deren Überprüfung zu verbessern und nach bundeseinheitlichen Maßstäben zu regeln. Dies liegt vor allem auch im Interesse der Pflegebedürftigen, da der Gesetzgeber sicherstellen muss, dass die Leistungen auf der Grundlage einheitlicher Qualitätskriterien erbracht werden. Es ist daher erforderlich, dass insbesondere die nachfolgenden Regelungen bundesweit Geltung erlangen:

- Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen als Bindeglied zwischen dem Versorgungsvertrag und der Vergütungsvereinbarung
- Neustrukturierung der Instrumente für die Qualitätsprüfung und die Qualitätssicherung, insbesondere durch die

Schaffung eines bundeseinheitlichen Prüfrechts im Verordnungswege

- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung mit den Heimaufsichtsbehörden.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Mit den Änderungen wird die Inhaltsübersicht, die Bestandteil des SGB XI ist, an die neuen Vorschriften angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Durch die Änderungen werden unter anderem folgende Beratungs- und Aufklärungspflichten der Pflegekassen, die bereits im geltenden Recht angelegt sind, ergänzt und konkretisiert:

- Nach § 7 Abs. 1 SGB XI haben die Pflegekassen die Aufgabe, durch Aufklärung und Beratung eigenverantwortliches Handeln der Versicherten zu fördern, das der Vermeidung, Beseitigung und Minderung von Pflegebedürftigkeit dient. Zu diesem Zweck haben die Pflegekassen auch auf eine gesunde Lebensführung sowie auf eine frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen hinzuwirken.
- § 7 Abs. 2 SGB XI verpflichtet die Pflegekassen zur Beratung der Versicherten und ihrer Angehörigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder festgestellt wird. Die Beratung erstreckt sich auch auf die Leistungen und Hilfen anderer Träger. Die Beratung soll möglichst frühzeitig erfolgen, damit ein nahtloser Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche und frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen gewährleistet ist.
- § 45 SGB XI verpflichtet die Pflegekassen, unentgeltlich Schulungskurse für Angehörige und für sonstige ehrenamtlich Pflegenden anzubieten, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflege-tätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen und die „Anwerbung“ neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein.
- Die bisherige Regelung des § 72 Abs. 5 SGB XI (die in § 7 Abs. 3 SGB XI-E aufgenommen wird) dient der Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Ausübung ihres Wahlrechts zwischen unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen und verpflichtet die Pflegekassen zu diesem Zweck, den Pflegebedürftigen Preisvergleichslisten zur Verfügung zu stellen und ihnen eine Beratung über die

jeweils in Betracht kommenden Pflegeleistungen anzubieten.

Zu Absatz 3

Zu den fundamentalen Rechten der Pflegebedürftigen gehört es, dass sie zwischen den Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen können. Der bisherige § 72 Abs. 5 SGB XI unterstützt dieses Wahlrecht durch umfassende Information des Pflegebedürftigen über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, in deren Einzugsbereich er wohnt. Nach geltendem Recht sind die Pflegekassen zur Unterstützung des Wahlrechts der Pflegebedürftigen verpflichtet, spätestens mit der Bewilligung des Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Preisvergleichsliste zu übermitteln. Darüber hinaus ist die Kasse verpflichtet, dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass der Pflegebedürftige z. B. vor Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes selbst überprüfen kann, welches Angebot für ihn in seiner persönlichen Situation am vorteilhaftesten ist. Diese Regelungen dienen zugleich der Förderung des Wettbewerbs und der verbesserten Transparenz für den Versicherten.

Der neue § 7 Abs. 3 SGB XI-E übernimmt die Regelung aus § 72 Abs. 5 SGB XI und konkretisiert sie im Hinblick auf den neuen § 80a SGB XI-E (Leistungs- und Qualitätsvereinbarung). Die Neuregelung stellt insbesondere sicher, dass die von den Pflegekassen zu erstellende Preisvergleichsliste (künftig: Leistungs- und Preisvergleichsliste) nicht nur Angaben über Vergütungen und Entgelte, sondern auch über die Leistungen der Pflegeeinrichtungen anhand der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung beinhaltet. Die Anknüpfung an die jeweilige Leistungs- und Qualitätsvereinbarung

- vereinfacht die Erarbeitung der Preisvergleichsliste für die Pflegekassen, weil auf vorhandene Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann,
- macht die Angaben der Leistungs- und Preisvergleichsliste für die Pflegebedürftigen transparenter und vergleichbarer, weil sie anhand der für alle Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen einheitlichen Vorgaben (§ 80a SGB XI-E) erstellt wird, und
- sie gewährleistet besser als bisher, dass die Preisvergleichslisten für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen eine aussagekräftige Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims bilden.

Die Regelung stellt stärker als bisher sicher, dass nicht allein Preise aufgelistet werden, sondern auch die entsprechenden Leistungen. Nur wenn auch die Leistungen der Pflegeeinrichtungen erkennbar sind, ist die Leistungs- und Preisvergleichsliste im Interesse einer verbesserten Kunden- und Verbrauchersouveränität für die Betroffenen von Wert. Dabei ist zu beachten, dass sich die Anknüpfung an die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nur für den Bereich der stationären Versorgung auswirkt, weil für die häusliche Pflege der Abschluss derartiger Vereinbarungen nicht vorgesehen ist. Das bedeutet aber nicht, dass die Pflegekassen aus der Pflicht entlassen sind, aussagekräftige Leistungs-

und Preisvergleichslisten auch für den Bereich der ambulanten Versorgung zu erstellen.

Hilfreich für die Erarbeitung der Leistungs- und Preisvergleichslisten werden der Pflegeheim- und der Pflegedienstvergleich nach dem neuen § 92a SGB XI-E sein. Der Vergleich nach dieser Vorschrift dient unter anderem ausdrücklich dem Zweck, die Pflegekassen bei der Erarbeitung der Leistungs- und Preisvergleichsliste zu unterstützen.

Zu Absatz 4

Durch die Vorschrift wird klargestellt, dass die Pflegekassen ihre bestehenden Beratungspflichten nach dem SGB XI auch im Rahmen gemeinsamer Beratungsangebote mit anderen Trägern wahrnehmen können. Dies ist unter anderem erforderlich, weil manche Pflegekassen ein ortsnahes Beratungsangebot nicht vorhalten oder nicht vorhalten können. Der Umfang der Beratungspflichten wird durch die Vorschrift nicht erweitert. Die Beteiligung der Pflegekassen an gemeinsamen Beratungsangeboten ist aus deren Verwaltungshaushalt zu finanzieren.

Die Art der Beteiligung an gemeinsamen Beratungsangeboten wird durch die Regelung nicht festgelegt. Damit ist gewährleistet, dass die Pflegekassen ihre Einbindung in trägerübergreifende Angebote von den Beratungserfordernissen „vor Ort“ abhängig machen können.

Das Neutralitätsgebot stellt sicher, dass die Pflegekassen sich nur an solchen Angeboten beteiligen können, deren Unabhängigkeit, insbesondere von Anbietern von Pflegeleistungen, gewährleistet ist.

Zu Nummer 3 (§ 45 Abs. 1)

Mit der Anpassung wird klargestellt, dass die praktische Anleitung und Unterweisung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden soll. Mit der Einfügung des § 45 SGB XI in das Pflegeversicherungskonzept wurde ein möglichst breitgefächertes Spektrum flächendeckender Pflegekurse angestrebt. Dabei sollten die Pflegekassen auch sicherstellen, dass neben der theoretischen Wissensvermittlung auch praktische Anleitung im häuslichen Umfeld erfolgt, soweit dies von den Pflegebedürftigen und den betroffenen Angehörigen gewünscht wird. Mit der geänderten Formulierung wird diese Möglichkeit stärker betont und in das Blickfeld der Pflegekassen gerückt.

Zu Nummer 4 (§ 69)

Die Änderung in Satz 2 ist eine Folgeänderung zu § 80a SGB XI-E, mit dem die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für Pflegeheime eingeführt wird.

Der geltende § 69 SGB XI überträgt den Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten. Er betrifft nur Leistungen, die die Pflegekassen ihren Versicherten in der Form von Sachleistungen zu gewähren haben. Bezeichnend für das Sachleistungsprinzip ist die „Verschaffungspflicht“ der Pflegekassen. Diese müssen die ihnen obliegenden pflegerischen Leistungen nicht als eigene Leistungen erbringen, sondern sind hierzu in aller Regel auf Dritte (Pflegedienste und Pflegeheime) angewiesen. Das Gesetz (Satz 2) verpflichtet daher die Pflegekassen, die Versorgung der Versicherten durch Versorgungsver-

träge (§ 72 SGB XI) und durch Vergütungsvereinbarungen (§§ 84 ff. SGB XI) mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Die neue Leistungs- und Qualitätsvereinbarung dient dem Zweck, die Leistungen zu bestimmen, die der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels „leistungsgerecht“ zu vergüten sind. Das erfordert, die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in das Instrumentarium der Verträge und Vereinbarungen aufzunehmen, mit denen die Pflegekassen ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen haben.

Zu Nummer 5 (§ 71 Abs. 3)

Nach geltendem Recht setzt die Zulassung als ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung voraus, dass sie die von ihr angebotenen Leistungen fachlich-pflegerisch unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erbringt (§ 72 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI). Die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft erfordert nach der bisherigen Regelung in § 71 Abs. 3 SGB XI eine mindestens zweijährige praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf innerhalb der letzten fünf Jahre. Ausgebildeten Pflegefachkräften aus diesen Berufen, die ihre zweijährige berufliche Praxis nicht oder nur zum Teil innerhalb der fünfjährigen Rahmenfrist erworben haben, verschließt die derzeitige Regelung den Zugang zur Position der leitenden Pflegefachkraft. Dies betrifft insbesondere Pflegefachkräfte,

- die wegen der Betreuung oder der Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig sind,
- die als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen oder
- anerkannte Ausbildungsgänge (insbesondere pflegewissenschaftliche Studiengänge) absolvieren.

Durch die Neuregelung wird die Rahmenfrist, in der die zweijährige praktische Berufserfahrung gesammelt worden sein muss, für diese Personengruppen maßvoll von fünf auf längstens acht Jahre verlängert. Damit wird der Zugang zur Position der verantwortlichen Pflegefachkraft erleichtert, ohne dass auf die erforderliche Praxiserfahrung verzichtet und der zeitliche Abstand zu der praktischen Tätigkeit zu groß wird. Die Flexibilisierung der Rahmenfrist soll vor allem Frauen zugute kommen, die wegen Kindererziehung oder wegen Versorgung einer pflegebedürftigen Person die bisherige Rahmenfrist nicht einhalten konnten. Die Neuregelung trägt zudem dazu bei, dass der unmittelbare Zugang von Pflegefachkräften mit einer betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Hochschulausbildung zur Position der verantwortlichen Pflegefachkraft erleichtert wird.

Zu Nummer 6 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt die Zulassung von Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag. Dies setzt nach geltendem Recht voraus, dass eine Einrichtung, die die Zulassung begehrt, den Anforderungen des § 71 SGB XI genügt und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bietet. Durch

die vorgesehenen Anpassungen in Absatz 3 wird die Zulassung ferner von der Selbstverpflichtung der Einrichtung abhängig gemacht, nach Maßgabe der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI-E einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement greift die Fachdiskussion zur Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung auf. Diese Diskussion zeigt, dass Pflegequalität letztlich nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen „hineingeprüft“ werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger – entwickelt werden muss. Unter Qualitätsmanagement ist dabei eine Art Gesamtstrategie zu verstehen, die – auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt – die Qualität der Pflege in allen ihren Ausprägungen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, diese zu verbessern und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, der Mitarbeiter und der Angehörigen zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang insbesondere die berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit sowie die stetige interne, systematische Bewertung und Überprüfung des erreichten Niveaus der Qualitätssicherungsanstrengungen. Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement ist in engem systematischem Zusammenhang mit der Klarstellung der originären Verantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Pflegequalität in § 112 Abs. 1 SGB XI-E zu sehen.

Durch die Verknüpfung mit den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI-E ist gewährleistet, dass die Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement nicht einseitig durch die Kostenträger bestimmt werden, sondern über zweiseitige bundesweite Vereinbarungen der Pflegeselbstverwaltung.

In engem Zusammenhang mit der Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement steht als weiteres Element zur Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger im Bereich der Qualitätssicherung die Verpflichtung zur Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen nach § 113 SGB XI-E. Die Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises ist einem Zertifizierungsverfahren vergleichbar und stellt insoweit die notwendige Ergänzung der internen Qualitätssicherung (Qualitätsmanagement) durch ein Instrument der externen Qualitätssicherung dar (vgl. auch Begründung zu § 113 SGB XI-E).

Zu Buchstabe b

Der Inhalt der Vorschrift wird in veränderter Form als Absatz 3 in § 7 SGB XI aufgenommen.

Zu Nummer 7 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Die Änderung in § 75 Abs. 1 SGB XI greift ein Anliegen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach besserer Einbindung in die vertraglichen Regelungen des SGB XI auf. Das Gleiche gilt für die Pflicht zur Beteiligung des Verbandes beim Zustandekommen der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene nach dem neuen Absatz 6.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 116 Abs. 2 SGB XI-E. Nach dieser Vorschrift können die Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfungen als vergütungsfähiger Aufwand in die Vergütungssätze eingehen.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 3 verpflichtet die Vertragspartner der Rahmenverträge, landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren oder Richtwerte zur Personalausstattung zu vereinbaren.

In der Fachdiskussion wird es als erforderlich angesehen, die Personalbemessung bei Pflegeeinrichtungen auf allgemein anerkannte, rationale und wissenschaftlich abgesicherte Grundlagen zu stellen. Die Neuregelung greift dieses Anliegen dadurch auf, dass sie die Vereinbarung von Personalbemessungsverfahren ausdrücklich zulässt. Das Problem besteht darin, dass es allgemein anerkannte Maßstäbe für die Personalbemessung in Pflegeheimen derzeit noch nicht gibt. Personalbemessungsverfahren, wie z. B. „Persys“ oder das aus Kanada stammende „Plaisir“, befinden sich noch in der wissenschaftlichen Diskussion. Die Regelung in Absatz 3 schlägt daher als vorläufigen Orientierungsmaßstab für eine sachgerechte Personalbemessung alternativ die Einführung von landesweiten Personalrichtwertvereinbarungen durch die Vereinbarungspartner der Pflegeselbstverwaltung vor.

Die Vereinbarungen müssen wenigstens die Personalmenge (Personalanhaltzahlen) und darüber hinaus im Bereich der Pflege auch die sog. Fachkraftquote umfassen. Für die Personalanhaltzahlen ist nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Mitarbeiter (in Vollzeitkräften umgerechnet) im Pflege- und Betreuungsbereich, gegliedert nach Pflegestufen, ausschlaggebend.

Für den Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege ist nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 zusätzlich die Vereinbarung einer Fachkraftquote erforderlich. Sie setzt sich aus dem Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal zusammen.

Dabei steht außer Frage, dass die Vorgaben zur Fachkraftquote nach § 5 der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) nicht durch die Vereinbarungen über die Fachkraftquoten unterlaufen werden können. Die Regelung begünstigt die Umsetzung der Heimpersonalverordnung, die ihrerseits bei jeder Personalrichtwertvereinbarung zu berücksichtigen ist (Absatz 3 Satz 3). Die Heimpersonalverordnung enthält nur Aussagen zur Fachkraftquote mit der Regelvorgabe, dass mindestens 50 Prozent der „Beschäftigten für betreuende Tätigkeiten“ Fachkräfte sein müssen (§ 5 Abs. 1 HeimPersV), wobei allerdings von dieser Regelvorgabe mit Zustimmung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde abgewichen werden kann, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Heimbewohner erforderlich oder ausreichend ist (§ 5 Abs. 2 HeimPersV).

