



**Forderungen des Paritätischen an
die Pflegepolitik und
die Reform der Pflegeversicherung**

Forderungen des Paritätischen an die Pflegepolitik und die Reform der Pflegeversicherung

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

- Erhöhung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sowie deren flexiblere Gestaltung.
- Verstärkung der Präventions- und Rehabilitationsorientierung bei pflegerischer und medizinischer Versorgung.
- Umfassende und kompetente Beratung über mögliche formelle und informelle Hilfen.
- Erhöhung der Sachleistungen für Kurzzeitpflege.
- Erleichterte Inanspruchnahme der Verhinderungspflege.
- Unbürokratische Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegeeinstufung.
- Fortzahlung Pflegegeld bei ambulanter Pflege sowie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.
- Übernahme der Kosten für die Beförderung von und zu Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Pflege- bzw. Krankenkassen.
- Bezahlung kurzzeitige Arbeitsverhinderung pflegender Angehöriger bei akut auftretenden Pflegesituationen.
- Finanzielle Absicherung bei Inanspruchnahme von Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit.
- Möglichkeit mehrmaliger Inanspruchnahme von Pflegezeit für einen Pflegebedürftigen.
- Öffnung Pflegekurse für alle Pflegepersonen.

Mehr Zeit in der Pflege

- Flexibilisierung der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung.
- Uneingeschränkte Anrechnung der Pflegesachleistungen beim trägerübergreifenden persönlichen Budget.
- Verbesserung der Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen.
- Bundeseinheitliches Personalbedarfsbemessungssystem für die stationäre Pflege.

Angemessene Vergütung der Pflegeleistungen

- Angemessene Vergütung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.
- Angemessene Vergütung der ambulanten Leistungen.
- Konkretisierung der Regelung zum „Poolen“ von Leistungen in der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen.

Präzisierung des § 19 Abs. 6 SGB XII zur Sonderrechtsnachfolge zur Sicherstellung einer verlässlichen und schnellen Hilfe durch Dritte für Menschen auch in ihrer Häuslichkeit.

Konkretisierung der Regelungen zu den Gesamtversorgungsverträgen.

Festschreibung der kalkulatorischen Auslastung von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeeinrichtungen auf 80 Prozent.

Qualitätsmanagement und unabhängige Prüfungen

Neudefinition der externen Qualitätssicherung.

Konkretisierung der Voraussetzungen für die Anerkennung von Fachkräften.

Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen von Pflegeeinrichtungen.

Die notwendige Neuordnung der Pflegefinanzierung

Ausbau der Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung.

Einschränkung des in § 70 SGB XI normierten Vorrangs der Beitragssatzstabilität.

Realisierung des Anspruchs auf Behandlungspflege in stationären Einrichtungen.

Realisierung des Anspruchs von Hilfsmitteln in stationären Einrichtungen.

Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von der Wohnform und dem Ort der Leistungserbringung.

Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung.

Reform der Pflegeausbildung einschließlich Finanzierung

Ärztliche Versorgung

Haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und immobilen PatientInnen in ihrer Häuslichkeit.

Einbindung der Pflege bei der flächendeckenden bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung.

Delegation ärztlicher Leistungen.

Schließung der ambulanten Versorgungslücke.

Entbürokratisierung in der Pflege

Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung für Versicherte.

Pflegesatzverhandlungen, Vergütungsregelungen, Versorgungsverträge etc.

Dokumentationspflichten.

Leistungsabrechnungen.

Forderungen des Paritätischen an die Pflegepolitik und die Reform der Pflegeversicherung

Schon 2011 sollte laut des damaligen Gesundheitsministers Dr. Philipp Rösler das „Jahr der Pflege“ werden. Doch erst jetzt, fast drei Jahre nachdem der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seine umfassenden Empfehlungen zur Umsetzung einer Pflegereform vorgelegt hat, liegt ein Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ vor. Statt, wie von allen Experten einhellig gefordert, endlich einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen, der den tatsächlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf realitätsgerecht abbildet, verliert sich der vorliegende Gesetzesentwurf einmal mehr in punktuellen Einzelverbesserungen, die an sich nicht verkehrt sein mögen, in der Summe jedoch lange nicht ausreichend sind. Vielmehr steht zu befürchten, dass die in Aussicht gestellte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einem späteren Zeitpunkt deutlich erschwert wird, wenn die Bundesregierung den Weg geht, der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eingeschlagen wird. Vorgesehen ist eine Ausweitung von Leistungen – für einen fest eingeschränkten Personenkreis. So richtig und wichtig die angekündigten Verbesserungen für Menschen mit Demenz und eingeschränkter Alltagskompetenz, die bisher weitestgehend durch das Netz der Pflegeversicherung fielen, sind: Diese Maßnahmen ersetzen nicht die grundlegende Strukturreform, auf die wir seit Jahren warten. Um auch in Zukunft eine würdige Pflege für alle Menschen garantieren zu können, bedarf es der sofortigen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer nachhaltigen Reform der Pflegefinanzierung. Um ein Bild zu benutzen: Wer ein Haus bauen will, kann nicht mit dem Balkon anfangen, nur weil er für den Rest das Geld noch nicht zusammen hat.

Die in dem „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ formulierten Zielstellungen der Bundesregierung weisen den richtigen Weg. Mit den bisher geplanten Maßnahmen wird die Bundesregierung ihren eigenen Ansprüchen jedoch nicht gerecht:

- Die Bundesregierung will u. a. die Pflegebereitschaft von Angehörigen und von den Pflegebedürftigen nahe stehenden Personen erhalten bzw. stärken. In dem Referentenentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes werden hierfür u. a. Maßnahmen wie die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme, der Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, die gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzeit- bzw. Verhinderungspflege oder die Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen realisiert. An dem grundsätzlichen Dilemma, dass es nach wie vor keinen Rechtsanspruch auf eine Familienpflegezeit gibt und erwerbstätige pflegende Angehörige in dem Spagat zwischen Beruf und Pflege weitestgehend allein gelassen und vom Wohlwollen ihres Arbeitgebers abhängig sind, ändert das nichts.
- Die Bundesregierung will die Pflegeversicherung einer soliden und nachhaltigen Finanzierung zuführen. Die nunmehr vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte gewährleistet jedoch lediglich die Finanzierung der geplanten Leistungsverbesserungen bis in das Jahr 2015. Die Fortschreibung der Dynamisierung der Leistungen ab 2014 wird außen vor gelassen. Auch der Plan der Bundesregierung, darüber hinaus in einem gesonderten Gesetz durch eine zusätzliche, aus Steuermitteln geförderte Eigenvorsorge das Risiko der Pflegebedürftigkeit weiter zu privatisieren, kann aus

Sicht des Paritätischen keine adäquate Lösungsoption darstellen. Mit der Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle würde die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass es kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten käme.

- Nicht zuletzt will die Bundesregierung laut Gesetzesentwurf die Attraktivität der pflegerischen Berufe steigern. Ein „Großteil der in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen“ diene auch „dieser Zielstellung“, heißt es in der Gesetzesbegründung. Faktisch wird beispielsweise die vorgeschlagene Herauslösung der Betreuung aus der Tätigkeit der Pflege in neu geschaffene so genannte Betreuungsdienste im ambulanten Bereich zu einer weiteren Reduzierung der Anforderungen und damit der Attraktivität des Berufes Pflege führen. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in der Pflege entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die vertikale Durchlässigkeit verbessert werden. Die für Ende 2011 avisierten Eckpunkte eines Berufsgesetzes zur Zusammenführung der Ausbildungen in den unterschiedlichen Pflegeberufen stehen jedoch nach wie vor aus.

Kurz: Der große Wurf ist das (noch) nicht. Aus Sicht des Paritätischen muss der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgehend in der Pflegeversicherung umgesetzt werden. Zur nachhaltigen Finanzierung fordert der Paritätische den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung. Die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen muss dabei im Mittelpunkt stehen. Gleichzeitig dürfen aber auch die Einrichtungen und die Beschäftigten, die eine professionelle Pflege und Versorgung sicherstellen und tagtäglich Außerordentliches leisten, nicht aus dem Blick geraten. Eine Gesellschaft, die eine gute Pflege für alle Menschen will, muss auch die Rahmenbedingungen entsprechend gestalten.

Für den Paritätischen ist klar: Für eine gelungene Pflegereform, die den Namen verdient, wird es darauf ankommen, nicht nur mutig im Großen, sondern auch sorgfältig in den Details zu sein. Nachdem der Paritätische im Juni 2011 mit den „Paritätischen Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation“¹ zwölf grundlegende Säulen für eine umfassende Pflegereform formuliert hat, unterbreiten wir daher mit den vorliegenden Forderungen konkrete Lösungsvorschläge für die inhaltliche Gestaltung einer Pflegereform im Detail.

Mit den „Forderungen des Paritätischen an die Pflegepolitik und die Reform der Pflegeversicherung“ wollen wir uns in das aktuelle Gesetzgebungsverfahren und die Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung aktiv einbringen. In der Ausarbeitung konkretisieren wir unsere Empfehlungen und greifen auch Anregungen aus der aktuellen Diskussion um kurzfristig notwendige Veränderungen der Pflegeversicherung auf. Ebenfalls dargelegt werden notwendige pflegepolitische Reformoptionen, die über den Bereich der Pflegeversicherung hinausgehen, d.h. die Bereiche Gesetzliche Krankenversicherung, Sozialhilfe, Pflegezeit- und Familienpflegezeit berühren. Da sich eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zusätzlich an den Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung messen lassen muss, werden auch hierzu Reformforderungen formuliert. Zum besseren Verständnis der Forderungen und Lösungsvorschläge ist diesen in der Regel eine differenzierte Darstellung der aus Sicht des Paritätischen gegebenen Problemlagen vorangestellt.

¹ Die Paritätischen Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation (Juni 2011) finden Sie im Internet unter: http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/broschuere_pflege_A5_Juni2011_web.pdf

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht sich auf die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Mobilität, kognitive Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. **Im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind aus Sicht des Paritätischen u. a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:**

- Zur Erhebung der Einschränkungen der Selbstständigkeit einschließlich der Einschränkungen der Alltagskompetenz ist das Neue Begutachtungsinstrument (NBA) einzusetzen. Die Objektivität und Zuverlässigkeit bei der Messung der Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen. Der sich im Bericht des Beirates darstellende Optimierungs- bzw. Nachbesserungsbedarf insbesondere bei den Modulen drei, fünf und sieben sowie bei besonderen Bedarfskonstellationen, darüber hinaus hinsichtlich der Anwendbarkeit bei Kindern und zur Aussagekraft zum Rehabilitationsbedarf, ist im Rahmen der Einführung des NBA zu berücksichtigen.
- Dem Vorschlag des Beirates der Unterteilung in fünf Bedarfsgrade von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit über erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bis hin zur schwersten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit einhergehend mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung ist zu folgen.
- Der Bedarfsgrad 1 ist mit Sach- bzw. Geldleistungen zu hinterlegen. Ein ausschließlicher Anspruch auf Pflegeberatung, häusliche Beratungseinsätze, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, auf Pflegehilfsmittel, Pflegekurse und ein beschleunigtes Rehabilitationsverfahren wird dem Bedarf der Betroffenen nicht gerecht.
- Die Leistungsverbesserungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nach §§ 45a ff und § 87b SGB XI für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind zu erhalten und auszubauen. Hinter diese Reform darf auch die Neukonstruktion eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht zurückfallen. Für den Erhalt spricht vor allem auch der erhebliche Zugewinn an Unterstützung und Lebensqualität für die Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, ohne dass dies für diese mit einer höheren finanziellen Belastung verbunden wäre.
- Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff darf nicht dazu führen, dass der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege eingeschränkt wird. Insofern muss seitens des Gesetzgebers in der gesetzlichen Regelung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff klargestellt werden, dass Leistungen nach dem § 37 SGB V unberührt bleiben.
- Es muss gewährleistet werden, dass die Leistungen der Pflegeversicherung weiterhin den Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung berücksichtigen bzw. diese Leistungsbestandteile der Pflegeversicherung bleiben.
- Die gesetzlichen Regelungen des § 62 SGB XII (Bindungswirkung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI) und des § 61 Abs. 1 SGB XII (Gewährung von Hilfe zur Pflege auch kranken und behinderten Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, einen geringeren Bedarf als nach § 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XII haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen bedürfen) müssen auch nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erhalten bleiben.
- Sachleistungen der Pflegeversicherung sind je nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Finanzierung der Behandlungspflege nach SGB V in einheitlicher Höhe auf dem Niveau des stationären Sachleistungsbetrages unabhängig von der Versorgungsform zu

gewähren. Die Entscheidung über die Verwendung des Sachleistungsvolumens für ambulante, teil- oder vollstationäre Hilfen sollte in der Hand des Pflegebedürftigen selbst liegen.

- Mit einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff werden neue Leistungsansprüche für die Versicherten beschrieben. Die Leistungen müssen dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen. Bei der leistungsrechtlichen Ausgestaltung ist der Vorrang der ambulanten Pflege und Betreuung zu erhalten. In den Versorgungsverträgen sind diese Leistungsansprüche aufgreifend neue Leistungsmerkmale zu definieren und in den Vergütungsvereinbarungen entsprechend zu berücksichtigen (Flexibilisierung ambulanter Leistungen).
- Menschen mit Behinderung ist ein voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu gewähren, der § 43a SGB XI ist abzuschaffen.
- Der Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe auch für behinderte pflegebedürftige Menschen muss sichergestellt werden, Pflege- und Teilhabeleistungen müssen in einem integrierten Gesamtkonzept aufgehen. Die Leistungen der Teilhabe im Rahmen der Pflegeversicherung berühren nicht Ansprüche der Eingliederungshilfe, d. h. die Eingliederungshilfe nach §§ 53 und 54 SGB XII muss gleichrangig (§ 13 SGB XI) neben der Pflegeversicherung bestehen bleiben.
- Es dürfen keine neuen Zugangshürden für Menschen mit Behinderung, insbesondere mit komplexen Unterstützungsleistungen, aufgebaut werden.
- Pflegeleistungen müssen für Menschen mit Behinderung flexibel einsetzbar sein. Die Möglichkeit des Einsatzes des Sachleistungsbetrages als Geldbetrag im Rahmen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets nach dem SGB XII ist zu ermöglichen. Der Verwaltungsaufwand ist zu vereinfachen, eine vereinfachte Inanspruchnahme von Leistungen (Qualitätsvorgaben, Fachkräfte) zu gewährleisten.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der notwendigen Änderungen des Leistungsrechts werden überschlägig zu Mehrkosten von 4 Mrd. bis 5 Mrd. Euro pro Jahr führen. Die Pflegeversicherung ist von daher mit zusätzlichen Finanzmitteln auszustatten. Der Paritätische spricht sich für den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung aus.

Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Erhöhung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sowie deren flexiblere Gestaltung.

Nach § 40 Abs. 4 SGB XI können Pflegekassen subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (z. B. technische Hilfen im Haushalt) gewähren, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Der Leistungsanspruch beträgt seit 1995 unverändert 2.557 Euro. Nicht nur alleine aufgrund des Kaufkraftverlustes, sondern auch aufgrund von Weiterentwicklungen und damit zunehmender Verteuerung der technischen Hilfsmittel erhält der Pflegebedürftige immer weniger Leistungen.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Erhöhung des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf 5.000 Euro.

Erweiterung der Verwendungsmöglichkeit des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf Maßnahmen des Ambient Assisted Living (AAL).

Eröffnung der Möglichkeit, die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 Abs. 4 SGB XI zusammenlegen zu können, vorausgesetzt die Maßnahmen kommen mehreren Pflegebedürftigen zugute.

Verstärkung der Präventions- und Rehabilitationsorientierung bei pflegerischer und medizinischer Versorgung.

Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, müssen die gesetzlich verankerten Ziele in den bestehenden Regelungen der §§ 18 Abs. 6 sowie 31 und 32 SGB XI, Prävention und Rehabilitation Vorrang zu gewähren, nachhaltig verbessert werden. Rehabilitative Leistungen wie die der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V), aber auch die Frührehabilitation, haben für die Pflegeverringerung eine große Bedeutung. Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation ist für Erwerbstätige vorrangig die Gesetzliche Rentenversicherung. Leistungen der medizinischen Rehabilitation für nicht (mehr) Erwerbstätige, also auch ältere Menschen, werden vorrangig durch die Gesetzliche Krankenversicherung erbracht sowie – nachrangig für nicht krankenversicherte Personen – durch den Träger der Sozialhilfe.

Für ältere Menschen hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation die größte Bedeutung, da bei bereits relativ geringfügigen zusätzlichen Gesundheitsstörungen signifikante Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit drohen, die auch das Risiko eines Umzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung erhöhen. Primäres Rehabilitationsziel für ältere Menschen ist die Erreichung einer maximalen Selbstständigkeit im Sinne einer Anpassung an die Umwelt. Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit bedeutet daher auch einen Perspektivwechsel weg von einer ausschließlichen Fokussierung auf Körper- und Funktionsstörungen und hin zu den Teilhabechancen der betroffenen pflegebedürftigen Menschen. Bei älteren Menschen geht es hier vorrangig um den Erhalt oder die Steigerung der Autonomie und der selbstständigen Lebensführung.

Trotz des gesetzlich festgelegten Vorrangs ambulanter Leistungserbringung findet die medizinische Rehabilitation immer noch vorrangig im stationären Bereich statt. Für ältere Menschen hat

die mobile (geriatriische) Rehabilitation, auf die seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Rechtsanspruch besteht, eine besondere Bedeutung. Mobile Rehabilitation ist nach dem Gesetzeswortlaut zu leisten, wenn dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist (§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB V). Gegenwärtig fehlt es insbesondere an einem hinreichenden Angebot zur ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen (durch ein ärztlich geleitetes, interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung der PatientInnen); der Ausbau erfolgt nur schleppend.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Der MDK ist im Rahmen der Pflegebegutachtung verpflichtet, Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 18 Abs. 1 S. 3 SGB XI). Allerdings bedarf die Nichtempfehlung einer Rehabilitation keiner Begründung. Das Antragsverfahren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird von den VertragsärztInnen als aufwendig empfunden. Nicht bewährt hat sich hier insbesondere das mehrstufige Verfahren (Antrag auf Zuständigkeitsklärung und Antrag auf Rehabilitation i.e.S.), das die Verwendung zweier relativ ähnlicher und aufwendig auszufüllender Formulare (Muster 60 und Muster 61) beinhaltet. Bei der Pflegebegutachtung ist der MDK zu verpflichten, die Nichtempfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme zu begründen. Zum Abbau bürokratischer Hürden ist es notwendig, das zweistufige Antragsverfahren so weiterzuentwickeln, dass es nur noch eine Stufe hat und Doppeltangaben (z. B. in den Formularen 60 und 61) vermieden werden.