Die Heimpersonalverordnung trifft keine Vorgaben zur Personalmenge, so dass es an einem konkreten „Mengengerüst“ fehlt, auf das die Fachkraftquote bezogen werden kann. Mit der Personalrichtwertvereinbarung wird das für

die Anwendung der Heimpersonalverordnung erforderliche Mengengerüst „zuliefert“.

Die derzeitige Regelung in der Heimpersonalverordnung hat den Nachteil, dass die Regelvorgabe einer Fachkraftquote von 50 Prozent des Betreuungspersonals von vielen Leistungsträgern als Obergrenze in den Vergütungsverhandlungen angesehen wird. Durch die Richtwertvereinbarung kann sichergestellt werden, dass je nach den konkreten Leistungserfordernissen des einzelnen Pflegeheims auch eine höhere Fachkraftquote (z. B. von 60, 70 oder 80 Prozent) als verbindlicher Maßstab für die Bemessung der Pflegesätze zu Grunde zu legen ist.

Die Personalrichtwertvereinbarung steht in Zusammenhang mit den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und den Vergütungsvereinbarungen, die für jede Einrichtung individuell auszuhandeln sind. Der erklärte Zweck der Personalrichtwertvereinbarung ist

- erstens allgemeine Maßstäbe für den Abschluss der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zu setzen und
- zweitens die Vorbereitung und zügige Durchführung prospektiv ausgehandelter Vergütungsverhandlungen nach § 85 SGB XI auf eine gesicherte Grundlage zu stellen. Dies gilt insbesondere für die Bemessung und Kalkulation der Heimentgelte.

Die allgemeinen, landesweiten Maßstäbe der Personalrichtwertvereinbarung müssen maßgerecht auf die konkreten Leistungserfordernisse der einzelnen Pflegeheime zugeschnitten werden. Dies ist deswegen erforderlich, weil die Personalrichtwerte als überbetriebliche Maßstäbe aus der Natur der Sache nur Durchschnitts- oder Annäherungscharakter haben können. In der Umsetzung durch die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung werden die Personalrichtwerte als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung unmittelbar verbindlich (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI-E).

Die neue Personalrichtwertregelung dient insgesamt dem Zweck, den elementaren Rechtsanspruch der Pflegeheime auf leistungsgerechte Pflegesätze (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) und leistungsangemessene Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) zu realisieren. Nach § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI müssen die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen (individuellen) – mit den Leistungsträgern vereinbarten – Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das setzt voraus, dass dem Pflegeheim das hierfür nach Zahl und Qualifikation erforderliche Personal bezahlt wird. Die Pflicht der Leistungsträger, nur die bei wirtschaftlicher Betriebsführung notwendigen Aufwendungen anzuerkennen, wird hierdurch nicht geschmälert.

Absatz 3 Satz 2 legt fest, dass die Personalrichtwerte als Bandbreiten vereinbart werden können. Diese Kann-Vorschrift geht, wie dargelegt, davon aus, dass landesweite Personalrichtwerte als überbetriebliche Maßstäbe in aller Regel nur Annäherungs- oder Durchschnittswerte sein können, deren Übereinstimmung mit den konkreten Leistungserfordernissen und damit dem konkreten Personalbedarf des einzelnen Pflegeheims eher zufällig ist. Deswegen können die Richtwerte in Bandbreiten vereinbart werden. Bandbreiten bedingen die Festlegung von Mindest- und Höchstwerten. Sie geben einerseits Raum für flexible Regelungen, grenzen

aber andererseits die Spannbreiten ein, innerhalb derer sich die einzelnen Einrichtungen bei dem Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen oder von Vergütungsvereinbarungen bewegen können.

Zu Buchstabe d

Die bisherige Regelung in § 75 Abs. 3 SGB XI wird teilweise so ausgelegt, dass die Schiedsstelle nur angerufen werden kann, wenn die Vertragsparteien sich nicht über den ersten Rahmenvertrag einigen können. Die Neufassung der Vorschrift stellt klar, dass die Schiedsstelle befugt ist, auch über streitige Anschlussverträge zu entscheiden.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu der Einfügung des neuen Absatzes 3.

Zu Buchstabe f

Durch die Einfügung des neuen Absatzes 3 ist die Verschiebung des bisherigen Absatzes 5 als Folgeänderung erforderlich.

Nach dem neuen Absatz 6 Satz 1 sind künftig neben dem MDK auch der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und unabhängige Sachverständige an den auf Bundesebene abzugebenden Empfehlungen zu den Rahmenverträgen der Landesebene zu beteiligen. Damit kommt der Gesetzgeber dem Anliegen nach stärkerer Einbindung der privaten Krankenversicherung in den Vertragsbereich des SGB XI nach. Mit der Einbeziehung unabhängiger Sachverständiger wird dem Wunsch Rechnung getragen, die Rahmenempfehlungen auch wissenschaftlich stärker abzusichern.

Nach geltendem Recht sind bislang weder die Verbände der Pflegeberufe noch die Verbände der Pflegebedürftigen oder der Behinderten bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen vertreten. Die Neuregelung in Absatz 6 Satz 2 beinhaltet daher die Verpflichtung der Vereinbarungspartner der Rahmenempfehlung zur engen Zusammenarbeit mit den Interessenverbänden der Pflegeberufe und der Betroffenen.

Zu Nummer 8 (§ 80)

Die Vorschrift des § 80 SGB XI stellt im geltenden Recht die Hauptvorschrift zur Qualitätssicherung dar. Die Regelungsinhalte dieser Vorschrift werden in dem neu gefassten § 80 SGB XI-E und den §§ 112 ff. SGB XI-E behutsam konkretisiert und ausdifferenziert sowie um regelungsbedürftige Tatbestände ergänzt.

Nach geltendem Recht ist die Schaffung bundesweit verbindlicher Qualitätsmaßstäbe den Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene vorbehalten (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Solche Vereinbarungen bestehen seit 1995/1996 für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, teil- und vollstationäre Pflege).

Die Pflegeeinrichtungen sind nach geltendem Recht verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Dazu gehört, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Überprüfung der Qualität der Leistungen (einschließlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) durch Einzelprüfungen, Stichproben oder

vergleichende Prüfungen ermöglicht wird (§ 80 Abs. 2 SGB XI).

Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Möglichkeit, unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, durch geeignete Maßnahmen auf eine Abstellung festgestellter Mängel hinzuwirken. Dazu gehört als letztes Mittel die Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 80 Abs. 3 SGB XI).

Nicht gesetzlich geregelt sind bislang unter anderem die Fragen

- der Zutrittsrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu den Pflegeeinrichtungen,
- der Qualitätssicherung und -prüfung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen sowie deren Anerkennung und Finanzierung sowie
- der Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der staatlichen Heimaufsichtsbehörden bei Maßnahmen der Gefahrenabwehr und der Qualitätssicherung in Pflegeheimen.

Diese Regelkreise können nicht allein in Vereinbarungen der Selbstverwaltung geregelt werden, da damit stets auch Belastungen oder Eingriffe in Rechte Dritter, nämlich der einzelnen Einrichtungsträger oder der Pflegebedürftigen verbunden sein können. Ferner ist die Rechtsstellung etwa der unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen berührt. Hierzu bedarf es tragfähiger gesetzlicher Absicherungen, weil sich eine Verlagerung von Prüfständigkeiten und die Einbindung unabhängiger Sachverständiger und Prüfstellen nicht allein auf die bisherige („pauschale“) gesetzliche Erlaubnis zum Abschluss von Qualitätsvereinbarungen stützen lässt (§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Vor diesem Hintergrund werden die bisherigen Regelungsgegenstände des § 80 SGB XI in mehrere Vorschriften aufgeteilt und ausdifferenziert: Die vertraglichen Regelungsbefugnisse der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene werden in § 80 SGB XI-E zusammengefasst. Die bisherigen Regelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung werden in ein neues Elftes Kapitel (§§ 112 ff. SGB XI-E) übernommen und verfassungskonform konkretisiert.

Zu Absatz 1

Die bisherige Regelung verpflichtet die Vertragspartner auf Bundesebene zur gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarung von „Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“. Es handelt sich um öffentlich-rechtliche Verträge, die für alle Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in Deutschland verbindlich sind. Damit wird in Ausführung der gesetzlichen Vorgaben materielles Pflegequalitätsrecht geschaffen.

Zu Satz 1

Auch nach der Neufassung des § 80 Abs. 1 SGB XI bleiben die Vertragspartner für die Vereinbarung der inhaltlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungen verantwortlich.

Die Verbändeanhörungen zu dem Referentenentwurf für das Gesetzgebungsvorhaben haben deutlich gemacht, dass ein Bedürfnis besteht, bei der Erarbeitung der Anforderungen an die Leistungsqualität unabhängigen, wissenschaftlichen Sachverständigen – nach Möglichkeit institutionalisiert – einzubinden. Diesem Anliegen kommt der Gesetzgeber durch die Verpflichtung nach unabhängigen Sachverständigen bei der Vereinbarung der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sieht das geltende Recht auch bisher bereits vor.

In der Sache ist neu, dass die Partner der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 Abs. 1 SGB XI-E Vereinbarungen über die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu treffen haben, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Diese Vorgabe korrespondiert mit der Neuregelung in § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI-E. Danach ist künftig Voraussetzung für die Zulassung einer Pflegeeinrichtung, dass sie sich auf ein Qualitätsmanagement verpflichtet. Die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement wird ergänzt durch die Verpflichtung zur regelmäßigen Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 SGB XI-E, die von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen zu erteilen sind (vgl. auch Begründung zu §§ 72 und 113 SGB XI-E).

Die Anforderungen an das Qualitätsmanagement sollen nicht einseitig durch den Gesetzgeber oder die Kostenträger festgelegt, sondern einvernehmlich innerhalb der Pflege selbstverwaltung näher definiert werden. Im Interesse einer bundeseinheitlichen Zulassungspraxis ist es erforderlich, dass diese Anforderungen in der für alle Einrichtungsträger verbindlichen Vereinbarung nach § 80 Abs. 1 SGB XI-E geregelt werden.

Die bisherige Verpflichtung der Vertragspartner, auch Vorgaben zum Verfahren bei Qualitätsprüfungen zu vereinbaren, ist aus dem § 80 Abs. 1 SGB XI gestrichen worden. Das Prüfungsverfahren wird künftig in Beratungs- und Prüfvorschriften zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 118 SGB XI-E geregelt, die durch Rechtsverordnung der Bundesregierung erlassen werden. Dies ist erforderlich, um eine hinreichende rechtliche Absicherung der Prüfverfahren zu gewährleisten.

Zu Satz 2

Mit der Ergänzung in § 80 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-E wird der Kreis der Organisationen, die von den Vereinbarungspartnern an der Ausarbeitung und dem Abschluss der Qualitätsvereinbarungen zu beteiligen sind, um den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegebedürftigen erweitert. Damit wird dem Wunsch der beteiligten Verbände nach stärkerer Einbindung in das Qualitätsvertragsrecht Rechnung getragen und insbesondere sichergestellt, dass die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen bei der Vereinbarung der inhaltlichen Anforderungen an die Pflege stärkeres Gewicht bekommen.

Zu Absatz 2

Das geltende Recht enthält bislang nur Vorgaben zum Zustandekommen der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI. In der Praxis hat dies zu Unklarheiten über die Be-

endigungstatbestände und die Geltungsdauer der getroffenen Vereinbarungen geführt. Durch die Neufassung des Absatzes 2 wird nunmehr klargestellt, dass jede Partei die Qualitätsvereinbarung unter Einhaltung einer Jahresfrist ganz oder teilweise kündigen kann. Zur Vermeidung vertragsloser Zustände ordnet die Regelung zugleich die Fortgeltung der Vereinbarung bis zum Neuabschluss an, wenn der vereinbarte Vertragszeitraum oder die Kündigungsfrist abgelaufen ist.

Der Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 2 wird in die Absätze 2 und 3 des neuen § 112 SGB XI-E übernommen. Darüber hinaus finden sich die bisher in den Absätzen 2 bis 4 geregelten verfahrensrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben in dem neuen § 115 SGB XI-E sowie dem überarbeiteten Neunten Kapitel, Datenschutz und Statistik, wieder.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ersetzt und konkretisiert den bisherigen Absatz 5.

Zu Nummer 9 (§ 80a)

Durch die Vorschrift wird für Pflegeheime das neue Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) eingeführt. Die Bedeutung der LQV erschließt sich aus ihrem Gesamtzusammenhang mit drei elementaren Grundsätzen, die im Ansatz bereits im geltenden SGB XI angelegt sind und nunmehr in der LQV zusammengeführt werden:

- Der erste Grundsatz betrifft die Eigenverantwortung der Träger. Diese sind, unabhängig von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 69 SGB XI), für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen verantwortlich. Das wird nunmehr in § 112 Abs. 1 SGB XI-E ausdrücklich klargestellt.
- Aus dieser Eigenverantwortung folgt zweitens die Pflicht und das Recht der Träger, die personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der von ihren Pflegeeinrichtungen in Obhut genommenen konkreten Klientel hier und heute erforderlich ist (vgl. § 80a Abs. 2 SGB XI-E).
- Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) bewirkt drittens bereits nach geltendem Recht die Mitverantwortung der Pflegekassen für die Gestaltung und Finanzierung einer bedarfs- und qualitätsgerechten Versorgung ihrer Versicherten durch die von ihnen zu diesem Zweck vertraglich zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Diese Mitverantwortung trifft in gleicher Weise die Sozialhilfeträger, die als Vertragspartner an den Versorgungsverträgen (§ 72 Abs. 2 SGB XI) und an den Vergütungsvereinbarungen (§ 85 Abs. 2 SGB XI) beteiligt sind.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung dient dem Zweck, die Pflegeselbstverwaltung aus Leistungserbringern und Leistungsträgern in der Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Verantwortung für die fachliche und finanzielle Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken. Mit der Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung wird die gemeinsame Verantwortung der Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) und der Träger der Pflegeeinrichtungen nach dem Vorbild des BSHG-Reformgesetzes (1995)

für die Sicherung und Weiterentwicklung verdeutlicht und bezogen auf die einzelne Einrichtung konkretisiert.

Mit der LQV wird nur auf den ersten Blick ein weiterer Vertragstyp eingeführt. Bereits nach geltendem Recht sind die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen und deren Qualität sowohl im Versorgungsvertrag (für die Zulassung) als auch in der Vergütungsvereinbarung (für die Vergütung) zu definieren. In der Sache bietet daher die LQV den Vertragsparteien auch formal die Möglichkeit, die inhaltliche Bestimmung der erwarteten Leistung und deren Qualität in einer verbindlichen Absprache „vor die Klammer“ zu ziehen, und zwar mit folgenden Vorteilen:

- Die LQV weist einen flexiblen, effektiven Weg, das von der Einrichtung erwartete „Leistungsprogramm“ zeitnah anzupassen, ohne jeweils den Versorgungsauftrag durch eine Änderung des Versorgungsvertrags neu zu regeln. Hierdurch wird vermieden, dass die (für die wirtschaftliche Existenz lebensnotwendige) Zulassung des einzelnen Pflegeheims oder Pflegedienstes zum „Pflegemarkt“ in Frage gestellt wird. Das ist insbesondere für die große Masse der Pflegeeinrichtungen wichtig, deren Versorgungsverträge (häufig ohne konkrete Definition ihres Versorgungsauftrags) auf gesetzlichen Bestandschutzregelungen (vgl. § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI) beruhen.
- Mit den Pflegesätzen und Entgelten nach dem SGB XI werden nicht Selbstkosten erstattet, sondern Leistungen vergütet. Die Vergütungen müssen leistungsgerecht sein und dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, „seinen“ (individuellen) Versorgungsauftrag zu erfüllen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI). Die begriffliche Trennung von Leistung und Vergütung – mit der separaten Beschreibung der Leistungen in der LQV – zwingt dazu, Art und Umfang der von der einzelnen Pflegeeinrichtung zu erbringenden und ihr daher zu vergütenden Leistungen nicht nach der „Kassenlage“ zu bestimmen, sondern entsprechend dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers ausschließlich nach Bedarf und Notwendigkeit (vgl. §§ 4 Abs. 3, 29, 69 SGB XI).
- Für die Pflegeheimträger liegt der entscheidende Vorteil der LQV darin, dass ihnen ein Instrument an die Hand gegeben wird, mit dem einerseits die Leistungs- und Belegungsstrukturen und andererseits der hierfür erforderliche personelle und sächliche Aufwand verbindlich vereinbart werden. Dies wird im Interesse der Einrichtungen dazu führen, dass die Vergütungsverhandlungen künftig auf der Grundlage von verbindlichen Strukturdaten der Einrichtungen geführt werden, die es erlauben, den Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen wirksamer als bisher durchzusetzen; denn die für die Preiskalkulation maßgeblichen Eckdaten müssen künftig in den Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden.
- Die Leistungsträger werden ihrerseits noch besser in die Lage versetzt, ihren Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen, den sie nach § 69 SGB XI über Verträge mit den Leistungserbringern verwirklichen.