Rehabilitationsleistungen sollten vorrangig ambulant (insbesondere mit Blick auf den Personenkreis mobil in der eigenen Häuslichkeit) oder stationär erbracht werden; sie sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen (§ 40 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Der Anspruch auf mobile Rehabilitation ist in § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V dahingehend zu konkretisieren, dass diese Form der Leistungserbringung immer dann zu gewährleisten ist, wenn sie einen größeren Rehabilitationserfolg (auch bezogen auf geriatriische Rehabilitationsziele, also auch einen verbesserten Autonomieerhalt und dauerhafte Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit) verspricht, als die ambulante oder stationäre Rehabilitation.

Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer, sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten.

Um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, zu verhindern, bietet die Kurzzeitpflege als Zwischenglied zwischen Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung und Häuslichkeit ein besonders großes Potenzial. In ihr und in der teilstationären Pflege liegen auch weitere Potenziale für die Verringerung von Pflegebedürftigkeit, die gegenwärtig nicht hinreichend genutzt werden. Die Kurzzeitpflege, die als Übergangsversorgung eine große Bedeutung hat, ebenso wie die teilstationäre Pflege sind weiter auszubauen. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Pflege, insbesondere auch in der Kurzzeitpflege/teilstationären Pflege, sind z. B. durch Anreize zur konzeptionellen Weiterentwicklung zu stärken. Notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen bei den betroffenen Personenkreisen in enger Kooperation mit Pflegeeinrichtungen und -diensten erbracht werden (z. B. Langzeitrehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch rehabilitative Kurzzeitpflege). Entsprechend ist Einrichtungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz der Zugang als Vertragspartner für die medizinische Rehabilitation nach dem Krankenversicherungsgesetz und damit als

Vertragspartner der Krankenversicherung auch außerhalb der Integrierten Versorgung zu ermöglichen.

Umfassende und kompetente Beratung über mögliche formelle und informelle Hilfen.

Angehörige tragen einen wesentlichen Anteil bei der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Nur durch den tagtäglichen Einsatz pflegender Angehöriger ist es möglich, dass der Wunsch der meisten pflegebedürftigen Menschen, trotz der persönlichen Einschränkungen weiter zu Hause leben zu können, erfüllbar ist. Pflegende Angehörige bedürfen fördernder und unterstützender Rahmenbedingungen, um den sich aus der Pflegesituation ergebenden Belastungen gewachsen zu sein. Hierzu gehören insbesondere auch Beratungsleistungen über mögliche formelle und informelle Hilfen. Das derzeitige Beratungsangebot deckt nicht die individuellen Bedürfnisse pflegender Angehöriger.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Grundsätzlich ist bei jedem Antrag auf eine Pflegestufe, unabhängig von dem Ergebnis, eine umfassende und kompetente Beratung indiziert. Sofern über den Erstkontakt hinaus weiterer Beratungsbedarf besteht, sollte eine Beratung in regelmäßigen Abständen erfolgen. Darüber hinaus ergibt sich regelmäßig Beratungsbedarf bei Änderungen in der pflegerischen Situation. Dies sollte entsprechend gesetzlich verankert werden, ggf. sollte die Beratung auch aufsuchend erfolgen. Beratungsangebote müssen immer die Möglichkeit einer Wahl für den pflegenden Angehörigen belassen, insofern sollten Beratungsangebote unterschiedlicher Ansprechpartner parallel aufgebaut werden. Damit besteht für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Beratungsangebote. Prinzipiell sollte es eine Möglichkeit einer qualifizierten Beratung geben. Diese Beratungsleistungen können sowohl von den Pflegekassen (§ 7a SGB XI), aber auch von den Ländern bzw. Kommunen oder den Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI durchgeführt werden. Beispielhaft sei hier auf die sehr positiven Erfahrungen aus dem Projekt EDE I verwiesen. Die Beratungsleistungen der Pflegedienste bedürfen einer entsprechenden Refinanzierung.

Erhöhung der Sachleistungen für Kurzzeitpflege.

Pflegende Angehörige sind dringend auf Entlastung und Urlaub zur weiteren Übernahme der Pflege angewiesen. Neben den Kosten für die eigene Erholungsmaßnahme bleiben, anders als bei der vollstationären Pflege, die Kosten für die eigene Häuslichkeit des Pflegebedürftigen auch bei einem Kurzzeitpflegeaufenthalt bestehen. Hinzu kommen die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung, investitionsbedingte Aufwendungen sowie nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckte Pflegekosten. In der Regel wird der Höchstleistungsbetrag durch die Pflegekassen für jeden Tag in der Kurzzeitpflege zu einem Anteil von 1/28 ausgezahlt. Nimmt der Pflegebedürftige nur 21 Tage in Anspruch, so wird der Leistungsanspruch durch die Pflegekassen auf 21/28 bzw. auf 1.162,49 € von 1.550 € (ab 1.1.2012) beschränkt. Allein die Zuzahlung aus Eigenmitteln kann bei einem 28-tägigen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege schnell die Grenze von 1.500 Euro überschreiten. Die dringend erforderliche Entlastung wird damit für viele Angehörige zum finanziellen Kraftakt.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Entgegen der Regelungen des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege das Entgelt für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreu-

ung und die investitionsbedingten Aufwendungen bis zum Leistungshöchstbetrag. Der Leistungsbetrag wird auf 1.800 Euro im Jahr angehoben. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sind von der Krankenversicherung zu tragen.

Zugleich haben Pflegebedürftige das Recht, den Leistungshöchstbetrag auch bei weniger als 28 Tagen Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege voll umfänglich für die genannten Leistungsbestandteile des Entgeltes einzusetzen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Differenz zur tatsächlichen Kostenhöhe (abhängig von Pflegestufe und Verweildauer in der Kurzzeitpflege) verbleiben beim Pflegebedürftigen.

Erleichterte Inanspruchnahme der Verhinderungspflege.

Für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege ist nach § 39 SGB XI Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass pflegende Angehörige bereits vor der Feststellung einer Pflegestufe pflegerische Tätigkeiten übernehmen. In der Regel liegt bei „einsetzender Pflegebedürftigkeit“ der Pflegeaufwand zunächst unterhalb des zeitlichen Umfangs der Pflegestufe I, darüber hinaus besteht in diesen Fällen oftmals ein nicht unerheblicher Aufwand an Betreuungsleistungen insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. bei dementiell erkrankten Menschen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Die Karenz von sechs Monaten vor Inanspruchnahme von Verhinderungspflege ist zu streichen.

Unbürokratische Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegeeinstufung.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wissen bei Anmeldung bzw. bei Antritt der Kurzzeitpflege nicht, welche finanziellen Belastungen auf sie zukommen wenn die Pflegeeinstufung nicht zuvor erfolgt ist. Dies führt in einigen Fällen zu Ablehnungen des Aufnahmebegehrens von Seiten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen. In anderen Fällen müssen die Einrichtungen bei einer vorläufigen Mindereinstufung häufig in erheblichem Umfang personelle Mehrleistungen erbringen, die zu Lasten der anderen Pflegebedürftigen gehen. Diese Mindereinstufung erfolgt in Absprache mit den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen zur Minimierung der Eigenleistung. Bei einer selbst eingeschätzten realistischen Einstufung kann es zu einer höheren Zuzahlung der Pflegebedürftigen kommen, die ggf. nach angepasstem Personaleinsatz bei einer niedrigeren Pflegeeinstufung durch den MDK von der Pflegeeinrichtung erstattet werden muss. Die Pflegeeinrichtung erhält in diesem Falle keine Erstattung des erbrachten höheren Personaleinsatzes.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in § 18 SGB XI ist wie folgt zu ändern: Entsprechend der Regelung in Sachsen-Anhalt wird jeder noch nicht eingestufte Interessent einer Kurzzeitpflege vom MDK innerhalb von 24 Stunden auf die Notwendigkeit eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes hin überprüft. Mit dieser Bescheinigung über die Bedürftigkeit auf Kurzzeitpflege wird ihm für die Zeit des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege vorläufig die Pflegestufe II zuerkannt. Ungeachtet einer späteren anderen Einstufung durch den MDK besteht für den Pflegebedürftigen und die betreuende Kurzzeitpflegeeinrichtung eine Sicherstellung der Leistungen der Pflegeklasse II für den gesamten Aufenthaltszeitraum.

□ Fortzahlung Pflegegeld bei ambulanter Pflege sowie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

Pflegepersonen haben regelmäßig ihre eigene Berufstätigkeit zurückgefahren bzw. eingestellt, um die Pflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen leisten bzw. bewältigen zu können. Das Pflegegeld stellt hier einen, wenn auch geringen Ausgleich der entgangenen Einkünfte dar. Sofern Pflegebedürftige Leistungen der ambulanten Pflege bzw. der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, wird die Zahlung des Pflegegeldes gekürzt bzw. ausgesetzt. Dies hat zur Folge, dass die Pflegeperson grundsätzlich eine Entlastung bei der Pflege erfährt, dafür aber in Kauf nehmen muss, dass ihr über den Zeitraum das Pflegegeld nur teilweise oder gar nicht zu Verfügung steht. Die dringend erforderliche Entlastung wird damit für viele Angehörige zum finanziellen Kraftakt.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Als Anreiz zur Nutzung der Angebote der ambulanten Pflege wird ein Verzicht auf Minderung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung bei gleichzeitigem Bezug von Leistungen ambulanter Pflege vorgeschlagen.

Das Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI wird bei Verhinderungspflege und während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege ungekürzt weiter ausgezahlt.

Darüber hinaus ist die Möglichkeit, Verhinderungspflege in Form von stundenweiser Entlastung i. S. einer zeitweisen Vertretung in Anspruch zu nehmen, gesetzlich festzuschreiben.

□ Übernahme der Kosten für die Beförderung von und zu Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Pflege- bzw. Krankenkassen.

Die Spannweite des Fahrdiensts der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen muss einen Bedarf von aufwändigen Treppenhilfen für Rollstuhlfahrer bis hin zu „einfachen Personentransporten von A nach B und zurück“ abdecken. Einrichtungs- oder landesspezifische „Pauschalpreiskalkulationen“ bilden diese Unterschiedlichkeit des Bedarfs nur unvollkommen ab. Ferner sind mit der Zeit Förderprogramme oder die Möglichkeit des Einsatzes von Zivildienstleistenden entfallen. Pflegekassen übernehmen i.d.R. im Rahmen der Sachleistungsbeträge die Fahrtkosten. Wenn der monatliche Sachkostenbeitrag ausgeschöpft ist, sind die Fahrtkosten von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Dies betrifft insbesondere Tages- und Nachtpflege Gäste, die z. B. einen individuell angepassten Rollstuhl benötigen und nicht umgesetzt werden können. Von der Krankenkasse zugelassene Anbieter berechnen die Hin- und Rückfahrt für Krankentransportfahrten (sitzend im Rollstuhl) mit Treppensteiger bis zu 70,00 Euro. Dies übersteigt bereits die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in den Tagespflegeeinrichtungen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Es bedarf einer gesetzlichen Regelung, welche sicherstellt, dass für Pflegebedürftige mit entsprechenden krankheitsbedingten Einschränkungen die über die Kosten für einen einfachen Personentransport von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück hin- ausgehenden Kosten von der Pflege- ggf. auch Krankenkasse ohne Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag übernommen werden.

□ **Bezahlung kurzzeitige Arbeitsverhinderung pflegender Angehöriger bei akut auftretenden Pflegesituationen.**

Nach § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Diese Möglichkeit trägt dazu bei, die Situation für die Angehörigen zu erleichtern, aber nicht jeder Angehörige kann sich die unbezahlte Freistellung leisten.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung bei akut auftretenden Pflegesituationen sowie für die Begleitung eines sterbenden Angehörigen ist eine Lohnersatzleistung in Analogie zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes in das SGB XI aufzunehmen.

□ **Finanzielle Absicherung bei Inanspruchnahme von Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit.**

Grundsätzlich leisten die mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz gesetzten Möglichkeiten einer teilweise oder vollständigen unbezahlten Freistellung von bis zu sechs Monaten (§ 3 PflegeZG) bzw. einer förderfähigen Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit von Beschäftigten bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden für die Dauer von längstens 24 Monaten zur häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen bei gleichzeitiger Aufstockung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber (§ 3 FamPflegeZG) einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung. Beide gesetzliche Regelungen greifen aber aus Sicht des Paritätischen zu kurz.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Schon bei Einführung der Pflegezeit hat der Paritätische ausreichende finanzielle Unterstützungen für die Pflegenden während der Inanspruchnahme gefordert. Dies ist auch weiterhin für die Pflegezeit nach § 3 PflegeZG erforderlich.

Bezogen auf die Familienpflegezeit bedarf es aus Sicht des Paritätischen eines Rechtsanspruches auf eine Familienpflegezeit mit Lohnersatzleistung. Der Paritätische hatte im September 2011 mit dem „Paritätischen Konzept für ein Familienpflegegeld“ einen entsprechenden Vorschlag zur Absicherung der Pflege vorgelegt. Das vom Paritätischen vorgeschlagene Familienpflegegeld orientiert sich am bestehenden Elterngeld und knüpft damit bewusst an bestehende sozialstaatliche Strukturen an.

Unabhängig davon sind sowohl im Rahmen der Pflegezeit als auch im Rahmen der Familienpflegezeit die Rentenansprüche für pflegende Angehörige in Analogie zur Elternzeit zu gestalten.

□ **Möglichkeit mehrmaliger Inanspruchnahme von Pflegezeit für einen Pflegebedürftigen.**

Das Bundesarbeitsgericht hat am 15.11.2011 im ersten Verfahren zum Pflegezeitgesetz über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeit entschieden. In dem Verfahren ging es um die Möglichkeit der mehrmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit für einen Pflegebedürftigen. Umstritten war, ob nach Inanspruchnahme unbezahlter Pflegezeit unterhalb der Höchstdauer von sechs Monaten, ein Restanspruch erhalten bleibt. In seinem Urteil vom 15.11.2011 (Az. 9 ARZ 348/10) schließt das Bundesarbeitsgericht (BAG) diese Möglichkeit aus. § 3 Abs. 1 PflegeZG gäbe dem Arbeitnehmer ein einmaliges Gestaltungsrecht, das er durch die Erklärung gegenüber

dem Arbeitgeber, Pflegezeit zu nehmen, ausübt. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit sei dieses Recht erloschen, so das Bundesarbeitsgericht. Dies gelte selbst dann, wenn die genommene Pflegezeit die Höchstdauer von sechs Monaten unterschreitet. Flexibilität stellt für pflegende Angehörige ein hohes Gut dar, um auf sich ändernde Pflegesituationen reagieren zu können.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Verankerung der Möglichkeit einer mehrmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit innerhalb der Höchstdauer von sechs Monaten im Pflegezeitgesetz.

Öffnung Pflegekurse für alle Pflegepersonen.

Aktuell haben ausschließlich Angehörige von Pflegebedürftigen und ehrenamtliche Helfer, die an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessiert sind, Anspruch auf unentgeltliche Pflegekurse. Auch beschränken sich die Inhalte der Pflegekurse auf die Vermittlung von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege. Dies erscheint auch mit Blick auf die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu kurz gegriffen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Zur Stärkung der häuslichen Pflege sollte auf die Engführung der Pflegekurse auf die Pflege im Sinne der Verrichtungen verzichtet sowie der Anspruch auf alle Pflegepersonen ausgeweitet werden.

Mehr Zeit in der Pflege

Flexibilisierung der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung ist durch klar vorgegebene Strukturen gekennzeichnet, differenzierte Lebenslagen lassen sich nur bedingt abbilden. Auch da wo gesetzlich prinzipiell eine Möglichkeit der Differenzierung besteht, wird diese ggf. nicht umgesetzt. So sehen die in § 89 SGB XI festgeschriebenen Grundsätze für die Vergütungsregelung der ambulanten Pflegeleistungen grundsätzlich die Möglichkeit einer differenzierten Vergütung der Pflegeleistungen nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes (Komplexleistungen), in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen vor. In der Umsetzung der Regelungen durch die Vertragspartner hat allerdings eine Verengung der Form der Vergütung auf Komplexleistungen stattgefunden. Damit können die Pflegebedürftigen ihr prinzipielles Wahlrecht nicht ausüben. Auch wird die Verengung der ambulanten Sachleistung auf Leistungskomplexe der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung den individuellen Bedarfen pflegebedürftiger Menschen in ihrer ganz eigenen individuellen Pflegesituation nicht gerecht.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Öffnung der Leistungen bei häuslicher Pflege für weitere Leistungsgegenstände: Neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45b SGB XI sind die Sachleistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI um Leistungen der Betreuung, Begleitung und Anleitung zu ergänzen. Damit erhalten die Pflegebedürftigen die Entscheidungshoheit darüber, ob sie aus dem Sachleistungsanspruch Leistungen der Grundpflege, der Hauswirtschaft oder der Betreuung in Anspruch nehmen wollen. Unabhängig davon ist der Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI zu erhalten. Für den Erhalt spricht vor allem auch der erhebliche Zugewinn an Unterstützung und Lebensqualität für die Pflegebedürftigen, ohne dass dies für diese mit einer höheren finanziellen Belastung verbunden wäre. Auch lässt sich am Beispiel der stationären Pflege der Bedarf an zusätzlichen Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz über das mit dem Sachleistungsbetrag abgedeckte Volumen hinaus darstellen.