Zu Absatz 1

Die LQV soll flächendeckend die Verhandlungsqualität verbessern. Diese Funktion wird sie nur erfüllen, wenn dieser

neue Vertragstypus auch verpflichtend eingeführt wird. Die Vorschrift stellt daher sicher, dass ab dem 1. Januar 2001 für alle neu zugelassenen teil- und vollstationären Einrichtungen spätestens zusammen mit der ersten Pflegesatzvereinbarung eine LQV abzuschließen ist. Für zugelassene Einrichtungen, die am 1. Januar 2001 keine LQV abgeschlossen haben, gilt diese Anforderung ab dem 1. Januar 2004; mit anderen Worten, sie ist bis spätestens zum 31. Dezember 2003 nachzuholen.

Die LQV wird von den Pflegesatzparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI abgeschlossen. Die Übertragung der Verhandlungszuständigkeit auf die Pflegesatzparteien macht die enge Verknüpfung dieses neuen Vertragstyps mit der Vergütungsebene deutlich (siehe hierzu auch die Begründung zu Absatz 3).

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt die Kernvorschrift für die Festlegung der Leistungs- und Qualitätsstruktur der jeweiligen Einrichtung dar. Jedes Pflegeheim hat unterschiedliche Leistungserfordernisse, die vor allem durch die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit der zu betreuenden Heimbewohner bestimmt werden: Pflegebedürftige der Pflegestufe III haben in aller Regel einen höheren Bedarf an Grundpflege als Pflegebedürftige in der Pflegestufe I; demente Pflegebedürftige haben zumeist einen höheren Bedarf an allgemeiner oder sozialer Betreuung als Pflegedürftige mit somatisch bedingten Defiziten in den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Vor diesem Hintergrund sind in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale, maßgerecht zugeschnitten auf die konkreten Leistungs- oder Versorgungserfordernisse der Pflegeeinrichtung, festzuhalten (§ 80a Abs. 2 SGB XI-E). Dazu gehören wenigstens:

1. die Struktur und die (zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses) voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3 SGB XI) erwartet werden sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Der maßgerechte Zuschnitt der LQV auf die jeweilige Klientel eines Pflegeheims kommt insbesondere dementen Heimbewohnern zugute, die neben dem Bedarf an Grundpflege oder medizinischer Behandlungspflege einen besonderen sozialen Betreuungsbedarf haben. Zur Hilfestellung für die Praxis wurde mit der „Gemeinsamen Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den ‚Finanzierungsquellen‘ nach dem SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen“ vom 8. Oktober 1997 eine Definition vorgeschlagen, die im Ersten Pflegebericht des BMA (nummehr BMG) veröffentlicht ist (Bundestagsdrucksache 13/9528, Anlage 4). Danach sind unter „sozialer Betreuung“ Hilfen der individuellen, persönlichen Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen zu verstehen, soweit sie

- nicht bereits von den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erfasst sind,
- darauf ausgerichtet und notwendig sind, um die bei Heimpflege mit dem Verlust der eigenen Häuslichkeit verbundenen menschlichen und sozialen Belastungen des Pflegebedürftigen zu beseitigen oder zu mildern, so wie
- dazu bestimmt sind, mit der Pflegebedürftigkeit verbundene Defizite auszugleichen.

Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu insbesondere

- Begleitung des Pflegebedürftigen bei Behördengängen und sonstigen Besorgungen sowie bei Spaziergängen,
- die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von geistig behinderten, psychisch veränderten oder dementen Pflegebedürftigen einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen und therapeutischer Gespräche (z. B. bei Angst- oder Unruhezuständen),
- die Sterbebegleitung.

Mit Hilfe der LQV können derartige Hilfestellungen künftig besser als bisher in den heimindividuellen Vertragsverhandlungen berücksichtigt werden.

Nach Absatz 2 Satz 3 sind die vertraglichen Festlegungen aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für alle Vertragsparteien in den Vergütungsverhandlungen und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich. Damit die Festlegungen in der LQV die ihnen zugeordnete Funktion als unmittelbar verbindliche Bemessungsgrundlage für die Vergütungsvereinbarungen auch in der Praxis voll entfalten können, müssen die Vereinbarungen so getroffen werden, dass ihre Umsetzung in Vergütungssätze für die Pflege und für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung möglich ist. Andererseits sind bei der vertraglichen Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale stets die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Zu Absatz 3

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist nach Satz 1 in der Regel zusammen mit einer Vergütungsvereinbarung abzuschließen. Damit wird im Hinblick auf das Verfahren als auch in der Sache eine enge Verknüpfung der LQV mit der Vergütungsebene hergestellt. Es wird gewährleistet, dass die in der LQV vereinbarten Strukturdaten der Einrichtung unmittelbar beim Abschluss der Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden können. Diese Verknüpfung dient der Zielsetzung, den Anspruch der Einrichtungsträger auf leistungsgerechte Vergütungen durch eine verbesserte Verhandlungsqualität wirksam zur Geltung zu bringen.

Auf Wunsch einer Pflegesatzpartei kann die LQV von der Vergütungsvereinbarung zeitlich entkoppelt werden. Dies gibt den Verhandlungsparteien Gelegenheit, unabhängig und unbelastet von einer anstehenden Vergütungsvereinbarung die Strukturdaten einer Einrichtung einvernehmlich festzulegen. Dabei soll es der Entscheidung der Vertrags-

partner „vor Ort“ überlassen bleiben, ob sie diese Option wählen. Hier erscheint eine zwingende verfahrensrechtliche Vorgabe durch den Gesetzgeber entbehrlich.

Satz 2 bestimmt, dass die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung „schiedsstellenfähig“ ist. Durch die Festsetzung in einer unabhängigen Schiedsstelle ist sichergestellt, dass es auch im Streitfall stets zu einer wirksamen vertraglichen Vereinbarung kommt. Der Verweis auf § 73 Abs. 2 SGB XI gewährleistet, dass die Vertragspartner eine gerichtliche Überprüfung des Schiedsstellenspruchs erreichen können. Der Verweis auf die für Vergütungsverhandlungen vorgesehenen Vorlagepflichten nach § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB XI stellt sicher, dass auch die Vertragsverhandlungen für die LQV auf einer tragfähigen und aussagekräftigen Datengrundlage erfolgen. In der Sache werden die Vorlagepflichten durch den Verweis nicht erweitert.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift verpflichtet den Träger der Pflegeeinrichtung, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen (Satz 1). Diese Verpflichtung findet ihre Begründung darin, dass mit Umsetzung des in der LQV festgelegten Personalansatzes in die Vergütungsvereinbarung (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI-E) die Finanzierung des als notwendig vereinbarten Personals gesichert ist. Dementsprechend ist der Träger nicht nur verpflichtet, das finanzierte Personal vorzuhalten, sondern auch bei Personalengpässen oder -ausfällen gehalten, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird (Satz 2). Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen seines Pflegeheims kann er jederzeit über den Wegfall der Geschäftsgrundlage eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen (Satz 3 und 4).

Zu Absatz 5

Absatz 5 knüpft an die Sicherstellung der Personalausstattung durch die LQV eine weitere Folge. Der Träger hat auf Verlangen einer Vertragspartei in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das in der LQV als notwendig und ausreichend anerkannte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt. Ein solcher Personalabgleich ist durch eine Einsicht in die Dienstpläne oder die Lohnlisten (die das Pflegeheim schon aus steuerrechtlichen Gründen vorhalten muss) ohne größeren Verwaltungsaufwand möglich. Dabei muss aus datenschutzrechtlichen Gründen sichergestellt sein, dass steuerrechtliche Sachverhalte, die den einzelnen Mitarbeiter betreffen (z. B. Steuerklasse, Höhe der Abgaben), der den Abgleich durchführenden Stelle nicht bekannt werden.

Die Vorschrift steht in engem Zusammenhang mit der Neuregelung des § 115 Abs. 3 SGB XI-E. Danach sind bei vertraglichen oder gesetzlichen Pflichtverletzungen die Pflegevergütungen zu kürzen. Soweit das vereinbarte Personal tatsächlich nicht bereitgestellt oder bestimmungsgemäß eingesetzt wird, stellt sich künftig stets die Frage, ob eine Vertragsverletzung gegeben ist. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass durch die LQV die betriebliche und unternehmerische Verantwortung des Trägers nicht über

Gebühr eingeschränkt werden darf. Dies bedeutet, dass dem Träger nicht die aus dieser Verantwortung entspringende Befugnis verwehrt werden kann, den Personalansatz in seinem Pflegeheim auch während der Laufzeit der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung an erlöswirksame Veränderungen in den Belegungsstrukturen des Heims anzupassen. Erhebliche Erlösausfälle können z. B. dann entstehen, wenn pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe III versterben und nur Pflegebedürftige der Pflegestufe I „nachrücken“. In solchen Fällen wird das Heim den Anforderungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung weiterhin gerecht, wenn die Personalanpassung entsprechend den Personalbemessungskriterien erfolgt, die der LQV zu Grunde liegen. Unverzichtbar ist allerdings, dass auch bei notwendigen Personalanpassungen die leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird.

Die Einführung des Personalabgleichs dient damit nicht dem Zweck, die eigenverantwortliche Personaldisposition der Einrichtungsträger zu verhindern. Im Kern geht es darum, den Leistungsträgern eine Handhabe gegen solche Einrichtungen zu verschaffen, die in pflichtwidriger Weise vereinbarte Personalvorgaben gezielt missachten und finanziertes Personal nicht einsetzen. Ein solch pflichtwidriges Verhalten geht nicht nur zu Lasten der Pflegebedürftigen, deren Pflege und Betreuung gefährdet wird, sondern auch zu Lasten der Mitarbeiter, die zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden.

Beispiele aus der Prüfungspraxis der Pflegekassen zeigen, dass ein Bedürfnis nach einer Regelung über Personalabgleiche besteht. So bewegten sich die Abweichungen bei der Personalbesetzung von den vereinbarten Sollwerten in einem Bundesland in bedenklichen Größenordnungen.

Zu Nummer 10 (§ 81)

Durch die Änderung in § 81 SGB XI-E wird die Stellung der Sozialhilfeträger bei Entscheidungen, die gemeinsam mit den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen zu treffen sind, gegenüber der bisherigen Rechtslage verbessert.

Zu Buchstabe a

Die Regelung des bisherigen Absatzes 1 Satz 3 wird aufgehoben und Satz 1 des neuen Absatzes 2.

Zu Buchstabe b

Absatz 2 wird neu gefasst. Der Hintergrund der Überarbeitung besteht darin, dass nach geltendem Recht für die beteiligten Sozialhilfeträger stets die Gefahr bestand, bei gemeinsam zu treffenden Entscheidungen von den Pflegekassen überstimmt zu werden. Die Neuregelung sieht nunmehr vor, dass bei zweifacher streitiger Behandlung einer Frage eine Entscheidung durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle verlangt werden kann. Damit ist eine neutrale Konfliktauflösung bei streitbefangenen Fragen sichergestellt, ohne dass eine Seite verfahrensrechtlich benachteiligt ist. Eine ähnliche (die Stellung des Sozialhilfeträgers betreffende) Regelung wurde 1996 durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz für den Bereich der Pflegesatzverhandlungen eingeführt (vgl. § 85 Abs. 5 Satz 2 SGB XI).

Neu ist, dass die Entscheidung des Vorsitzenden der Schiedsstelle unter Ausschluss des Rechtsweges erfolgt. Damit wird sichergestellt, dass über Fragen, die zwischen den Kostenträgern streitbefangen sind, zügig eine einheitliche Entscheidung herbeigeführt wird. Es wird verhindert, dass beispielsweise Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern dauerhaft auf Grund von Auseinandersetzungen zwischen den Kostenträgern blockiert werden. Andererseits sieht die Vorschrift für die unterlegenen Kostenträger ausreichend Möglichkeiten vor, ihre Rechtspositionen in einem neutralen Schiedsverfahren geltend zu machen. Die verfahrensrechtlichen Absicherungen sehen (wie dargelegt) eine zweifache Befassung des Gremiums nach § 213 Abs. 2 SGB V mit dem streitbefangenen Gegenstand vor, bevor es zu einer Entscheidung durch den Schiedsstellenvorsitzenden kommt.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Verfahrensrechte der zuständigen Sozialhilfeträger im Pflegesatzverfahren nach § 85 Abs. 5 SGB XI nicht berührt werden. Der zuständige Sozialhilfeträger kann damit auch künftig ein Schiedsstellenverfahren nach Abschluss einer Vergütungsvereinbarung einleiten und bereits vorab die Entscheidung durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle verlangen. Im Pflegesatzverfahren ist der Rechtsweg selbstverständlich nicht ausgeschlossen.

Absatz 3 erstreckt die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 für die Landesebene auf die Beschlussfassungen der Kostenträger auf Bundesebene mit der Maßgabe, dass die Beteiligten bei Nichteinigung einen Vorsitzenden einer Landeschiedsstelle zur Entscheidung einvernehmlich auswählen.

Zu Nummer 11 (§ 83)

Zu Buchstabe a

Die Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage auf „gemischte Einrichtungen“ entspricht einem Bedürfnis und Forderungen der Praxis.

Die 1996 in Kraft getretene Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) begrenzt den individuellen Anwendungsbereich der Verordnung in Übereinstimmung mit der geltenden Ermächtigungsgrundlage in § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI auf die Pflegeeinrichtungen, die aufgrund von Verträgen mit den Pflegekassen ambulante oder stationäre Sachleistungen erbringen können. Das sind Pflegedienste und Pflegeheime, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 72 SGB XI zur ambulanten, teil- oder vollstationären Pflege zugelassen sind (zugelassene Pflegeeinrichtungen). Dazu gehören auch die Pflegeeinrichtungen, bei denen aufgrund der Bestandsschutzgarantie des § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt (§ 1 Abs. 2 Satz 1 PBV). Für gemischte Einrichtungen, die neben den Leistungen der Pflegeversicherung auch andere Sozialleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege nach dem SGB V, Eingliederungshilfe, Jugend- oder Altenbetreuung) anbieten, ist in § 1 Abs. 2 Satz 2 PBV ausdrücklich klargestellt, dass sich die Pflege-Buchführungsverordnung nicht auf diese anderen Leistungsbereiche erstreckt.

Diese Beschränkung des individuellen Anwendungsbereichs der PBV bereitet in der Praxis vor allem in zwei Bereichen Schwierigkeiten:

- bei Pflegeheimen, die neben Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI (Pflegestufen I bis III) auch Heimbewohner betreuen, deren Betreuungs- oder Pflegebedarf unterhalb der Leistungserfordernisse der Pflegestufe I liegt (sog. „Pflegestufe 0“ oder Allgemeine Pflegeklasse), sowie
- bei Sozialstationen oder sonstigen ambulanten Pflegediensten, die gleichzeitig häusliche Pflege nach dem SGB XI und häusliche Krankenpflege nach dem SGB V (häufig bei einem Hausbesuch) erbringen.