Verbindliche Regelung zur Vergütung von Pflege- und Betreuungsleistungen nach Zeit: In § 89 Abs. 3 SGB XI ist die Kann-Regelung bezüglich der o. b. Gestaltungsmöglichkeiten der Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in eine verbindliche Ist-Regelung zu überführen. Damit erhalten die Pflegebedürftigen eine tatsächliche Wahlmöglichkeit zwischen einer Erbringung der Leistungen der Pflegeversicherung nach Zeit oder nach dem Leistungsinhalt unabhängig von Zeitaufwand. Eine Vergütung ambulanter Leistungen nach Zeit eröffnet darüber hinaus für den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Leistungen über den Katalog der Komplexleistungen hinaus sowie Betreuungsleistungen als souveräner Verbraucher selbst zu definieren. Der Vergütung nach § 89 SGB XI sind zwingend Fachleistungsstunden zu hinterlegen, da aufgrund des Bedarfs älterer Menschen und des ganzheitlichen Ansatzes in der Pflege die Leistungen nicht von unterschiedlichen Personen erbracht werden können.

Uneingeschränkte Anrechnung der Pflegesachleistungen beim trägerübergreifenden persönlichen Budget.

Das SGB IX sieht in der Umsetzung des Grundsatzes der Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Organisation von Unterstützungsleistungen den Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen

gen in Form eines persönlichen Budgets vor. Im Rahmen des persönlichen Budgets erhalten Leistungsempfänger die Möglichkeit, die notwendigen Hilfen auf der Grundlage einer Zielvereinbarung selbstverantwortlich zu organisieren. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden durch die Regelung in § 35a SGB XI im Ergebnis als nicht budgetfähig erklärt, indem die Sachleistungen nur in Form eines Gutscheines zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI berechtigen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Im Rahmen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets sind die Pflegesachleistungen ohne die Einschränkung auf Gewährung eines Gutscheines als budgetfähig einzurichten.

□ Verbesserung der Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen.

Nach § 87b SGB XI haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen seit 2008 abweichend von den Bemessungsgrundsätzen nach § 84 SGB XI für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen BewohnerInnen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung von leistungsgerechten Zuschlägen zur Pflegevergütung. Mit diesen Mitteln können individuelle Betreuungsbedarfe des o. b. Personenkreises abgedeckt werden, die bis zur Einführung der Regelung in den Pflegesätzen nicht enthalten waren. Die zusätzlichen Leistungen führen für die Betroffenen und deren Angehörige zu keinen zusätzlichen Belastungen. Die Leistungsausweitung der Pflegeversicherung für den Personenkreis von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf hat sich grundsätzlich bewährt. Unabhängig davon ist zu konstatieren, dass der in der gesetzlichen Regelung hinterlegte Betreuungsschlüssel von 1 zu 25 nicht ausreichend ist.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Bis zur Etablierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss weiterhin dem Bedarf nach zusätzlichen Betreuungsleistungen von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Rechnung getragen werden. Die Betreuungsleistungen sind dem tatsächlichen Bedarf anzunähern. In § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI wird der Betreuungsschlüssel für die Vergütungszuschläge nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf 1 zu 12 erhöht.

□ Bundeseinheitliches Personalbedarfsbemessungssystem für die stationäre Pflege.

Zentral für die Vereinbarung der erforderlichen Personalmenge und der damit für die Pflege verfügbaren Zeit ist die Kenntnis darüber, wie hoch die Pflegebedarfe der Einzelnen sind und in welcher Qualität die erforderlichen Maßnahmen zu erbringen sind.

Allerdings klaffen die leistungsrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und die vergütungsrechtlich bedeutsame Pflegeklasse beim derzeit gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff auseinander: Dem engen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seinem Verrichtungsbezug steht in der stationären Pflege eine Leistungsvereinbarung gegenüber, die neben einer aktivierenden Pflege mit dem Ziel des Erhalts vorhandener Fähigkeiten auch die medizinische Behandlungspflege und die notwendige soziale Betreuung umfasst. Alle diese Leistungen sollen im aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse entsprechen und unter Einbezug der sozialpsychologischen Bedürfnisse des Einzelnen qualifiziert erbracht werden.

In der Realität wird so getan, als entsprächen Pflegestufe und Vergütungsklasse einander. Tatsächlich kann aber derzeit z. B. ein niedrig eingestuftter Pflegebedürftiger mit Demenz nur adäquat gepflegt und betreut werden, wenn Pflegezeit von einem anderen, höher eingestuften Bewohner auf ihn verschoben wird. Schon dies zeigt die Notwendigkeit, mithilfe eines zuverlässigen Verfahrens den quantitativen wie qualitativen Pflegebedarf von BewohnerInnen vollstationärer Einrichtungen zu ermitteln.

Der enge, verrichtungsbezogene Pflegebegriff, der psycho-soziale Bedürfnisse nicht umfasst, kollidiert mit dem in § 2 SGB XI formulierten Ziel, dass „die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“. Noch umfassender drücken es die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität ...“ (§ 113 SGB XI) aus, die die Einrichtungen dazu verpflichten, „Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner anzustreben“ und die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohner wiederzugewinnen oder zu erhalten“. Eine vergleichbare Vorschrift findet sich auch in den (Landes-)Heimgesetz/en.

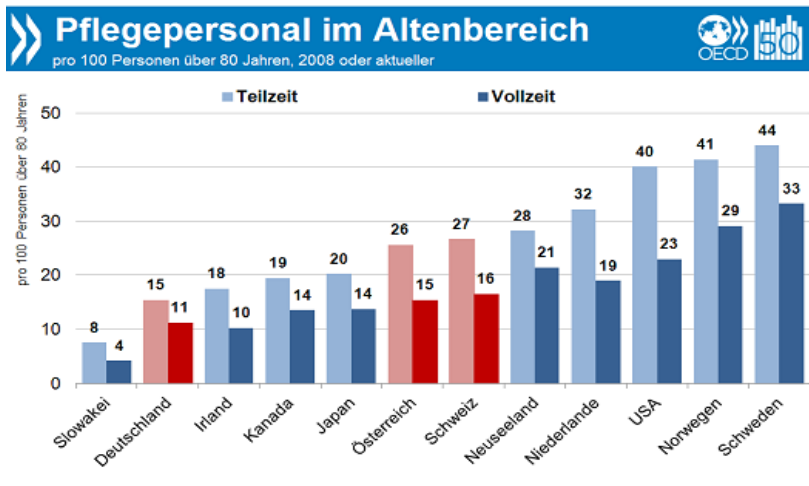
Untersuchungen aus dem Saarland zeigen, dass der Pflegebedarf nur unzureichend abgebildet ist. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse einer Vollerhebung über 55 Wohnbereiche mit 1.853 Plätzen im April 2009 dargestellt:

1. Laut Dienstplan wurden im Schnitt 83 Minuten Bruttopflegezeit pro Pflegebedürftigen in 24 Stunden geleistet. Es waren 527,04 Vollzeitkräfte beschäftigt. Dies waren 20,9 (rd. 4 %) Vollzeitkräfte mehr als die Mindestpersonalzahlen im Saarland vorsehen.
1. Eine Plausibilitätsrechnung mit der durchschnittlichen Belegung nach Pflegestufen in den saarländischen Pflegeeinrichtungen und dem geltenden Mindestpersonalschlüssel ergibt eine durchschnittliche Pflegezeit von rd. 79 Minuten Bruttopflegezeit in 24 Stunden.
3. Eine Untersuchung der Tätigkeiten von 172 Pflegepersonen in vier saarländischen stationären Pflegeeinrichtungen an zwei Tagen im Zeitraum von Dezember 2009 bis Februar 2010 ergab eine unmittelbar auf den Bewohner bezogene Tätigkeit im Bereich Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung von rund 67% der Gesamtarbeitszeit.
4. In 33 % der Gesamtarbeitszeit wurden Tätigkeiten wie Übergabe, Besprechungen, Störungen, Dokumentationen sowie Laufwege etc. durchgeführt. Im Ergebnis kommt im Durchschnitt jedem Pflegebedürftigen auf der Grundlage der beiden Untersuchungen eine **Nettopflegezeit von 55 – 56 Minuten innerhalb von 24 Stunden** zugute.

Bei gleicher Pflegestufe werden zudem in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Personalschlüssel angewandt. Legt man die länderspezifischen Personalschlüssel der Rahmenverträge zugrunde, ist festzustellen, dass die Pflegezeit um bis zu 30 Prozent differiert.

Auch im internationalen Vergleich steht Deutschland nach den Aussagen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bei der Personalausstattung im Altenpflegebereich im unteren Bereich² (s. Abbildung):

² s. hierzu http://www.oecd.org/document/18/0,3746,de_34968570_35008930_47898962_1_1_1_1,00.html



Quelle: http://www.oecd.org/document/18/0,3746,de_34968570_35008930_47898962_1_1_1_1,00.html

Ein Zitat aus einem Internetforum für Pflegekräfte beschreibt die unerträgliche Situation zutreffend: „Wir, die Willigen, geführt von den Unwissenden, vollziehen das Unmögliche für die Undankbaren. Wir haben schon so viel mit so wenig schon so lange vollbracht, dass wir qualifiziert sind, ALLES mit NICHTS zu erreichen!“³

Ausgehend von der erforderlichen Pflegezeit stellt sich die Frage, wie viele und welche MitarbeiterInnen in einer Einrichtung nötig sind, um die erforderlichen Hilfeleistungen einerseits ökonomisch sinnvoll, andererseits aber auch in der gewünschten Menge und Qualität zu erbringen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen die Einführung eines bundesweit einheitlichen Personalbedarfsbemessungssystems, das den Pflege- und Betreuungsbedarf realistisch abbildet und die Grundlage für eine verbindliche bundesweite Personalausstattung in der Pflege darstellt.