Es ist durchaus üblich, dass zwischen 10 bis 20 Prozent der Bewohner in einem Pflegeheim der „Pflegestufe 0“ angehören. In diesem Fall richten sich die Vergütungen nach unterschiedlichem Recht:

- Die Pflegesätze für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI sind entsprechend den Pflegestufen der Heimbewohner in drei Pflegeklassen (I bis III) aufgeteilt. Sie werden nach den Regelungen des SGB XI zwischen dem Träger des einzelnen Pflegeheims und den örtlich als Kostenträger betroffenen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern ausgehandelt (§ 85 Abs. 2 SGB XI).
- Der Pflegesatz für die Bewohner in der allgemeinen Pflegeklasse („Pflegestufe 0“) wird nach den Bestimmungen des BSHG zwischen dem Heimträger und dem Sozialhilfeträger vereinbart, und zwar (rechtlich jedenfalls) ohne Beteiligung der Pflegekassen.

In der Praxis sind jedoch beide Verhandlungsbereiche durch eine gemeinsame Kalkulation miteinander verzahnt. Diese besteht in der Regel aus der Kombination

- einer Divisionskalkulation, mit der die prospektiven Kosten durch die prospektiven Belegungstage geteilt werden, mit
- einer Äquivalenzziffernrechnung, durch die das Rechenergebnis aus der Divisionskalkulation auf die drei Pflegeklassen nach dem SGB XI und auf die allgemeine Pflegeklasse nach dem BSHG verteilt wird.

Dies geschieht mit Hilfe der Kostenträgerstückrechnung im Rahmen der in der PBV vorgesehenen Kosten- und Leistungsrechnung. In dieser Rechnung sind praktisch die „0-Fälle“ wieder enthalten. Es fehlt aber die erforderliche Abstützung in der Buchführung und hier insbesondere im Kostenstellenrahmen für die Kosten- und Leistungsrechnung nach der PBV. Besonders nachteilig wirkt sich diese „Abstinenz“ der PBV im ambulanten Bereich bei Sozialstationen aus, die gleichzeitig häusliche Pflegehilfe (Grundpflege) nach dem SGB XI und häusliche Krankenpflege nach dem SGB V erbringen. Hier verhindert oder erschwert zumindest die mangelnde Leistungs- und Kostentransparenz eine verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten zu den unterschiedlichen Leistungen nach dem SGB XI und denen nach dem SGB V, also den „Kostenträgern“ im Sinne der Kosten- und Leistungsrechnung. Die Folge ist, dass bei „gemischten“ Sozialstationen, die häusliche Pflege nach dem SGB XI und häusliche Krankenpflege nach dem SGB V gleichzeitig anbieten, eine leistungsgerechte Kalkulation der Preise (durch Kostenträgerstückrechnung) ausgesprochen schwierig ist; das Gleiche gilt für kurzfristige Er-

folgsrechnungen der Einrichtungen mittels der Kostenträgerzeitrechnung. Vor diesem Hintergrund ist die Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage in § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI gerade auch im Interesse der Pflegeeinrichtungen notwendig.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift regelt das Verhältnis der Rechtsverordnung nach § 83 SGB XI zu den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI.

Zu Nummer 12 (§ 85 Abs. 3)

Nach dem neuen § 7 Abs. 4 des Entwurfes zur Änderung des Heimgesetzes ist dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher eines Heimes, Gelegenheit für eine schriftliche Stellungnahme zu einem Entgelterhöhungsverlangen des Heimträgers einzuräumen. Die hier vorgesehene Neuregelung stellt sicher, dass den Vereinbarungspartnern der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI diese schriftliche Stellungnahme zugänglich gemacht wird und berücksichtigt werden kann.

Zu Nummer 13 (§ 87a)

Mit der Vorschrift werden drei Problemkomplexe aus dem Bereich der Berechnung und Zahlung der Heimentgelte aufgegriffen und gelöst.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten auf Tagesbasis (Berechnungstage) berechnet werden. Damit wird die Anwendung der in der Praxis üblichen Umrechnungsfaktoren zur Ermittlung eines Monatspreises nicht abgeschafft. Die Vorschrift soll primär sicherstellen, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Überzahlte Beträge sind demzufolge vom Pflegeheim zu erstatten. Etwaige Leerstände im Anschluss an das Versterben oder einen Auszug aus dem Heim lassen sich über die Auslastungskalkulation auffangen, die in der Vertragspraxis bereits jetzt üblich ist. Die Vorschrift vermeidet damit eine doppelte Berücksichtigung von Leerständen. Eine parallele Regelung für das heimvertragliche Verhältnis zwischen dem Heimbewohner und dem Heimträger sieht § 8 Abs. 8 des Entwurfes zur Änderung des Heimgesetzes vor.

Die Formulierung in Satz 1, nach der jeder Tag des Heimaufenthaltes zu berechnen ist, führt nicht dazu, dass in Zeiten vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Urlaub) kein Vergütungsanspruch besteht. Soweit eine vorübergehende Abwesenheit gegeben ist, verbleibt es bei der Regelung des § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI. Danach haben die Vereinbarungspartner der Rahmenverträge auf Landesebene Regelungen über Vergütungsabschläge für die Dauer der Abwesenheit zu treffen.

Schließlich regelt die Vorschrift die Streitfrage der Berechnungsbefugnis bei Verlegung eines Pflegebedürftigen in ein anderes Heim. Bei Verlegungen darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimergeld für den Verlegungstag

berechnen. Abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig.

Zu Absatz 2

In der Praxis hat sich gezeigt, dass pflegebedürftige Heimbewohner bei einem verschlechterten Zustand einen Antrag bei der Pflegekasse auf Höherstufung scheuen. Dies hängt damit zusammen, dass die Differenz zum Heimentgelt in der höheren Vergütungsklasse häufig nicht voll durch die höheren Leistungen der Pflegeversicherung aufgefangen wird. Die Vorschrift räumt dem Träger eines Pflegeheims die Möglichkeit ein, einem Heimbewohner, der auf Grund seines Zustandes einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, unter begrenzten Voraussetzungen vorläufig den Pflegesatz der nächsthöheren Pflegeklasse zu berechnen. Zu den Voraussetzungen gehört, dass der Heimbewohner trotz schriftlich begründeter Aufforderung des Heimträgers sich weigert, die seinem Zustand entsprechende höhere Pflegestufe zu beantragen (Satz 1 bis 3). Eine solche Regelung ist notwendig, weil mit der Verschlimmerung des Zustandes eines Pflegebedürftigen in aller Regel ein höherer Versorgungs- und Betreuungsaufwand verbunden ist, der finanziert werden muss. Mit einer weniger belastenden Regelung – etwa Beratung durch das Heim oder durch die Pflegekasse – ist die Zielsetzung nicht zu erreichen, weil die Erfahrung zeigt, dass die Heimbewohner oder ihre Angehörigen trotz entsprechender Hinweise durch die Heimträger einen Antrag auf Höherstufung ablehnen.

Der Heimträger kann den höheren Pflegesatz ab dem ersten Tag des zweiten Monats berechnen, der auf seine Aufforderung an den pflegebedürftigen Heimbewohner folgt. Stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung fest, dass die Voraussetzungen für eine Höherstufung nicht vorliegen und lehnt die Pflegekasse deswegen eine Höherstufung ab, so hat das Heim dem Pflegebedürftigen oder seinem Kostenträger den überzahlten Betrag mit Zinsen unverzüglich zurückzuzahlen (Satz 4).

Die Regelung entspricht im Ansatz dem von Ländern und Verbänden überwiegend befürworteten Vorschlag aus dem Gesetzesantrag des Freistaates Bayern für ein „Qualitätsprüfungsgesetz Pflege“ (Bundesratsdrucksache 140/99). Sie vermeidet einerseits eine Durchbrechung der allen sozialen Sicherungssystemen gemeinsamen Grundregel, dass Leistungen nur auf Antrag der Leistungsberechtigten gewährt werden; sie sichert andererseits – im Interesse einer ausreichenden Finanzierung der Pflegeheimleistungen – zugleich eine leistungsgerechte Vergütung der jedem einzelnen Pflegebedürftigen nach dem Gesetz zustehenden bedarfsgerechten Versorgung und Betreuung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach dem SGB XI zustehenden Leistungsbeträge mit befreiender Wirkung unmittelbar von seiner Pflegekasse an das Heim zu zahlen sind. Dies entspricht dem Sachleistungsprinzip. Darüber hinaus ist bestimmt, dass die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge zum 15. eines jeden Monats fällig sind.

Zu Nummer 14 (Überschrift des Vierten Abschnitts)

Die aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gewonnenen Daten bilden eine wichtige Quelle für die Einführung eines bundesweiten und zugleich länderbezogenen Pflegeheimvergleichs, der – voll etabliert – die Versorgungsstrukturen, die Leistungen und Preise möglichst vieler Pflegeheime im Land transparent machen wird.

Nummer 14 weist mit einer entsprechenden Änderung der Überschrift den Pflegeheimvergleich dem Vierten Abschnitt des Achten Kapitels zu.

Zu Nummer 15 (§ 92a)

Durch die Regelung wird ein Pflegeheimvergleich eingeführt, sie bestimmt die Ziele, die Organisation sowie die Durchführung des Pflegeheimvergleichs.

Der Pflegeheimvergleich soll unter anderem als Hilfe und Vergleichsmaßstab dienen

- beim Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
- bei Vergütungsvereinbarungen sowie
- bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Mit dem Pflegeheimvergleich werden Daten gebündelt, die häufig – allerdings unstrukturiert – für einzelne Bereiche bereits vorliegen und für den jeweiligen Bedarf erst zeitaufwendig zusammengestellt und ggf. aktualisiert werden müssen.

Die Informationen, die er wenigstens erfassen soll, und die Datenquellen werden in Absatz 3 beschrieben. Die Pflegeheime sollen Einrichtung für Einrichtung länderbezogen verglichen werden. Richtig genutzt kann der Pflegeheimvergleich beispielsweise zu einer Entzerrung und Vereinfachung der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen beitragen und den Zeitaufwand für ansonsten notwendige Vorbereitungsarbeiten zu den Verhandlungsrunden verkürzen.

Aufgrund seiner Bedeutung und Zielsetzung ist ein fester Termin für die Vorlage der Ergebnisse des ersten Pflegeheimvergleichs (31. Dezember 2003) vorgesehen. Vor dem Hintergrund, dass der Pflegeheimvergleich länderbezogen durchgeführt werden soll und ihm wichtige Funktionen bei der Vorbereitung beispielsweise der Vertragsverhandlungen für die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zukommen, ist nach Absatz 4 sicherzustellen, dass die Daten den dort genannten Stellen zugeleitet werden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 ermächtigt die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen. Die Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich, wo sich die Beteiligten seit nahezu zwei Jahrzehnten um die einvernehmliche Einführung eines fachlich sinnvollen Krankenhausbetriebsvergleichs bemühen, sprechen für die Verordnungslösung. Sie stellt einerseits sicher, dass der Pflegeheimvergleich zeitnah eingeführt wird. Andererseits gewährleistet sie, dass die Interessen der Kostenträgerseite als auch der Einrichtungsträgerseite bei der Gestaltung des Vergleichs hinreichend zur Geltung kommen. Diesem Ziel dient auch die Vorschrift des Absatzes 5

zur Anhörung der Beteiligten. Der Pflegeheimvergleich soll den Beteiligten bei

- dem Abschluss der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
- der Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise,
- der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen sowie
- der Bemessung der Vergütungen und Heimentgelte

als Hilfestellung dienen. Gleichzeitig kann er als Grundlage für aktuelle Leistungs- und Preisvergleichslisten genutzt werden, die die Pflegekassen mit dem Leistungsbescheid an pflegebedürftige Versicherte nach § 7 Abs. 3 SGB XI-E auszuhandigen haben.

Der Pflegeheimvergleich soll nicht die Grundlage dazu liefern, etwa die Vergütungen für die Pflegeheime anhand landesweiter oder regionaler Durchschnittswerte festzulegen. Eine solche Vorgehensweise liefe dem gesetzlich verankerten Anspruch auf leistungsgerechte Entgelte zuwider (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Es muss sichergestellt sein, dass die Vergütungen einem Heim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen individuellen, mit den Kostenträgern vereinbarten Versorgungsauftrag zu erfüllen. Hiervon geht erkennbar auch die Neuregelung zur Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung aus, die dem Zweck dient, den Anspruch auf individuelle und leistungsgerechte Vergütungen in den Verhandlungen mit den Kostenträgern besser zur Geltung zu bringen. Vor diesem Hintergrund legt Satz 2 fest, dass der Pflegeheimvergleich Einrichtung für Einrichtung anhand der individuellen Leistungs- und Belegungsstrukturen, Pflegesätze und Entgelte sowie der gesondert berechenbaren Investitionskosten vorzunehmen ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift des Absatzes 2 bestimmt ein Mindestmaß an organisatorischen Voraussetzungen, die in der Verordnung über den Pflegeheimvergleich zu regeln sind. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Zuordnung der Verantwortung für den Pflegeheimvergleich. Hierzu wird klargestellt, dass der Pflegeheimvergleich durch eine oder mehrere gemeinsam von den Spitzenverbänden oder Landesverbänden der Pflegekassen beauftragte Stellen durchzuführen ist. Ferner stellt Absatz 2 klar, dass die Finanzierung des Pflegeheimvergleichs über die Verwaltungsmittel der Pflegekassen erfolgen muss. Weiter beinhaltet die Regelung das Erfordernis, in der Verordnung rechtsklare Regelungen über die Erhebung und Verarbeitung der vergleichsnotwendigen Daten vorzusehen.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung soll u. a. der Verwaltungsaufwand für das Pflegeheim möglichst gering gehalten werden. Er berechtigt und verpflichtet die von den Verbänden der Pflegekassen beauftragten Stellen daher, dem Pflegeheimvergleich die vorhandenen Daten aus den Versorgungsverträgen, aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie aus den Vergütungsvereinbarungen zugrunde zu legen. Daraus lassen sich im Grunde alle Daten über die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung

sowie über die Leistungen, die Pflegesätze und die sonstigen Entgelte der Pflegeheime erschließen (Satz 1). Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, können zusätzliche Unterlagen und Auskünfte verlangt werden (Satz 2).

Zu Absatz 4

Der Pflegeheimvergleich kann seine gesetzlichen Ziele nur erfüllen, wenn die gesammelten Daten auch den beteiligten Stellen nach Absatz 4 zugänglich gemacht werden. Es ist daher notwendig und sachgerecht, die Vergleichsdaten den zuständigen Landesbehörden, den Kostenträgern, den Einrichtungsträgern sowie deren Verbänden und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zugänglich zu machen.

Im Interesse der Entlastung der Pflegeheime liegt es, die für Prüfungszwecke tauglichen und erforderlichen Daten des Pflegeheimvergleichs auch den Prüfstellen zugänglich zu machen, die Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsprüfungen durchführen.

Zu Absatz 5

Der Pflegeheimvergleich soll bei den Beteiligten sowohl von der Sache her als auch in der praktischen Durchführung auf breite Akzeptanz stoßen. Dies gilt sowohl für die Beteiligten auf Kostenträgerseite als auch auf der Seite der Einrichtungsträger. Daher verpflichtet Absatz 5 vor Erlass der Rechtsverordnung ausdrücklich zur Anhörung der Beteiligten.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift beinhaltet die rechtliche Befugnis, Verzeichnisse über die Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten der Pflegeheime zu veröffentlichen. Dabei geht diese Befugnis nur so weit, als sie nicht personenbezogene Daten enthält. Ferner ist sicherzustellen, dass die Betriebsgeheimnisse der Einrichtungen gewahrt werden.

Zu Absatz 7

Der Absatz stellt sicher, dass bei der praktischen Durchführung des Pflegeheimvergleichs personenbezogene Daten nur anonymisiert weitergegeben werden dürfen. Diese Vorgabe erstreckt sich auf den gesamten Anwendungsbereich des § 92a SGB XI-E.