³ Quelle: <http://www.krankenschwester.de/forum/intensiv-anaesthesiepflege/10206-cuffdruck.html>

Angemessene Vergütung der Pflegeleistungen

□ *Angemessene Vergütung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.*

Gemäß § 84 SGB XI umfassen die Pflegesätze die Leistungen der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung. Sie müssen leistungsgerecht sein und es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird.

Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten MitarbeiterInnen zunehmend ausblendeten.

Die (mittels eines Personalbedarfsbemessungssystems (s. o.)) festgestellte Personalausstattung muss durch die Vergütung auch tatsächlich leistbar sein. Dabei sind – wie vom BSG am 29.01.2009 festgestellt – Tarifbindungen/-orientierungen der Träger von den Kostenträgern ebenso zu berücksichtigen wie die anderen nachvollziehbaren und plausibel prognostizierten Kostenansätze.

Über die rein wirtschaftliche Betrachtung hinaus hat die Angemessenheit der Vergütungen auch eine psychologische Komponente. Mit-Ursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Berufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.01.2009 ist umzusetzen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind.

□ *Angemessene Vergütung der ambulanten Leistungen.*

In § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird, bezogen auf die Vergütung ambulanter Leistungen, auf den Begriff der Leistungsgerechtigkeit abgestellt. Festzustellen ist, dass die Preisfindung mit der Hinterlegung von Punktzahlen und -werten im ambulanten Bereich bei der Umsetzung der Leistungskomplexe recht willkürlich und unterschiedlich erfolgt ist. Auch wurde über die Jahre die Leistungsvergütung bezogen auf die steigenden Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI heute Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) nicht angepasst.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Begriff der Leistungsgerechtigkeit im § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist bezogen auf die Punktzahl und damit hinsichtlich des jeweiligen leistungsbezogenen zeitlichen Aufwandes zu konkretisieren. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.01.2009 und 17.12.2009 (Az. 3 P 3/08) ist umzusetzen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der

Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind.

Die Forderungen gelten analog für die Leistungen des SGB V, z. B. häusliche Krankenpflege, Palliativversorgung oder Haushaltshilfe, durch die erst das ambulante Pflegesetting entsprechend den Bedarfen der Versicherten sicherzustellen ist. Zudem ist eine adäquate Schiedsstellenregelung im SGB V im ambulanten pflegerischen Versorgungsbereich zu implementieren.

Konkretisierung der Regelung zum „Poolen“ von Leistungen in der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen.

Nach § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI haben die Vergütungen zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse sollen der/dem Pflegebedürftigen zugutekommen. Von einzelnen Pflegekassen werden sowohl die Möglichkeit von Synergien bei personenbezogenen grundpflegerischen Leistungen wie Waschen und Baden als auch bei der Erbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen wie Reinigung der Wohnung und Kochen in verschiedenen Haushalten an einer Postadresse unterstellt. Aus Sicht des Paritätischen ist davon auszugehen, dass alle personenbezogenen Leistungen, zu denen u. a. die grundpflegerischen Leistungen zählen, nicht gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können. Bei hauswirtschaftlichen Leistungen und Betreuungsleistungen i. S. des § 36 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB XI lassen sich aus Sicht des Paritätischen nur Synergien ausmachen, wenn die jeweiligen Personen gemeinsam in einem Haushalt leben. Andere Synergien können sich nicht ergeben.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Die Regelung des § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ist dahingehend zu konkretisieren, dass personenbezogene Leistungen wie die Grundpflege von einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ausgeschlossen sind, bzw. dass sich diese Regelung ausschließlich auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuungsleistungen i. S. des § 36 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB XI (§ 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI) für Pflegebedürftige in einem gemeinsamen Haushalt bezieht.

Präzisierung des § 19 Abs. 6 SGB XII zur Sonderrechtsnachfolge zur Sicherstellung einer verlässlichen und schnellen Hilfe durch Dritte für Menschen auch in ihrer Häuslichkeit.

Nach Artikel 1 Grundgesetz (Schutz der Menschenwürde) in Verbindung mit dem in Artikel 20 GG verankerten Sozialstaatsprinzip ist der Staat in der Verantwortung, das soziokulturelle Existenzminimum für alle BürgerInnen zu garantieren. Um eine würdige Pflege für alle sicherzustellen, besteht daher nach dem SGB XII (Sozialhilfe) ein einkommens- und vermögensabhängiger Anspruch auf Sozialleistungen („Hilfe zur Pflege“) für den Fall, dass eine pflegebedürftige Person den erforderlichen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann. Rund 392.000 Pflegebedürftige haben im Jahr 2009 Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten. Etwa 27 Prozent (107.650 Personen) davon wurden außerhalb von stationären Einrichtungen durch ambulante Pflegedienste versorgt!

Um eine schnelle und verlässliche Hilfe durch Dritte für alle Hilfeempfänger zu sichern, hat der Gesetzgeber in § 19 Abs. 6 SGB XII geregelt, dass im Falle des Todes des Leistungsberechtigten der (noch nicht beschiedene) Anspruch auf Sozialhilfe auf denjenigen übergeht, der bis zum Tode die pflegerischen Leistungen erbracht und sichergestellt hat. Diese Regelung zielt auf eine Absicherung sowohl der Hilfeempfänger als auch der Leistungserbringer: Der Hilfeempfänger soll darauf vertrauen können, dass die notwendigen pflegerischen Maßnahmen als Vorleistung erbracht werden – weil die Leistungserbringer ihrerseits im Gegenzug auf eine Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger vertrauen können, selbst wenn der Todesfall vor Abschluss des Bewilligungsverfahrens eintritt.

Durch die Rechtsprechung des BSG zum § 19 Abs. 6 SGB XII vom 13.07.2010 ist eine Regelungslücke entstanden, die zu einer erheblichen Verschlechterung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII führt. Die Rechtsprechung hat zur Folge, dass Bewilligungsverfahren, in denen ein Antrag auf Hilfe zur Pflege bereits gestellt, aber ein Bewilligungsbescheid noch nicht erteilt ist, mit dem Todesfall des Hilfeempfängers beendet werden müssen. Ambulanten Pflegediensten kann somit kein Bewilligungsbescheid mehr für den Zeitraum erteilt werden, in dem der Hilfeempfänger tatsächlich Leistungen der Hilfe zur Pflege von dem Pflegedienst erhalten hat.

In der Konsequenz gefährdet diese Beschränkung des § 19 Abs. 6 SGB XII die Versorgungssicherheit für Hilfeempfänger grundlegend, da ambulante Pflegedienste eine wachsende Bedeutung für die Versorgungssicherheit haben und ein zentraler Garant für die verlässliche schnelle Hilfe sind.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

§ 19 Abs. 6 SGB XII ist unter expliziter Einbeziehung ambulanter Pflegedienste durch Änderung des Gesetzeswortlaut wie folgt zu präzisieren:

Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen 1. für Einrichtungen, 2. von Einrichtungen (und damit für Erbringer ambulanter Leistungen) oder 3. auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung dem Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tod demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

□ Konkretisierung der Regelungen zu den Gesamtversorgungsverträgen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Möglichkeit eröffnet, für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) abzuschließen. Mit dem Verweis darauf, dass diese Regelung im § 72 Abs. 2 SGB XI sich gerade nicht auf Einrichtungen bezieht, die einen Versorgungsvertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, wird seitens der Pflegekassen der Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen z. B. zwischen Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, die neben den SGB XI Leistungen, Leistungen nach dem SGB V erbringen, abgelehnt.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Um deutlich zu machen, dass die gesetzliche Regelung zu den Gesamtversorgungsverträgen auch für ambulante Pflegedienste, die neben den SGB XI Leistungen, Leistungen nach dem SGB V erbringen, gilt, ist § 72 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI wie folgt zu fassen:

für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftende Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die Leistungen nach §§ 36, 41, 42 und 43 SGB XI ggf. in Verbindung mit §§ 37, 37b, 38 SGB V erbringen sowie örtlich und organisatorisch mitei-

inander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.