Zu Absatz 8

Durch die Regelung wird die erstmalige Vorlage der Ergebnisse des Pflegeheimvergleichs zeitlich mit dem Abschluss der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen harmonisiert.

Zugleich ist in Absatz 8 die Einführung eines Pflegedienstvergleiches zum 1. Januar 2006 vorgesehen. Der Zeitpunkt ist verschoben, um die Vorbereitungsarbeiten für die beiden Leistungsbereiche zu entzerren und auch die aus dem stationären Bereich gewonnenen Erfahrungen bei Einführung des Pflegedienstvergleichs im ambulanten Bereich nutzen zu können. Dies trägt insgesamt zur Entlastung der Beteiligten bei.

Zu Nummer 16 bis 22

Die Änderungen unter Nummer 16 bis 22 beinhalten Anpassungen der datenschutzrechtlichen Vorschriften des Neunten Kapitels. Die datenschutzrechtlichen Befugnisse werden auf die neuen Vorschriften zur Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung zugeschnitten. Dies ist erforderlich, weil die bisherigen Vorgaben zur Qualitätsprüfung, die sich lediglich auf den § 80 SGB XI beschränkt haben, jetzt in mehrere Vorschriften ausdifferenziert werden (§§ 112 ff. SGB XI-E) und auch neue Beteiligte (unabhängige Sachverständige und Prüfer nach § 113 SGB XI-E, Heimaufsicht nach § 117 SGB XI-E) eingebunden werden. Ferner werden die datenschutzrechtlichen Befugnisse besser als bisher an die Erfordernisse, die sich aus der Durchführung der vertragsrechtlichen Vereinbarungen nach dem SGB XI ergeben, angepasst.

Zu beachten ist, dass die datenschutzrechtlichen Normen des Neunten Kapitels als allgemeine Vorgaben anzusehen sind, die in den spezielleren Vorschriften der §§ 112 ff. SGB XI-E zum Teil konkretisiert werden. So wird beispielsweise den Heimaufsichtsbehörden nach dem neuen § 97b SGB XI-E allgemein das Recht zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, die nach dem SGB XI erhoben worden sind, eingeräumt, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Heimgesetz erforderlich ist. Soweit es sich um allgemeine Strukturangaben wie Platzzahl oder Belegungsstruktur eines Heimes handelt, sieht § 117 Abs. 3 SGB XI-E insoweit eine Konkretisierung vor, als der Heimaufsicht diese Daten nur anonymisiert übermittelt werden dürfen.

Zu Nummer 16 (§ 94 Abs. 1)

Im Grundsatz sollen personenbezogene Sozialdaten nach dem Prinzip der Datensparsamkeit nur dann erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn dies erforderlich ist. Die in der neu gefassten Nummer 6 des § 94 Abs. 1 SGB XI sowie die in der neu eingefügten Nummer 6a hierzu vorgesehenen Ausnahmetatbestände passen unter Beachtung dieses Grundsatzes die Befugnisse der Pflegekassen im Hinblick auf die Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung (insbesondere §§ 112 ff. SGB XI-E) sowie im Hinblick auf die Durchführung der Vergütungsvereinbarungen und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen an. Dies ist notwendig, weil die Pflegekassen sonst ihre Aufgaben im Zusammenhang mit einer effizienten Qualitätssicherung, -prüfung und -überwachung nicht erfüllen könnten (Nummer 6) und auch der Abschluss der in Nummer 6a genannten vertraglichen Vereinbarungen nicht in allen Fällen zu gewährleisten wäre. Dabei ist davon auszugehen, dass für den Abschluss der genannten Vereinbarungen personenbezogene Daten nicht stets, sondern nur in Ausnahmefällen erforderlich sind.

Zu Nummer 17 (§ 95 Abs. 1)

Für die Verbände der Pflegekassen gilt in gleichem Maße wie für die Pflegekassen selbst der Grundsatz, dass personenbezogene Sozialdaten nach dem Prinzip der Datensparsamkeit nur dann erhoben, verarbeitet oder genutzt werden sollen, wenn es erforderlich ist. Die in den neu gefassten Nummern 1 und 2 des § 95 Abs. 1 SGB XI hierzu vorgese-

henen Änderungen passen die Befugnisse der Verbände der Pflegekassen – weitgehend parallel zu den Befugnissen der Pflegekassen nach dem geänderten § 94 SGB XI – an. Damit werden – wie für die Pflegekassen auch – die Neustrukturierungen insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung, die vor allem in einer Ausdifferenzierung des bisherigen § 80 SGB XI in den §§ 112 ff. SGB XI-E zu sehen sind, auch für die Verbände der Pflegekassen nachvollzogen.

Zu Nummer 18 (§ 96)

Zur Bereinigung datenschutzrechtlicher Zweifelsfragen wird § 96 Abs. 1 SGB XI neu gefasst. Die im geltenden Absatz 1 vorgesehene Auflistung der Daten, die gemeinsam genutzt und verarbeitet werden dürfen, ist auf Schwierigkeiten in der Umsetzung gestoßen. Die gemeinsame Verarbeitung und Nutzung von Daten der Pflege- und Krankenkassen wird an dem Maßstab der Erforderlichkeit zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung beider Stellen gemessen. Im Übrigen handelt es sich um die erforderlichen redaktionellen Folgeänderungen.

Zu Nummer 19 (§ 97 Abs. 1)

Zur datenschutzrechtlichen Absicherung und Konkretisierung der durch das Gesetz vorgesehenen Neustrukturierung der Qualitätssicherung und -prüfung mit den sich daraus ergebenden Erfordernissen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird § 97 SGB XI geändert.

Nach der bisherigen Rechtslage beschränkten sich die Vorschriften zur Qualität in der Pflege auf § 80 SGB XI. Nuncmehr werden darüber hinaus in den neuen Regelungen zur Qualitätssicherung und -prüfung Vorgaben aufgenommen, die auch die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung konkretisieren und bei deren Anwendung und Umsetzung personenbezogene Daten anfallen. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Qualitätsprüfungen. Ohne eine datenschutzrechtliche Befugnis kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die ihm durch die Neuregelungen übertragenen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung und -prüfung nicht effizient wahrnehmen.

Zu Nummer 20 (§§ 97a, 97b)**Zu § 97a**

Es ist erforderlich, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nach den §§ 80, 112 bis 115 und 117, 118 SGB XI-E durch die vorgesehenen neuen Stellen zur Qualitätssicherung und -prüfung generell abzusichern. Daher wird § 97a SGB XI-E eingeführt. Ohne eine datenschutzrechtliche Befugnis können die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 112 Abs. 3 SGB XI-E bestellten Sachverständigen und die unabhängigen Sachverständigen und Prüfer nach § 113 Abs. 2 SGB XI-E ihre Aufgaben im Rahmen der Qualitätsprüfung und -sicherung nicht effizient wahrnehmen.

Zu § 97b

Es ist ferner erforderlich, die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die jeweils zuständigen Heimaufsichtsbehörden und Sozialhilfeträger abzusichern. Daher wird § 97b SGB XI-E eingeführt.

Ziel der gesetzlichen Neuregelungen ist es unter anderem, auch die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und Sozialhilfeträger, vor allem im Bereich der Qualitätssicherung, besser einzubinden. Hinzu kommt, dass die Sozialhilfeträger nach wie vor in nicht unerheblichem Umfang als Kostenträger Leistungen zu erbringen haben. Es ist daher erforderlich, die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die jeweils zuständigen Heimaufsichtsbehörden und Sozialhilfeträger zur Erfüllung ihrer jeweils bestehenden gesetzlichen Aufgaben datenschutzrechtlich zu regeln.

Zu Nummer 21 (§ 104)

Die Leistungserbringer müssen die Erlaubnis erhalten, personenbezogene Daten zu erheben, zu nutzen oder zu verarbeiten. Dies ist erforderlich, weil sie diese Daten den jeweils gesetzlich genannten Stellen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben übermitteln müssen, sofern es für den Abschluss und die Durchführung der in Absatz 1 Nr. 2a des § 104 SGB XI-E genannten Verträge oder für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Qualitätssicherung (Absatz 1 Nr. 2) notwendig ist. Die auf die Neuregelungen im Bereich der Qualitätssicherung sowie die vertragsrechtlichen Vorschriften zugeschnittenen datenschutzrechtlichen Befugnisse der Einrichtungsträger stellen eine notwendige Voraussetzung für die Erreichung der gesetzgeberischen Zielsetzungen in diesen Bereichen dar.

Sofern bei einer Qualitätsprüfung Mängel festgestellt werden, kann nach den Verfahrensvorgaben des § 115 Abs. 2 SGB XI-E auch die Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung angehört werden. Daher muss sichergestellt werden, dass auch die Verbände der Einrichtungsträger personenbezogene Daten in dem für die Anhörung erforderlichen Rahmen verarbeiten und nutzen dürfen. Dies wird durch Absatz 3 sichergestellt.

Zu Nummer 22 (§ 107 Abs. 1)

Zur Sicherstellung, dass personenbezogene Daten rechtzeitig gelöscht werden, auf die die Pflegekassen oder ihre Verbände im Rahmen von Qualitätsprüfungen, der Qualitätssicherung oder bei der Durchführung der in der Vorschrift genannten Verträge Zugriff erhalten, wird der Klammerzusatz in Absatz 1 Nr. 2 des § 107 SGB XI angepasst.

Zu Nummer 23 (Elftes Kapitel mit den §§ 112 bis 120)

In dem neuen Elften Kapitel (§§ 112 bis 120 SGB XI-E) werden die aus dem bisherigen § 80 SGB XI ausgegliederten Regelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung zusammengefasst, verfassungskonform konkretisiert und ergänzt. In § 80 SGB XI-E (siehe Erläuterungen dort) verbleiben die vertraglichen Regelungsbefugnisse der Pflege selbstverwaltung auf Bundesebene zur inhaltlichen Bestimmung der Pflegequalität.

Die Regelungen der §§ 112 bis 118 SGB XI-E konkretisieren die Grundsätze der Qualitätssicherung und stellen bislang ungelöste Fragen wie

- die Zutrittsrechte des Medizinischen Dienstes zu den Pflegeeinrichtungen,
- die Verfahren der Qualitätsprüfung,
- die Finanzierung von Qualitätsprüfungen durch unabhängige Prüfer sowie
- die Zusammenarbeit mit der staatlichen Heimaufsicht

auf eine gesetzliche Grundlage. Dies ist deswegen notwendig, weil alle diese Probleme nicht – ohne gesetzliche Vorstrukturierung – in Vereinbarungen der Selbstverwaltung gelöst werden können, da es sich um Verträge handelt, die sowohl die Rechtspositionen der einzelnen Einrichtungsträger, der Pflegebedürftigen als auch der unabhängigen Prüfer berühren.

Das Kapitel enthält darüber hinaus sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen. Das bisherige Elfte Kapitel, welches nur aus einem Paragraphen (§ 112 – Ordnungswidrigkeiten) besteht, wird zum Zwölften Kapitel; der bisherige § 112 SGB XI wird § 121 SGB XI-E und beschließt – wie bisher – das SGB XI.

Zu § 112

Die Vorschrift definiert die Grundsätze der Qualitätssicherung und setzt den Rahmen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen.

Zu Absatz 1

Ansatzpunkt ist die Klarstellung und Stärkung der Eigenverantwortung der Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen. Sie gilt unabhängig von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (Satz 1). Diese Eigenverantwortung umfasst die Pflicht und das Recht der Träger, die personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der von ihren Pflegeeinrichtungen in Obhut genommenen konkreten Klientel hier und heute erforderlich ist.

Die Erfüllung dieser Anforderungen ist nach Satz 2 ein wesentlicher Maßstab für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und der Qualität ihrer Leistungen. Beurteilungsmaßstab sind darüber hinaus die für Pflegeeinrichtungen verbindlichen Qualitätsanforderungen nach § 80 SGB XI-E. Die vergütungsrechtliche Konsequenz aus dieser Regelung ist, dass die Leistungs- und Qualitätsanforderungen, die das Gesetz an eine Pflegeeinrichtung stellt, ihr auch bezahlt werden müssen (vgl. § 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI-E).

Zu Absatz 2 und 3

Absatz 2 übernimmt aus dem bisherigen § 80 Abs. 2 SGB XI den Satz 1 und ergänzt ihn um die Pflicht der zugelassenen Pflegeheime, in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen. Dies wird künftig primär durch Leistungs- und Qualitätsnachweise geschehen. Mit diesen Leistungs- und Qualitätsnachweisen wird die Pflegequalität gewissermaßen als „Bring-

schuld“ der Pflegeeinrichtungen definiert. Die Einzelheiten sind in § 113 SGB XI-E geregelt.

Absatz 3 entspricht weitgehend dem bisherigen Satz 2 in § 80 Abs. 2 SGB XI. Neu ist, dass die Qualitätsprüfungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, auf die Abrechnungen erstreckt werden dürfen. Diese Erweiterung ist erforderlich, weil sich in der Prüfungspraxis gezeigt hat, dass sich unkorrekte Leistungsabrechnungen nicht auf Einzelfälle beschränken. Dabei richtet sich die neue Vorschrift nicht gegen die Einrichtungsträger, sondern hat primär den Zweck, Abrechnungsprüfungen auch rechtlich abzusichern. Wegen der größeren Sachnähe können für Abrechnungsprüfungen Mitarbeiter der Pflegekassen hinzugezogen werden (siehe § 114 Abs. 6 SGB XI-E). Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll seine Prüfung auf die Qualität der Leistungen konzentrieren.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift betont und unterstützt den bereits von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung favorisierten beratungsorientierten Prüfungsansatz. Sie stellt sicher, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Qualitätssicherung vor Ort mitwirkt und die Anstrengungen der Einrichtungsträger auf diesem Feld auch durch separate Beratungen begleitet.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll durch die Beratung Qualitätsmängeln rechtzeitig vorbeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität stärken. Ein Beratungsanspruch wird durch die Vorschrift nicht begründet.

Zu § 113

Die Vorschrift führt ein bislang gesetzlich nicht verankertes System zur externen Qualitätssicherung ein. Sie schafft die rechtliche Grundlage für die Verpflichtung der Einrichtungen zu einem regelmäßigen Nachweis ihrer Leistungen und deren Qualität durch Leistungs- und Qualitätsnachweise.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 wird der Nachweis der Qualität der Pflege als „Bringschuld“ der Pflegeeinrichtungen definiert. Die Einrichtungsträger werden verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die Qualität ihrer Leistungen durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nachzuweisen. Es handelt sich um eine Kernvorschrift zur Umsetzung der mit dem Gesetzentwurf angestrebten Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger für die Qualität ihrer Leistungen. Durch den Leistungs- und Qualitätsnachweis, der nach einer Qualitätsprüfung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen erteilt wird, erbringt die Pflegeeinrichtung den Beleg, dass sie den Qualitätsanforderungen des SGB XI entspricht. Das schließt nicht aus, dass im Rahmen des Prüfverfahrens weitergehende (etwa verbandsspezifische) Anforderungen geprüft und bestätigt werden. Vereinfacht gesagt, sollen die Leistungs- und Qualitätsnachweise als einrichtungsexternes Prüfinstrument dazu dienen, die Erfolge der einrichtungsexternen Qualitätssicherungsanstrengungen zu dokumentieren.

Dieses System hat gegenüber den bislang in § 80 SGB XI vorgesehenen Qualitätsprüfungen (durch den Medizinischen Dienst oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige) u. a. folgende Vorteile:

- Mit der Erweiterung des Kreises der Qualitätsprüfer wird nicht nur der Medizinische Dienst entlastet, sondern zusätzlicher Sachverstand in die Prüfungen eingebunden.
- Durch die Ausrichtung der Qualitätsnachweise als „Bringschuld“ werden die Pflegeeinrichtungen noch stärker in die Pflicht genommen, Anstrengungen zu interner Qualitätssicherung und -verbesserung zu unternehmen.
- Mit dem für alle Einrichtungen gleichen Nachweis wird einerseits für die Pflegebedürftigen ein verlässliches und einheitliches Qualitätszertifikat geschaffen, andererseits bietet der Nachweis für die Einrichtungen eine Möglichkeit, ihre gute Qualität nach außen darzustellen.

Die Einführung der Leistungs- und Qualitätsnachweise ist in engem Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsexternen Qualitätsmanagements nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI-E zu sehen. Mit der Verankerung dieser beiden neuen Instrumente erkennt der Gesetzgeber die in den letzten Jahren zunehmend zu beobachtenden Anstrengungen von Einrichtungsträgern an, ihre Leistungsqualität durch die Einführung von internen Qualitätssicherungssystemen und externen Zertifizierungsverfahren zu verbessern. Diese vielfältigen Initiativen basieren auf den modernen Fachdiskussionen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Bereich der sozialen Dienstleistungen. Danach ist für eine gute Leistungsqualität insbesondere Voraussetzung, dass – unter Beteiligung der Mitarbeiter und unter Berücksichtigung der Kundenwünsche – Managementmethoden zur systematischen Qualitätssicherung betriebsintern angewandt und umgesetzt sowie extern durch Zertifizierungsverfahren bestätigt werden.

Die Regelungen zielen insgesamt darauf ab, die vorhandenen Initiativen vieler Einrichtungsträger und Trägerverbände zu stützen und zu fördern.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt aus verfassungsrechtlichen Gründen klar, dass die Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise eine öffentliche Aufgabe ist, die nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden kann. Die Anerkennung hat die Wirkung einer Akkreditierung. Sie kann sich auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken oder auf einzelne oder mehrere Bundesländer beschränken. Damit wird sichergestellt, dass auch landesspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden können. Das Verfahren für die Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Qualitätsprüfern bei den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen wird durch die als Rechtsverordnung der Bundesregierung anzuordnenden Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem § 118 SGB XI-E festgelegt. Dies garantiert im Interesse der Einrichtungsträger eine bundeseinheitliche Handhabung. Die in Satz 4 vorgesehenen Regelungen über die Rechtsaufsicht

sind erforderlich, weil die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben stets die Einführung einer öffentlich-rechtlichen Aufsichtsinstitution bedarf.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 kann Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises ausschließlich die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI erfüllt. Darüber hinaus gibt die Vorschrift den Pflegeeinrichtungen, die diese Anforderungen erfüllen, gegenüber der prüfenden Stelle einen Anspruch auf Erteilung des Nachweises. Ferner schreibt sie im Interesse möglichst unbürokratischer Verfahrenswege vor, an welche Stellen Kopien der Leistungs- und Qualitätsnachweise unmittelbar weiterzuleiten sind. Dazu gehören – bei der Erteilung der Nachweise für vollstationäre Pflegeheime – auch die zuständigen Heimaufsichtsbehörden.

Zu Absatz 4

Ziel der Einführung der Leistungs- und Qualitätsnachweise ist es unter anderem, die primäre Verantwortung der Einrichtungsträger und ihrer Verbände zu stärken (durch den Nachweis der erfolgreichen internen Qualitätssicherung) und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bei ihren Prüfaufgaben zu entlasten (siehe Erläuterungen zu Absatz 1). Bislang ist die interne Qualitätssicherung aber weder überall eingeführt noch fachlich unumstritten. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Mängel in der pflegerischen Versorgung auch dann auftreten können, wenn Systeme zur internen Qualitätssicherung eingeführt sind und praktiziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist es unumgänglich, dass der Gesetzgeber Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Heimaufsichtsbehörde wenigstens so lange vorsieht, bis eine gute Leistungsqualität flächendeckend auf einem hohen Niveau gewährleistet ist und weitgehend gesicherte fachwissenschaftliche Erkenntnisse über die Praxis der Systeme zur internen Qualitätssicherung vorhanden sind. Daher sieht Absatz 3 vor, dass Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden können und auch Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz unberührt bleiben. Gleichwohl ist die Vorlage eines Leistungs- und Qualitätsnachweises bei der Bestimmung von Prüfungsturnus und Prüfungstiefe der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung angemessen zu berücksichtigen (§ 114 Abs. 1 SGB XI-E).

Zu Absatz 5

Die Vorschrift unterstreicht die Bedeutung des Leistungs- und Qualitätsnachweises. Sie stellt sicher, dass Pflegeeinrichtungen nur dann einen Anspruch auf Vergütungsverhandlungen haben, wenn sie den zeitnahen Nachweis (nicht älter als zwei Jahre) guter Qualität beibringen. Faktisch wird diese Vorgabe dazu führen, dass sich alle Einrichtungen künftig in einem Zweijahresturnus einem Prüfverfahren zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises unterziehen. Vor dem Hintergrund, dass die Einrichtungsträger

den Leistungs- und Qualitätsnachweis auch zur Darstellung der Einrichtung nach außen nutzen können und werden, ist eine regelmäßige Bestätigung unverzichtbar. Dies entspricht auch der wissenschaftlichen Diskussion über Zertifizierungsverfahren und der hierzu üblichen Praxis. Danach verfällt ein Qualitätszertifikat, wenn es nicht innerhalb eines bestimmten, festgelegten Zeitraums durch eine Wiederholungsprüfung „aufgefrischt“ wird.

Zu Absatz 6

Durch die Vorschrift wird § 73 Abs. 2 SGB XI entsprechend anwendbar. Es handelt sich um eine Rechtswegzuweisung zu den Sozialgerichten unter Ausschluss des Vorverfahrens und der aufschiebenden Wirkung der Klage. Mit der Vorschrift wird im Interesse der Rechtswegvereinheitlichung sichergestellt, dass auch Streitigkeiten über die Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise vor den Sozialgerichten zu führen sind.

Zu § 114

Die Neuordnung der Regelungen zur Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung zielt primär darauf ab, die Eigenverantwortung der Einrichtungsträger zu stärken und sie dazu zu ermutigen, die eigenen Qualitätsbemühungen zu intensivieren. Gleichwohl ist es unverzichtbar, dass auch künftig Qualitätsprüfungen „vor Ort“ durchgeführt werden. Dies gilt beispielsweise für die Fälle, in denen Qualitätsmängel bereits eingetreten sind. Der neue § 114 SGB XI-E stellt die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie der von den Landesverbänden der Pflegekassen hierzu bestellten Sachverständigen (§ 112 Abs. 3 SGB XI-E) und deren Zutrittsbefugnisse zu den Einrichtungen sowie den Wohnungen der Pflegebedürftigen auf eine sichere rechtliche Grundlage.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beinhaltet in Satz 1 die gesetzliche Ermächtigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen zu Qualitätsüberprüfungen „vor Ort“ in Wahrnehmung ihres Prüfauftrages nach § 112 Abs. 3 SGB XI-E. Sie erstreckt und beschränkt diese Berechtigung auf die Überprüfung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI. Dies schließt die gesetzlichen und die vertraglichen Verpflichtungen der Einrichtungen ein.

Leistungs- und Qualitätsnachweise nach § 113 SGB XI-E sollen entlastende Wirkung für den MDK entfalten und als „trägernahes“ Instrument zur externen Qualitätssicherung gefördert werden. Nach Satz 2 haben der MDK oder von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige Leistungs- und Qualitätsnachweise daher bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang ihrer Qualitätsprüfungen angemessen zu berücksichtigen, wenn die Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Die Jahresfrist ist erforderlich, um eine hinreichende Aussagekraft des Leistungs- und Qualitätsnachweises zu gewährleisten, der immerhin dazu führen kann, dass eine „MDK-Prüfung“ ausgesetzt wird. Diese Regelung steht in engem Zusammenhang mit § 113 Abs. 4 SGB XI-E. Danach können die Prüfrechte des MDK durch die Vorlage eines Leistungs- und Qualitäts-

nachweises nicht ausgeschlossen werden (vgl. Begründung zu § 113 Abs. 4 SGB XI-E).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift schafft eine eindeutige Rechtsgrundlage für den Zutritt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen zu den Pflegeheimen. Es wird klargestellt, dass bei der Überprüfung der stationären Versorgung „an Ort und Stelle“ sämtliche von der Pflegeeinrichtung benutzten Grundstücke und Räume (einschließlich der Geschäftsräume) von den Prüfern jederzeit angemeldet oder unangemeldet betreten werden dürfen. Die Prüfer sind befugt, Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimförsprecher zu befragen. Die Möglichkeit, die Beschäftigten oder den Heimbeirat oder den Heimförsprecher zu befragen, knüpft an die entsprechende Regelung in § 46 Abs. 2 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) an.

Die Zutrittsrechte sind zur Nachtzeit auf die Prüfgegenstände beschränkt, die tagsüber nicht kontrolliert werden können (Beispiele: Anzahl der Nachtwachen, Fixierung/Sedierung der Pflegebedürftigen, Flüssigkeitszufuhr). Eine weitere Beschränkung besteht dann, wenn eine Prüfung in Räumen vorgenommen werden soll, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen. Hierzu ist stets entweder die Zustimmung des Bewohners erforderlich oder es muss eine dringende Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung gegeben sein.

Mit der dem Wortlaut des Artikels 13 Abs. 7 Grundgesetz entlehnten Einschränkung („zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung“) wird sowohl dem Rang des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung angemessen Rechnung getragen, als auch die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten zugunsten der Heimbewohner ermöglicht. Der mögliche Einwand, dass eine Prüfung, ob beispielsweise ein Pflegebedürftiger gefesselt, unzulässig medikamentös sediert wurde oder eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sichergestellt ist, damit praktisch verhindert würde, greift nicht, da der qualifizierte Gesetzesvorbehalt nach Artikel 13 Abs. 7 Grundgesetz gerade die anlassunabhängige Verhütung von Gefahren für besonders wichtige Rechtsgüter, wie etwa die menschliche Gesundheit (gleichwertig auch die Freiheit), umfasst und damit ein hierauf bezogenes präventives ordnungsbehördliches Einschreiten ermöglicht. Die Vorschrift über die Zutrittsrechte für den MDK deckt sich in der Sache mit den im Entwurf zur Änderung des Heimgesetzes vorgesehenen Zugangsregelungen für die Heimaufsichtsbehörden. Zusammengefasst erlaubt diese Regelung dem MDK

1. tagsüber jederzeit den Zutritt zu den Pflegeheimen, auch ohne Anmeldung,
2. nächtliche (auch angemeldete) Kontrollen nur, wenn das Ziel der Überprüfung tagsüber nicht erreicht werden kann,
3. den Zutritt zu Räumen, die einem Wohnrecht unterliegen, tagsüber und nachts; in beiden Fällen allerdings nur, wenn die Zustimmung des Bewohners vorliegt oder eine

dringende Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung gegeben ist.

Bei der Wahrnehmung dieser Rechte durch den MDK ist jedoch stets eine Ermessensprüfung dahingehend anzustellen, ob im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes die im Einzelfall weniger belastende Maßnahme vorzuziehen ist. Hierbei kann beispielsweise zu beachten sein, dass sich aus Sicht der Praxis – insbesondere der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung – gezeigt hat, dass erfahrene Prüfkräfte ohne weiteres auch dann Qualitätsmängel erkennen können, wenn Prüfungen vorangemeldet erfolgen. Damit wird der Grundsatz gestärkt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellte Sachverständige als Stellen, die in die partnerschaftlich organisierte Pflegeselbstverwaltung eingebunden sind, in Fragen der Qualität sich primär beratungsorientierten Prüfansätzen verpflichtet sehen und belastende Eingriffsmaßnahmen erst in zweiter Linie als Instrument der Qualitätssicherung dienen. Dies gilt erst recht für unangemeldete Prüfungen.

Im Interesse einer verbesserten Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligt werden, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird (Satz 4). Mit dieser Regelung wird gewährleistet, dass die Heimaufsichtsbehörden in der Regel an unangemeldeten Prüfungen mitwirken. Die Ausnahmeklausel stellt sicher, dass die Durchführung derartiger Prüfungen durch den Medizinischen Dienst nicht verzögert wird, wenn der Heimaufsichtsbehörde eine Beteiligung, gleich aus welchen Gründen, nicht möglich ist.

Ergänzt werden diese Zutrittsrechte durch die Befugnis des MDK oder der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen, sich an (angemeldeten oder unangemeldeten) Überprüfungen von Pflegeheimen durch die Heimaufsicht zu beteiligen (Absatz 4).

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sichert die Zugangsrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellter Sachverständiger bei Qualitätsprüfungen zu den Wohnungen der Pflegebedürftigen im Rahmen der häuslichen Versorgung ab.

Sie erstreckt die Prüfungsbefugnis im ambulanten Bereich zugleich auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, sofern der Pflegedienst derartige Leistungen gleichzeitig (im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB XI) erbringt. Ferner kann sich die Prüfung darauf erstrecken, ob der Pflegedienst die Anforderungen der §§ 2 Nr. 8, 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes einhält. Damit wird sichergestellt, dass zugelassene Pflegedienste die Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes einhalten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift räumt dem MDK und den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen über ihre Rechte nach Absatz 2 die Befugnis ein, sich an (angemeldeten oder unangemeldeten) Prüfungen der Heimaufsicht (auch zur Nachtzeit) zu beteiligen; dies führt zu

keiner zeitlichen oder räumlichen Ausdehnung der Prüfung. Bei der Beteiligung an Prüfungen der Heimaufsichtsbehörde dürfen sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen nur auf die Untersuchung der Qualität nach den Vorgaben des Elften Buches des Sozialgesetzbuches und der danach abgeschlossenen Vereinbarungen beschränken. Darüber hinausgehende Prüfungen dürfen sie nicht durchführen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt, durch wen eine Zustimmung des Pflegebedürftigen zum Zutritt zu seiner Wohnung oder seinem Zimmer im Pflegeheim ersetzt werden kann. Die Zustimmung darf nach Absatz 5 nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden. Dies ist erforderlich, um stets sicherzustellen, dass die Interessen der pflegebedürftigen Heimbewohner und der häuslich Pflegebedürftigen nicht leichtfertig übergangen werden.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift ermöglicht sowohl die Beteiligung der Kostenträger oder deren Verbände (Pflegekassen, PKV), als auch der Trägervereinigung der geprüften Einrichtung an den Prüfungen. Damit wird sichergestellt, dass der Einrichtungsträger stets die Unterstützung seines Verbandes einholen kann. Andererseits ermöglicht sie, dass der MDK Vertreter der Pflegekassen hinzuziehen kann, um beispielsweise eine wirksame Prüfung der Abrechnungen zu gewährleisten (§ 112 Abs. 3 SGB XI-E). Die Hinzuziehung Dritter ist dann ausgeschlossen, wenn dadurch die Prüfung verzögert wird.

Zu § 115

Die Vorschrift regelt die Zuleitung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen an die zu beteiligenden Stellen sowie das Verfahren bei festgestellten Qualitätsmängeln und differenziert die bereits nach derzeit geltendem Recht vorhandenen Sanktionsmöglichkeiten aus.

Zu Absatz 1

Absatz 1 knüpft an die bisherige Regelung in § 80 Abs. 3 SGB XI an, verkürzt aber den dort vorgesehenen „Postweg“. Nunmehr haben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und alle sonstigen Stellen, die Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI durchführen, die Ergebnisse ihrer Prüfungen – ohne den bisherigen Umweg über die Landesverbände der Pflegekassen – unmittelbar der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Daneben bleibt es wie bisher bei der Mitteilungspflicht gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen. Außerdem werden die zur Durchführung der Prüfung berufenen Stellen verpflichtet, das Prüfergebnis auch den betroffenen Sozialhilfeträgern und den Heimaufsichtsbehörden zu übermitteln. Diese Übermittlungspflicht dient der reibungslosen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen und unterstützt die Zielsetzung des Gesetzes zur Verwaltungsvereinfachung und der Vermeidung von Doppelprüfungen.