□ **Festschreibung der kalkulatorischen Auslastung von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeeinrichtungen auf 80 Prozent.**

Ein Pflegeplatz in einer Kurzzeitpflege- bzw. Tagespflegeeinrichtung müsste jährlich mindestens 13 bis 14 Mal vergeben werden, um eine kalkulatorisch unterstellte Vollauslastung zu erreichen. Dies ist kaum realistisch, wie die durchschnittliche Auslastung von ca. 80 Prozent zeigt. Für jeden Pflegebedürftigen sind alle bürokratischen Maßnahmen zu ergreifen, wie sie auch bei einem Pflegebedürftigen der vollstationären Pflege anfallen. Neben der Klärung der Finanzierungsfrage sind dies insbesondere die Erhebung der Biografie und der Gewohnheiten, die Erfassung aller Risikofaktoren und die Erstellung einer Pflegeplanung. Zudem erfordert die stetig neu anfallende Eingewöhnungsphase einen verstärkten Personaleinsatz, der bei Menschen mit einer Demenzerkrankung nochmals zusätzlich gesteigert ist. Darüber hinaus ist aufgrund der hohen Flexibilität dieser Versorgungsformen eine überproportionale „Ausfallquote“ von „Keine Lust“ bis Krankenhausaufenthalt zu verzeichnen. In den Pflegesatzverhandlungen werden i. d. R. die kalkulatorischen Annahmen aus der vollstationären Pflege hinterlegt. Über die finanzielle Steuerung eines angemessenen Entgeltes ließe sich sicherstellen, dass ein ausreichendes bedarfsgerechtes Angebot zur Entlastung der pflegenden Angehörigen vorgehalten wird.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Nach § 84 Abs. 2 SGB XI wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„Die Pflegesätze für Leistungen nach § 41 SGB XI (Tagespflege und Nachtpflege) und § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege) sind wegen des erhöhten pflegerischen und organisatorischen Aufwandes der Einrichtung auf der Basis einer maximal achtzigprozentigen Auslastung zu kalkulieren.“

Die Absätze 3 bis 6 werden zu den Absätzen 4 bis 7.

Qualitätsmanagement und unabhängige Prüfungen

Neudefinition der externen Qualitätssicherung.

2006 haben die Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ein Projekt zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfeeinrichtung angeregt, das im Dezember 2008 mit Förderung der Bundesministerien für Gesundheit und für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gestartet ist. Im Juni 2011 wurden die Projektergebnisse nach über zweijähriger Projektlaufzeit veröffentlicht. Die Indikatoren für eine gute Lebens- und Ergebnisqualität sind in Kooperation mit 46 stationären Pflegeeinrichtungen erarbeitet und erprobt worden. Sie sind geeignet, um die Lebens- und Ergebnisqualität stationärer Pflegeeinrichtungen zu bewerten und zu vergleichen. Damit liegt ein in und für Deutschland entwickeltes Set wissenschaftlich fundierter Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität für die stationäre Pflege vor und sind die Grundlagen für eine faire und verbraucherfreundliche Qualitätsberichterstattung gegeben.

Die Umstellung auf Ergebnisqualität erfordert ein grundsätzlich neues Verfahren zur Qualitätsprüfung und -berichterstattung, das in das gegenwärtige System nicht integrierbar ist. Von daher bedarf es einer Neudefinition der externen Prüfverfahren einschließlich Prüfstruktur und der damit in Verbindung stehenden Verantwortlichkeiten sowie - darauf aufbauend - der Qualitätsberichterstattung. Vor diesem Hintergrund haben die Verbände der BAGFW auf der Grundlage des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ ein Konzept einer zukünftigen Qualitätsberichterstattung ausgearbeitet. Das neue Konzept sieht vor, die gesundheitsbezogene Ergebnisqualität bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern einer Einrichtung in festgelegten regelmäßigen Abständen zu erheben und zur Grundlage der Qualitätsberichterstattung zu machen. Grundlage ist zukünftig nicht mehr eine zufallsabhängige Stichprobe, sondern eine regelmäßige Vollerhebung aller in einer Einrichtung lebenden BewohnerInnen. Dadurch werden Veränderungen im Zustand der BewohnerInnen, die im Zusammenhang mit der geleisteten Pflege stehen, erfasst.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Das externe Prüfverfahren einschließlich der Prüfstruktur und der damit in Verbindung stehenden Verantwortlichkeiten sowie - darauf aufbauend - der Qualitätsberichterstattung sind auf der Grundlage der Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ neu zu definieren. Pflegeeinrichtungen dürfen nicht unter dem Generalverdacht „Schlechter Pflege“ stehen. Eine unabhängige Prüfung von Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Standards ist grundsätzlich sinnvoll. Hier bedarf es eines Prüfinstituts, das auftretende Pflegeprobleme einer unabhängigen Ursachenanalyse unterzieht und sich nicht scheut, auch das Preis-Leistungs-Verhältnis anzusprechen. Der MDK ist aufgrund seiner Abhängigkeit vom Kostenträger (Krankenkassen und Pflegekassen) für diese Rolle ungeeignet. Von unangemeldeten Prüfungen ist im Regelfall abzusehen.

Konkretisierung der Voraussetzungen für die Anerkennung von Fachkräften.

Einrichtungen haben zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse der Pflegebedürftigen im Rahmen der Betreuung und Unterstützung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen (siehe hierzu 2.4.1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.05.2011 und 3.1.6 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungs-

internen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011). Zusätzlich zu diesen Anforderungen werden in einzelnen Bundesländern strengere ordnungsrechtliche Anforderungen an die personelle Struktur gestellt. Dies führt dazu, dass es zu unterschiedlichen Fachkraftdefinitionen in der Praxis kommt.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Im Sinne von Mindestanforderungen sind Grundanforderungen für die personellen Standards in § 112 SGB XI zu bestimmen. Als grundlegende Orientierung kann hier die „Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen“ des Runden Tisches Pflege herangezogen werden (Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung), der bei Betrieb der Pflegeeinrichtung durch den verantwortlichen Leistungsanbieter und die von ihm eingesetzten Personen zu wahren ist. Die individuellen Bedürfnisse der älteren und pflegebedürftigen Menschen und der jeweilige Bedarf an Betreuung, Unterstützung und Pflege, in Abhängigkeit vom Betreuungskonzept, sind dabei Maßstab dafür, welche Berufsfelder zu Gewährleistung von Teilhabe und Selbstbestimmung in einer Pflegeeinrichtung unabdingbar sind und wie das Betreuungskonzept durch die Beschäftigten optimal umgesetzt werden kann. Als alleinige Voraussetzung zur Anerkennung als Fachkraft ist hierfür das Vorliegen einer formalen Qualifikation (Berufsausbildung) zu setzen, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihr ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Ordnungsrechtlich ist regelmäßig von der Erfüllung dieser Anforderungen auszugehen, soweit die nach dem SGB XI normierten Grundsätze gewahrt werden, da sie durch Leistungsgesetze abgesichert sind.

Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen von Pflegeeinrichtungen.

Die Leistungserbringung in der Pflege ist gekennzeichnet durch eine Fülle gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben und Verfahrensvorschriften zur einrichtungsinternen und zur externen Prüfung dieser Leistungen. Darüber hinaus stehen die Einrichtungen unter der Kontrolle diverser Behörden wie Gewerbeaufsicht, Zoll, Gesundheitsamt, Bauaufsicht etc.. Aus Sicht des Paritätischen fehlt es zwischen diesen Institutionen an Koordination, zum Teil sind widersprüchliche Anforderungen zu konstatieren. Wie bereits der Runde Tisch Pflege 2005 feststellte, verlangt diese Situation nach einer Harmonisierung im System der öffentlich-rechtlichen Prüfungen.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Zur Vermeidung von Doppel- und Mehrfachprüfungen müssen die Prüfinstanzen verbindlich miteinander kooperieren, die Prüfinhalte der verschiedenen Prüfinstanzen sind aufeinander abzustimmen und zu koordinieren. Dies gilt neben den Prüfungen durch die ordnungsrechtliche Aufsichtsbehörde und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung u. a. auch für die Felder Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik sowie Trinkwasser. Im Übrigen sei in diesem Zusammenhang auf die Empfehlungen 1.1 und 1.2 (Forderungen der AG III - Entbürokratisierung) des Runden Tisches Pflege verwiesen. Hierfür sind die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu schaffen. Daneben gilt es insbesondere mit Blick auf die ordnungsrechtlichen Regelungen für eine einheitliche Rechtsanwendung z. B. bei dem Prüfverfahren zu sorgen. Weiterhin ist eine Pflicht zur Zusammenarbeit der zuständigen Behörden vorzusehen. Diese erstreckt sich neben der Abstimmung der (gemeinsam) zu führenden Qualitätsprüfung auch auf die Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung bis hin zur Beseitigung von Mängeln. Im Ergebnis können somit Doppelprüfungen vermieden sowie Synergieeffekte genutzt werden.

Die notwendige Neuordnung der Pflegefinanzierung

□ *Ausbau der Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung.*

Der Paritätische lehnt die Einführung einer zusätzlichen kapitalgedeckten Pflegeabsicherung ab. Mit der Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle würde die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass es kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten käme. Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine ihren Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung, eine der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung. Für die Ausgestaltung der Bürgerversicherung stellt der Paritätische u. a. auf folgende Aspekte ab:

- Abkehr von der bestehenden, lohneinkommensfixierten und deshalb konjunkturabhängigen Beitragsbemessung und eine Orientierung an der einkommenssteuerlichen Leistungsfähigkeit: Dem wachsenden Stellenwert zusätzlicher Einkommensquellen neben Lohn und Rente wird damit Rechnung getragen. Auf diese Weise wird die Pflegefinanzierung auf eine breitere und gleichzeitig stabilere Basis gestellt.
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung: Durch diesen Schritt wird der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont.
- Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht: Rechtlich notwendige Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Durch eine Reform der Besteuerung von Erbschaften ist zudem sicherzustellen, dass eine Kumulation vererbter Einkommen in Grenzen gehalten und das daraus resultierende Steueraufkommen zur Gestaltung der Folgen des demographischen Wandels eingesetzt wird. Der Paritätische hat dazu detaillierte Vorschläge unterbreitet.