Im Interesse der Einrichtungsträger werden die Landesverbände der Pflegekassen befugt und auf Anforderung berech-

tigt, das Prüfergebnis auch der Vereinigung des Trägers mit dessen Zustimmung zuzuleiten. Diese Verpflichtung ergänzt das Recht der Trägervereinigungen, zu den Prüfungen „vor Ort“ hinzugezogen zu werden (§ 114 Abs. 6 SGB XI-E) und soll eine umfassende Beratung des Einrichtungsträgers durch seine Trägervereinigung zur Vorbereitung der Anhörung durch die Landesverbände oder eine Stellungnahme nach Absatz 2 sicherstellen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 übernimmt die Sätze 2 und 3 des bisherigen § 80 Abs. 3 SGB XI und bindet den zuständigen Sozialhilfeträger ein.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung wird die Sanktionsmöglichkeit bei Feststellung von Qualitätsmängeln differenzierter ausgestaltet. Die als Kostenträger betroffenen Vertragsparteien können künftig auch eine angemessene Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten fordern. Dies gilt insbesondere für die Pflichten aus dem Versorgungsvertrag und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI-E. Dabei wird bewusst keine Absenkung der Vergütung in den nächstfolgenden Vergütungszeiträumen vorgesehen, sondern ein Rückzahlungsanspruch gegenüber den Kostenträgern begründet. Diese Konzeption zielt insbesondere auf den Fall ab, dass die Pflichtverletzung darin besteht, dass das vereinbarte Personal nicht vorgehalten wurde. Um zu vermeiden, dass auch in der nächstfolgenden Vergütungsperiode Personal nicht in ausreichender Zahl vorgehalten wird, ist es notwendig, dass die hierzu erforderlichen Vergütungen nicht gekürzt werden. Denn es muss bedacht werden, dass die Pflegeeinrichtung auch nach der rückwirkenden Vergütungskürzung in der Lage bleiben muss, ihre Klientel in Zukunft ordentlich zu versorgen. Bei einer prospektiven Absenkung der Vergütungssätze wäre die Gefahr gegeben, dass das vereinbarte Personal in den nächstfolgenden Vergütungszeiträumen nicht finanziert wäre und damit nicht vorgehalten würde. Dabei ist es selbstverständlich, dass die Rückzahlungsbeträge nicht über die Vergütungen refinanziert werden dürfen, sondern als Sanktion aus trägereigenen Mitteln zu finanzieren sind.

Über die Höhe des Kürzungsbetrages ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 SGB XI Einvernehmen anzustreben; gelingt dies nicht, ist er durch die Schiedsstelle festzusetzen. Gegen den Spruch der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung anteilig an die betroffenen Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zurückzuzahlen. Dabei ist sicherzustellen, dass der Rückzahlungsanspruch des Pflegebedürftigen bis zur Höhe seines Eigenanteils an den Leistungsentgelten vorrangig bedient wird. In den Fällen der Beteiligung insbesondere eines Sozialhilfeträgers ist das Nachrangprinzip zu beachten, welches sich bei der Rückzahlung notwendigerweise umkehrt und dazu führt, dass der Sozialhilfeträger bis zur Höhe seines Zahlungsanteils vorrangig zu bedienen ist.

Die Vorschrift über die Pflicht zur Kürzung der Vergütung bei Pflichtverletzungen steht in engem Zusammenhang mit der Parallelvorschrift des § 5 Abs. 11 im Entwurf zur Ände-

zung des Heimgesetzes. Danach wird dem Heimbewohner aus seinem individualvertraglichen Verhältnis mit dem Heimträger ein Anspruch auf Kürzung des vereinbarten Heimentgelts eingeräumt.

Die Vorschrift des § 115 Abs. 3 SGB XI-E schließt weitergehende Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Rechtsvorschriften, insbesondere denen des Bürgerlichen Gesetzbuches, nicht aus. Im Interesse der Pflegebedürftigen ist hier eine entsprechende Anwendung von § 66 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen. Danach kann die Krankenkasse ihre Versicherten in begrenztem Umfang bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die nicht auf die Krankenkasse nach § 116 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch übergegangen sind. Dadurch erhält die Pflegekasse zwar nicht die Befugnis, für den Versicherten einen Rechtsstreit zu führen, sie darf auch nicht die Kosten des Rechtsstreits übernehmen, den der Versicherte führt. Zweck der Regelung ist vielmehr, dass die Pflegekasse den Versicherten mit Informationen ausstattet, die ihm meist nicht zugänglich sind und die ihm insofern die Beweisführung im Rechtsstreit erleichtern können. Diese Regelung ist als Verbraucherschutzregelung anzusehen und soll den Pflegebedürftigen helfen, ihre Ansprüche gegenüber den Einrichtungsträgern durchzusetzen. Dabei ist zu beachten, dass personenbezogene Daten des Pflegepersonals für Zwecke der Unterstützung des Pflegebedürftigen nicht weitergegeben werden dürfen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift gibt den Pflegekassen auf, in Fällen kurzfristig nicht behebbarer schwerwiegender Versorgungsmängel den betroffenen Heimbewohnern eine geeignete Ersatzeinrichtung zu vermitteln, wenn sie dies wünschen. Zwar kann der pflegebedürftige Heimbewohner jederzeit auch selbst das Heim wechseln. Mit der Inpflichtnahme der Pflegekassen kann dieses Recht jedoch wirksamer wahrgenommen werden. Dies gilt insbesondere auch deswegen, weil die Einrichtungsträger für die Kosten der Vermittlung nach dem neuen Absatz 6 eintreten müssen, wenn sie die Pflegemängel zu vertreten haben. Die Einbindung der Sozialhilfeträger ist erforderlich, wenn sie als Kostenträger beteiligt sind.

Zu Absatz 5

Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des MDK nach Absatz 5 die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln. Die Regelung bildet für den Bereich der ambulanten Betreuung die Parallelvorschrift zu Absatz 4.

Zu Absatz 6

Nach der Vorschrift haben die Einrichtungsträger die Kosten für die Vermittlung einer neuen ambulanten oder stationären Einrichtung nach den Absätzen 4 oder 5 gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen, wenn die schwerwiegenden Pflegemängel vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt worden sind. Diese Regelung schließt anderweitige Haftungstatbestände nicht aus.

Zu § 116

Die Vorschrift regelt die Finanzierung der Kosten für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie von Wirtschaftlichkeitsprüfungen neu und stellt sie auf eine sichere rechtliche Grundlage. Sie geht dabei – in Übereinstimmung mit der Praxis in anderen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen – davon aus, dass Prüfkosten normaler Betriebsaufwand sind, der über den Preis finanziert wird. Dem entsprechend können Stellen, die Leistungs- und Qualitätsnachweise erteilen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen, hierfür Kosten geltend machen, die von den Pflegeeinrichtungen in die Vergütungen und Entgelte eingestellt werden dürfen. Außerdem regelt die Vorschrift die Kostentragung für ein Schiedsstellenverfahren nach § 115 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E, in dem über eine Vergütungskürzung wegen Schlechtleistung befunden wird.

Zu Absatz 1

Die Regelung legt fest, dass die geprüften Einrichtungen die Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen zu tragen haben. Ferner wird die Pflegesatzfähigkeit dieser Kosten anerkannt und den Einrichtungen das Recht eingeräumt, die Kosten in die nächstmögliche Vergütungsvereinbarung mit Wirkung in die Zukunft einzustellen. Im Interesse einer hohen Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütungen und Entgelte wird eine Verteilung der Kosten auf mehrere Vergütungszeiträume ermöglicht.

Zu Absatz 2

Nach dem SGB XI können nicht nur Qualitätsprüfungen, sondern auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Die bislang hierzu getroffenen Vereinbarungen der Selbstverwaltung über die Verteilung der Prüfkosten in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI hat dazu beigetragen, dass derartige Prüfungen nicht in dem gebotenen Umfang erfolgt sind. Absatz 2 erstreckt daher die Vorgaben zur Finanzierung der Kosten für Leistungs- und Qualitätsnachweise auch auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem Ziel, auch für diese Prüfungen eine sichere Rechtsgrundlage für die Aufbringung der Prüfkosten zu schaffen.

Zu Absatz 3

Die neue Vorschrift des § 115 Abs. 3 SGB XI-E sieht die Möglichkeit zur Vergütungskürzung vor, wenn eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten nicht einhält. Über den Kürzungsbetrag ist zwischen den Vergütungsparteien Einvernehmen anzustreben. Im Falle der Nichteinigung ist ein Schiedsstellenverfahren vorgesehen. Absatz 3 regelt je nach Ausgang des Schiedsstellenverfahrens die Kostentragung für das Schiedsstellenverfahren. Die Verteilung der Verfahrenskosten kann im Streitfall im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens nach § 115 Abs. 3 Satz 4 SGB XI-E geprüft werden.

Zu Absatz 4

Die Regelung enthält die Ermächtigung für die Bundesregierung zur Regelung der Prüfkosten durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

Zu § 117

Die Vorschrift regelt die Zusammenarbeit der staatlichen Heimaufsichtsbehörden mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung. Dies erfordert eine klare Definition und Zuordnung der Rechte und Pflichten der Landesverbände der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gegenüber den Aufsichtsrechten der staatlichen Heimaufsichtsbehörden der Länder.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 sind wesentliche Grundsätze der Zusammenarbeit zusammengefasst. Sie sind darauf ausgerichtet die wechselseitigen Aufgaben der Beteiligten nach dem SGB XI und nach dem Heimgesetz durch

- gegenseitige Information und Beratung,
- Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
- Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen (Satz 1). Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden.

Diese Regelungen erhöhen den Schutz der pflegebedürftigen Heimbewohner; es können unangemessene oder gefährliche Pflegesituationen vermieden oder rechtzeitig aufgedeckt und beseitigt werden. Des Weiteren kann der zeitliche und personelle Aufwand, der für die Einrichtungsträger im Allgemeinen mit einer Prüfung einhergeht, auf ein vertragliches Mindestmaß begrenzt werden; Synergieeffekte für alle Beteiligten können nutzbar gemacht werden. Insgesamt soll durch die vorgesehene enge Zusammenarbeit, die einen umfassenden Informationsaustausch einschließt, gewährleistet werden, dass gleiche Sachverhalte nicht mehrmals abgefragt und überprüft werden. Diesem Ziel dient auch die Verpflichtung, an den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 des Entwurfes zur Änderung des Heimgesetzes mitzuwirken.

Zu Absatz 2

Absatz 2 unterstreicht, dass die originäre Verantwortung der Pflegekassen für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach dem SGB XI durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden kann. Eine Weisungsbefugnis der staatlichen Heimaufsichtsbehörde ist nicht gegeben.

Zu Absatz 3 und 4

Informationen, die den Landesverbänden der Pflegekassen oder den Medizinischen Diensten über die Leistungs- und Belegungsstruktur der Einrichtungsträger sowie die vereinbarten Vergütungssätze vorliegen, müssen den Heimaufsichtsbehörden zugänglich gemacht werden, wenn sie diese zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigen. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere im Hinblick auf personenbezogene Daten, zu beachten (Absatz 3).

Absatz 4 stellt zugleich klar, dass Erkenntnisse, die der Medizinische Dienst oder sonstige Sachverständige aus der Prüfung von Pflegeheimen nach dem SGB XI gewinnen, an die zuständige Heimaufsichtsbehörde weitergeleitet werden dürfen, soweit sie zur Durchführung des Heimgesetzes erforderlich sind.

Der Unterschied zwischen den Absätzen 3 und 4 besteht darin, dass im Fall des Absatzes 3 allgemeine Angaben über die Struktur des Heimes weitergeleitet werden dürfen, während es sich im Fall des Absatzes 4 um konkrete Erkenntnisse aus Qualitätsprüfungen handelt.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 ist bestimmt, dass die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nur die Kosten zu tragen haben, die ihnen selber in Wahrnehmung ihrer originären Aufgaben entstehen. Dies gilt auch für die Aufwendungen, die ihnen im Rahmen der engen Zusammenarbeit mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde entstehen, wie z. B. Fahrtkosten. Dagegen ist eine finanzielle Beteiligung an den Aufwendungen der Heimaufsicht oder von ihr beteiligter Stellen oder Gremien unzulässig.

Zu Absatz 6

Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Zugleich wird klargestellt, dass Rechtsmittel des Pflegeheimes oder der Pflegekassen gegen eine Anordnung der Heimaufsichtsbehörde keine aufschiebende Wirkung haben.

Zu § 118

Mit § 118 SGB XI-E wird das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen aus den Regelungsstatbeständen der Vereinbarungen nach § 80 Abs. 1 SGB XI herausgenommen und auf eine neue Grundlage gestellt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften anzuordnen. Für den Erlass der Rechtsverordnung ist Voraussetzung, dass die Kostenträger und die Leistungserbringer sowie der MDK und unabhängige Sachverständige eingebunden werden (Absatz 3). Die Verordnungslösung wurde gewählt, weil sich die Regelungsgegenstände im Spannungsfeld zwischen ordnungsrechtlichen Eingriffsbefugnissen, Prüfbefugnissen des MDK und den neuen Instrumenten der Qualitätsprüfung durch unabhängige Prüfer bewegen. Hierbei sind die jeweiligen Interessen und Anliegen der beteiligten Leistungserbringer, Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) und auch der Prüfinstitutionen einzubinden und auszugleichen, ohne das Ziel einer wirksamen Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung zu vernachlässigen. Bei dieser schwierigen und streitanfälligen „Gemengelage“ gewährleistet eine Regelung durch Rechtsverordnung eine für alle Beteiligten eher akzeptable Lösung.

Ferner ist die Verordnungslösung aus Rechtsgründen erforderlich. Nach dem neuen § 113 SGB XI-E können Qualitätsprüfungen künftig auch von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen durchgeführt werden. Deren rechtlich

wirksame Einbindung in das Prüfwesen erfordert eine tragfähige rechtliche Absicherung. Diese Absicherung wird für das Prüfverfahren dadurch erreicht, dass die Beratungs- und Prüfvorschriften durch Verordnung erlassen werden, deren Inhalt durch den Gesetzgeber in § 118 SGB XI-E vorstrukturiert wird.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt das Zustandekommen der Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates. Ferner werden durch die Vorschrift alle Prüfstellen und die in der Vorschrift genannten weiteren Beteiligten ausdrücklich an die Rechtsverordnung gebunden. Diese Regelung gewährleistet eine bundesweit einheitliche und rechtlich abgesicherte Prüf- und Beratungspraxis.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift gibt die Regelungsgegenstände der Rechtsverordnung vor. Diese Vorstrukturierung durch den Gesetzgeber ist erforderlich, weil die Prüf- und Eingriffsrechte der Stellen, die Qualitätsberatungen und -prüfungen durchführen, in ausreichender Konkretisierung aus dem Gesetz selbst ableitbar sein müssen. Im Einzelnen sollen insbesondere nachfolgende Regelungen in der Verordnung getroffen werden:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise

Im Interesse der Einrichtungsträger muss sichergestellt sein, dass objektiv gleiche Sachverhalte von Qualitätsprüfern nicht unterschiedlich beurteilt werden. Es ist daher vor allem für die Qualitätsprüfungen erforderlich, dass einheitliche Bewertungskriterien gelten. Vor diesem Hintergrund soll die Rechtsverordnung Beratungs- und Prüfkriterien enthalten.

Die Einrichtungsträger sind künftig nach Maßgabe von § 113 SGB XI-E verpflichtet, in regelmäßigen Abständen einen Nachweis über ihre Leistungen und deren Qualität zu erbringen. Diese Leistungs- und Qualitätsnachweise resultieren aus entsprechenden Qualitätsprüfungen autorisierter Stellen. Um auch diese einheitlich und kompatibel zu gestalten und gleichen Maßstäben zu unterwerfen, ist es notwendig, sie als Regelungsgegenstand in den nach Absatz 1 zu beschließenden Kriterienkatalog einzubeziehen.

2. Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen können auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden. Der Gesetzgeber sieht beispielsweise Anlass- und regelmäßige Stichprobenprüfungen vor. Ferner sind etwa Differenzierungen bei der Prüfungstiefe (zum Beispiel durch eine Beschränkung auf bestimmte Leistungsangebote) oder insbesondere der Häufigkeit der Prüfungen denkbar. Die Rechtsverordnung soll angesichts der Vielgestaltigkeit von Qualitätsprüfungen, einheitliche Regelungen zu deren Art, Umfang und Häufigkeit vorsehen. Dabei stellt Nummer 2 klar, dass die Rechtsverordnung Vorgaben zur Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in allen

Leistungsbereichen enthalten muß. Gleiches gilt auch für die Leistungs- und Qualitätsnachweise.

3. Prüfverfahren und Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen

Es ist erforderlich, dass die Qualitätsprüfungen und die Dokumentierung des Ergebnisses eines Leistungs- und Qualitätsnachweises nach formalisierten, für die Einrichtungsträger transparenten Verfahrensregeln durchgeführt werden, die mindestens die gesetzlichen Anforderungen der neuen Vorschriften der §§ 112 ff. SGB XI-E berücksichtigen. Ein maßgeblicher Regelungsgegenstand der Rechtsverordnung sind daher die Prüfverfahren und die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen. Dabei müssen auch verfahrensmäßige Regelungen zur Datenverarbeitung und -nutzung in die Rechtsverordnung aufgenommen werden.

4. Qualifikation der Prüfer

Vorgaben zur Qualifikation der eingesetzten Prüfkräfte sind in der Rechtsverordnung unerlässlich. Dabei ist für die Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung vorgeschrieben, dass hierfür nur Pflegefachkräfte oder Ärzte eingesetzt werden dürfen (Satz 2). Dies ist erforderlich, um insbesondere in diesen wichtigen Leistungsbereichen fachlich fundierte Qualitätsbeurteilungen sicherzustellen. Die Qualität der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung kann auch von anderen sachkundigen Prüfern, die nicht Pflegefachkräfte oder Ärzte sind, geprüft werden.

5. Voraussetzungen und Verfahren der Anerkennung von Qualitätsprüfern

Eine flächendeckende und regelmäßige Prüfung von Qualität und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen setzt immer auch entsprechende personelle Ressourcen der prüfenden Institutionen voraus. Um hier den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sinnvoll zu entlasten, sollen nach § 113 SGB XI-E ergänzend unabhängige Sachverständige und Prüfstellen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen zum Einsatz kommen können. Diese brauchen allerdings eine Anerkennung der Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen, um Leistungs- und Qualitätsnachweise ausstellen zu dürfen. Vor diesem Hintergrund soll die Rechtsverordnung einheitliche Voraussetzungen für das Verfahren zur Anerkennung dieser Prüfer festlegen. Beim Anerkennungsverfahren sind auf Landesebene der MDK und auf Bundesebene der MDS zu beteiligen. Diese Beteiligungspflicht soll sicherstellen, dass die vielfältigen Erfahrungen der Medizinischen Dienste im Bereich der Qualitätssicherung für die Anerkennung der unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nutzbar gemacht werden.

6. Anforderung an die Zustimmung Pflegebedürftiger in den Fällen des § 114 SGB XI-E

Die Vorschrift des § 114 SGB XI-E regelt unter anderem die Zutrittsbefugnisse der Prüfer zu den einem Wohnrecht der Pflegebedürftigen unterliegenden Teilen eines Pflegeheimes sowie zur Wohnung von Pflegebedürftigen. Sie macht die Zutrittsrechte von der Zustimmung

des Pflegebedürftigen abhängig oder lässt deren Ersetzung durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer zu (§ 114 Abs. 2, 3 oder 5 SGB XI-E). Um sicherzustellen, dass dieses Zustimmungserfordernis in der Praxis nicht missachtet wird, sind in der Rechtsverordnung auch die Anforderungen an die Zustimmung oder deren Ersetzung zu regeln.

Zu Absatz 3

Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass der Sachverstand der beteiligten Fachkreise eingebunden ist. Der Verordnungsgeber wird in seiner Gestaltungsfreiheit durch eine Anhörung rechtlich zwar nicht gebunden; es ist aber im Interesse einer möglichst breiten Akzeptanz der Beratungs- und Prüfverordnung und insbesondere ihrer fachlichen Absicherung erforderlich, die Spitzenverbände der Pflegekassen, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einzubinden. Dabei wird davon ausgegangen, dass auf Leistungserbringerseite die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 80 SGB XI zu beteiligen sind.

Außerdem ist eine Pflicht zur Beteiligung unabhängiger Sachverständiger vorgesehen. Hierdurch wird sichergestellt, dass beim Zustandekommen der Rechtsverordnung Sachverwägungen neutraler Beteiligter in gebotener Umfang Beachtung finden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift hat zum Ziel, dass die bei den Qualitätsprüfungen gewonnenen Erfahrungen im Interesse der Weiterentwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Bundesressort im Abstand von drei Jahren (beginnend mit dem Jahr 2003) in Berichtsform zugänglich gemacht werden. Die Berichtspflichten dienen der Sammlung und Auswertung von Daten, Erfahrungen und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität notwendig oder zweckdienlich sind.

Zu § 119

Die Vorschrift sieht die entsprechende Anwendung der Vorschriften über Heimverträge in zugelassenen Pflegeheimen vor, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet. Nach der Systematik des SGB XI handelt es sich hierbei vor allem um Pflegeheime für Jugendliche, die aus dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes ausdrücklich ausgeschlossen sind. Die Vorschrift ist im Interesse und zum Schutz der jugendlichen pflegebedürftigen Heimbewohner erforderlich, weil über Inhalt und Abschluss von Heimverträgen mit diesem Personenkreis bislang keine Vorschriften existieren.

Zu § 120

Mit der Vorschrift werden (abgesehen vom Zivilrecht) erstmals Vorgaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Träger eines Pflegedienstes und den von ihm betreuten Pflegebedürftigen eingeführt.

Zu Absatz 1

Nach der Systematik des SGB XI besteht ein Anspruch der Pflegebedürftigen gegenüber ihrer Pflegekasse auf die Gewährung von Sachleistungen, zu denen auch die häusliche Pflegehilfe gehört (§ 36 SGB XI). Die Pflegekasse ihrerseits hat gegenüber der jeweiligen zugelassenen ambulanten oder stationären Einrichtung einen Anspruch auf die vertragsgemäße Erbringung der Sachleistungen.

Absatz 1 stellt für den Bereich der häuslichen Pflege klar, dass ein Pflegedienst, der die Betreuung eines Pflegebedürftigen übernimmt, neben seiner Leistungsverpflichtung gegenüber der Pflegekasse zugleich eine „individualrechtliche“ Verpflichtung gegenüber dem Pflegebedürftigen eingeht, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen; allerdings nur entsprechend den vom Pflegebedürftigen in Anspruch genommenen Leistungen. Diese Einschränkung ist erforderlich, weil ein Pflegedienst – anders als ein Pflegeheim – die Betreuung des Pflegebedürftigen nicht „rund um die Uhr“ wahrnimmt, sondern nur die vom Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen erbringt. Diese Beschränkung erfordert andererseits, dass der Pflegedienst bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die zuständige Pflegekasse hiervon in Kenntnis setzt.

Zu Absatz 2

Über die individualvertraglichen Verpflichtungen hat der Pflegedienst mit den Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abzuschließen und ihm und seiner Pflegekasse je ein Exemplar auszuhändigen. Dies ist erforderlich, weil es im Bereich der ambulanten Versorgung vielfach noch keine Selbstverständlichkeit ist, dass Pflegeverträge abgeschlossen werden. Die Regelung schafft im Interesse der Pflegebedürftigen mehr Transparenz; denn sie stellt, wie im Bereich der stationären Versorgung, sicher, dass die Pflegebedürftigen anhand „individualvertraglicher“ Abmachungen mit dem Träger des Pflegedienstes über ihre Rechte und Pflichten hinreichend informiert sind und eine ausreichende Rechtsklarheit auch im Rechtsverhältnis zu dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes besteht. Dabei gilt, dass die vertraglichen Vereinbarungen auf der „kollektivrechtlichen“ Ebene der Pflegeeselbstverwaltung unmittelbar auf die Pflegeverträge einwirken.

Die Kündigungsregelung in Satz 2 ermöglicht eine zunächst probeweise Inanspruchnahme des Pflegedienstes. Sie gibt den Pflegebedürftigen das Recht, innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz fristlos zu kündigen. Es handelt sich nicht um eine Kündigungsfrist, sondern um eine Frist innerhalb derer das Recht zur fristlosen Kündigung wahrgenommen werden kann. Satz 3 stellt klar, dass die Zwei-Wochen-Frist mit Aushändigung des Vertrages zu laufen beginnt, wenn er erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt wird.

Die Vorschrift sieht (wie dargelegt) die Verpflichtung der Pflegedienste zur Weitergabe des Pflegevertrages an die Pflegekassen vor. Im Sachleistungssystem der Pflegeversicherung kommt der Pflegekasse eine Sachwalterfunktion für die Interessen der Pflegebedürftigen zu. Dies wird beispielsweise durch den neuen § 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI-E deutlich. Danach kann die Pflegekasse ihre Versicherten bei

der Verfolgung von Ansprüchen unterstützen. Durch die Vorlageverpflichtung des Pflegevertrages kann die Pflegekasse auch im ambulanten Bereich ihre Sachwalterfunktion wahrnehmen. Sie kann für ihre Versicherten insbesondere prüfen, ob die Pflegeverträge – gemäß der Vorgabe in Absatz 3 und 4 – den Verträgen zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungsträgern entsprechen.

Zu Absatz 3

Die Regelung hat klarstellenden Charakter. Sie schreibt vor, welche Bestandteile der Pflegevertrag wenigstens enthalten muss. Dabei ist zu beachten, dass sich der Inhalt des Pflegevertrages, soweit er Pflegesachleistungen nach dem SGB XI zum Gegenstand hat, ohnehin maßgeblich nach den Verträgen der Pflegeselbstverwaltung auf der „kollektivrechtlichen“ Ebene richtet. Weitergehende, über die Sachleistungen nach dem SGB XI hinausreichende Regelungsinhalte über der Art nach andere Dienstleistungen (z. B. Essen auf Rädern) sind nicht ausgeschlossen.

Zu Absatz 4

Die Regelung stellt klar, dass der Zahlungsanspruch des Pflegedienstes unmittelbar gegen die Pflegekassen zu richten ist. Da die Leistungen der Pflegeversicherung der Höhe nach begrenzt sind, ist die weitere Klarstellung erforderlich, dass für die von den Pflegebedürftigen in Anspruch genommenen Leistungen, die über die leistungsrechtlichen Höchstbeträge der Pflegeversicherung hinausgehen, keine höheren Preise berechnet werden dürfen als mit den Pflegekassen vereinbart. Hierdurch wird ausgeschlossen, dass Pflegedienste zwischen den mit der Pflegekasse und den mit den Pflegebedürftigen abzurechnenden Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu Lasten der Pflegebedürftigen differenzieren können.

Zu Nummer 24 (Zwölftes Kapitel)

Folgeänderung zur Einfügung des neuen Elften Kapitels.

Zu Nummer 25 (§ 121)

Folgeänderung zur Einfügung des neuen Elften Kapitels.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Eine Befristung ist nicht vorgesehen, weil das Gesetz vor allem Struktur- und Verfahrensregelungen enthält, die dauerhaft wirken sollen.

C. Finanzielle Auswirkungen

Für die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Durch die Umsetzung dieses Gesetzes entstehen ebenfalls keine zusätzlichen Kosten im Verwaltungsvollzug.

Für die Einrichtungsträger und die Pflegekassen ist durch die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit einem einmaligen Verwaltungsmehraufwand in der Größenordnung von 10 Mio. DM zu rechnen. Die nachfolgenden Anpassungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen führen zu geringeren Mehrkosten. Dem stehen Minderausgaben der Kostenträger gegenüber. Sie ergeben sich zum einen aus der größeren Transparenz der Pflegesätze, die dadurch erreicht wird, dass die Leistungsbeschreibungen aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen landesweite Pflegeheimvergleiche ermöglichen. Sie bilden die Grundlage für aussagekräftige Leistungs-, Qualitäts-, und Preisvergleiche, die den Wettbewerb der Einrichtungen untereinander fördern. Detaillierte Leistungsbeschreibungen werden zudem zu einer verstärkten Nutzung des Instruments der Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen und Potenziale für eine noch effizientere Leistungserbringung aufdecken. Dies ist erforderlich, weil seit Einführung der Pflegeversicherung Wirtschaftlichkeitsprüfungen praktisch nicht durchgeführt worden sind. Hinzu kommt, dass mit den gesetzlich vorgeschriebenen Instrumenten zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement künftig die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung nachhaltig erhöht wird. Außerdem wird das neue Instrument des Personalabgleichs dazu beitragen, Minder-, Fehl- oder Überbesetzungen aufzudecken und damit ebenfalls die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen zu erhöhen.

Für die regelmäßige Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen entstehen für alle Einrichtungen zusammen jährliche Kosten von etwa 40 Mio. DM, die in die Pflegesätze einkalkuliert werden können. Dabei wird von einem durchschnittlich zweijährigem Nachweisturnus ausgegangen.

D. Preiswirkungsklausel

Gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1999 von rd. 32 Mrd. DM sind die Mehrausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 758. Sitzung am 21. Dezember 2000 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 113 Abs. 3 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 23 sind in § 113 Abs. 3 Satz 3 die Wörter „für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Landesbehörde (Heimaufsichtsbehörde)“ durch die Wörter „nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde)“ zu ersetzen.

Begründung

Nach § 113 Abs. 3 Satz 3 ist vorgesehen, eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises auch der für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Landesbehörde (Heimaufsichtsbehörde) zuzuleiten. Nach Landesrecht ist es jedoch möglich, die Aufgaben nach dem Heimgesetz anderen als Landesbehörden zu übertragen. Das ist z. B. in Niedersachsen auch der Fall (Kommunen sind für Altenpflegeheime zuständig).

2. Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 117 Abs. 4 Satz 2 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 23 ist an § 117 Abs. 4 folgender Satz anzufügen:

„§ 115 Abs. 1 Satz 1 und 2 bleiben hiervon unberührt.“

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung. Soweit Erkenntnisse aus Prüfungen von Pflegeheimen vom Medizini-

schen Dienst der Krankenversicherung oder von sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI durchführen, zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind, sind sie der zuständigen Heimaufsichtsbehörde unverzüglich mitzuteilen. Hiervon bleibt der Grundsatz des § 115 Abs. 1 SGB XI-E unberührt, wonach der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen und die sonstigen Qualitätsprüfer nach dem SGB XI das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den zuständigen Heimaufsichtsbehörden zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben mitzuteilen haben.

3. Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 118 Abs. 4 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nr. 23 sind in § 118 Abs. 4 Satz 2 nach den Wörtern „und dem Bundesministerium für Gesundheit“ die Wörter „und den zuständigen Landesministerien“ einzufügen.

Begründung

Die gemäß § 118 Abs. 4 zu fertigenden Berichte im Rahmen der Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung dürfen nicht nur dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen sowie dem BMG vorgelegt werden, sondern sind ebenfalls den Ländern als wesentlichen Kostenträgern zuzuleiten.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Nummer 1 (Artikel 1 Nr. 23, § 113 Abs. 3 Satz 3 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 2 (Artikel 1 Nr. 23, § 117 Abs. 4 Satz 2 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 3 (Artikel 1 Nr. 23, § 118 Abs. 4 Satz 2 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Die Änderung muß jedoch wie folgt lauten:

„In Artikel 1 Nr. 23 sind in § 118 Abs. 4 Satz 2 nach den Wörtern „Spitzenverbänden der Pflegekassen“ das Wort „und“ durch ein Komma zu ersetzen und nach den Wörtern „dem Bundesministerium für Gesundheit“ die Wörter „und den zuständigen Länderministerien“ einzufügen.“