□ *Einschränkung des in § 70 SGB XI normierten Vorrangs der Beitragssatzstabilität.*

In § 70 SGB XI ist der Grundsatz der Beitragsstabilität für die Pflegeversicherung festgeschrieben. Die Pflegekassen müssen in den Verträgen mit den Leistungserbringern über Art, Umfang und Vergütung der Leistungen sicherstellen, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten. Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die diesem Grundsatz widersprechen, sind nach dem Gesetz unwirksam. Dies hat in der Pflegeversicherung dazu geführt, dass bei den Leistungen der Pflegeversicherung die individuellen Bedarfe der Betroffenen in den Hintergrund geraten sind. Dem ist entgegenzutreten. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen sich an den individuellen Bedarfen der Betroffenen orientieren, nicht an der Stabilität der Beiträge. Dies anzuerkennen erfordert auch eine Änderung der politischen Rahmenbedingungen für die Pflegefinanzierung.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der in § 70 SGB XI normierte Vorrang der Beitragssatzstabilität muss zu Gunsten der bedarfsgerechten Hilfestellung eingeschränkt und durch das Gebot der wirtschaftlichen, teilhabeorientierten Leistungsgewährung ersetzt werden.

□ *Realisierung des Anspruchs auf Behandlungspflege in stationären Einrichtungen.*

Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind primäre Aufgabe der Krankenversicherung. Die Einbeziehung dieser Leistungen in die Leistungen der Pflegeversicherung in der teilstationären Pflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) stellt für Pflegebedürftige in diesen Einrichtungen - insbesondere mit Blick auf das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung - eine Benachteiligung dar, da die Kosten zum Teil von den Pflegebedürftigen, ggf. den Angehörigen, zu tragen sind. Diese Problematik aufgreifend, hat der Gesetzgeber 2007 im § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V geregelt, dass für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht. Diese Regelung stellt für den betroffenen Personenkreis eine Verbesserung ihrer persönlichen Situation dar, das grundsätzliche Problem ist aber damit nicht gelöst.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Die Kosten für die medizinische Behandlungspflege in der teilstationären Pflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) sind von den Krankenkassen zu übernehmen. Zur Vermeidung eines überproportionalen bürokratischen Aufwandes schlägt der Paritätische eine pauschale Zahlung der Krankenversicherung vor. Unabhängig von diesem Vorschlag sind die gesetzlichen Regelungen im Besonderen zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, sowie die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 2 SGB V beizubehalten.

□ *Realisierung des Anspruchs von Hilfsmitteln in stationären Einrichtungen.*

Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber im § 40 neuer Absatz 5 SGB V eine Teilung der Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen den Krankenkassen und den bei diesen eingerichteten Pflegekassen festgeschrieben. Dies ist prinzipiell zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist, warum Personen, die sich in stationärer Pflege befinden, von dieser Regelung ausgeschlossen sein sollen. Aus Sicht des Paritätischen wurde hiermit die nicht tolerierbare Verschiebung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in das Teilleistungssystem der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. in die individuelle Verantwortung des einzelnen Pflegebedürftigen fortgeschrieben. Hilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen werden derzeit aus den Investitionskosten finanziert. Die Investitionskosten sind von den Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen übernehmen ausschließlich die Kosten für Hilfsmittel zu Unterstützung medizinischer Versorgung, z. B. wenn ein Dekubitus vorliegt, aber nicht zur Prophylaxe von Dekubiti, und für Hilfsmittel, die aufgrund persönlicher Voraussetzungen individuell anzupassen sind. Diese Praxis stellt einen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung dar.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert, dass die Kosten für Hilfsmittel von in stationären Pflegeeinrichtungen wohnenden Pflegebedürftigen von den Pflegekassen bzw. Krankenkassen zu übernehmen sind. Die gesetzlichen Regelungen im SGB XI und SGB V sind entsprechend zu ändern.

□ **Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von der Wohnform und dem Ort der Leistungserbringung.**

Die Unterscheidung der Höhe der Sachleistungen der Pflegeversicherung nach der Wohnform des pflegebedürftigen Menschen und dem Ort der Leistungserbringung führt zu einer Ungleichbehandlung von Menschen in ihrer jeweiligen individuellen Pflegesituation. Auch widersprechen die niedrigeren Sachleistungen in der ambulanten und teilstationären Pflege dem im § 3 SGB XI beschriebenen Grundsatz der vorrangigen Unterstützung der häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn durch die Leistungen der Pflegeversicherung.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Sachleistungsbetrag der ambulanten Pflege ist auf die Höhe des Sachleistungsbetrages für die vollstationäre Pflege anzuheben.

□ **Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung.**

Nach § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nur 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, bis maximal 256 Euro monatlich. Dies stellt eine Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in den o. b. Einrichtungen dar. Menschen mit Behinderungen haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Menschen mit Behinderungen haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist ersatzlos zu streichen.

Reform der Pflegeausbildung einschließlich Finanzierung

Die Pflegebranche ist eine Wachstumsbranche mit zunehmendem Bedarf an qualifizierten und motivierten Fachkräften. Bei der Ausbildung von Fachkräften wird die Konkurrenz unter den Pflegeeinrichtungen sowie mit anderen Ausbildungsberufen und Branchen um immer weniger Schul- und Hochschulabgänger zunehmen. Dabei ist die Ausgangslage der Pflege aufgrund ihres derzeitigen eher negativen Images und der hohen physischen und psychischen Anforderungen des Berufes grundsätzlich ungünstig. Die Attraktivität einer Tätigkeit in der Pflege wird – betrachtet man die Entlohnung und jetzigen Rahmenbedingungen – vor dem Hintergrund der Anforderungen und Verantwortung weiterhin reduziert. Demgegenüber steht eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in dieser Branche entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die vertikale Durchlässigkeit verbessert werden.

Eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen und wachsende Ausbildungsbereitschaft ermöglichen uns mittelfristig, den Bedarf an Fachkräften aus dem eigenen Land zu generieren und damit Bestand und Qualität der pflegerischen Versorgung zu sichern. Um Personal für die Branche zu gewinnen, muss verstärkt in die Ausbildung investiert werden. In der Krankenhausversorgung wird die Krankenpflegeausbildung über die Solidargemeinschaft mittels Zuschlägen zur Vergütung (DRGs) finanziert. Demgegenüber müssen Pflegeeinrichtungen ihre Ausbildungskosten den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen. Einrichtungen, die ihrer gesellschaftlichen Verantwortung zur Schaffung von Ausbildungsplätzen nachkommen, sind im Ergebnis für die BewohnerInnen teurer als Unternehmen, die nicht ausbilden. Das hat Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtungen und macht sich ganz besonders in der ambulanten Pflege bemerkbar.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Die Ausbildungen in den unterschiedlichen Pflegeberufen sind in einer „generalistischen Pflegeausbildung“ zusammenzuführen, die an der Praxis zu orientieren ist. Mit Blick auf den Europäischen und den Deutschen Qualifikationsrahmen (EQR und DQR) ist weiterhin eine Akademisierung der Pflegeberufe geboten. Die neue Ausbildung muss Inhalte der Altenpflege in Theorie und Praxis enthalten. Es ist wichtig, dass in der Ausbildung der Pflege die Kernkompetenzen der Altenpflege ausgebaut und geschärft werden. Das gesamte Bildungssystem muss deutlich durchlässiger gestaltet werden. Hier sind Verbesserungen beim Zugang zum Beruf, der berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung sowie der Anrechnung non-formal erworbener Qualifikationen (EQR/ DQR) erforderlich, insbesondere auch mit Blick auf die Generation 40 +.

Die Ausbildungskosten aller Pflegeberufe müssen aus dem Leistungssystem der Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln finanziert werden. Solange die Zusammenführung der Ausbildung der Pflegeberufe noch anhängig ist, sind die Kosten der Altenpflegeausbildung auf alle Versicherten der Pflegeversicherung umzulegen – analog zum Umlageverfahren der Kosten der Krankenpflegeausbildung in den Krankenhäusern. Dies beinhaltet auch die Kosten der praktischen Ausbildung (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung), die nicht zu Lasten personenbezogener Hilfen gehen dürfen. Auch dürfen gegenüber den Auszubildenden keine Gebühren/Schulskosten für den Besuch einer Altenpflegeschule erhoben werden.

Ärztliche Versorgung

□ **Haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und immobilen PatientInnen in ihrer Häuslichkeit.**

Ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im Alter kann nur gelingen, wenn neben dem erforderlichen Maß an Pflege und Unterstützung im Alltag auch eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist, die sowohl präventiv als auch im akuten Krankheitsfall verlässlich wirkt. Es ist belegt, dass die ärztliche Versorgung von zu Hause und von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden pflegebedürftigen Menschen defizitär ist. Diese Versorgungsdefizite werden zu Unrecht häufig den Pflegediensten und -einrichtungen angelastet. Hier besteht aus Sicht des Paritätischen dringender Handlungsbedarf. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie in § 75 SGB V postuliert ist, gehört aus Sicht des Paritätischen auch die ärztliche Versorgung von immobilen Versicherten in ihrer eigenen Häuslichkeit sowie von Versicherten in Pflegeeinrichtungen. Mit dem § 119 b SGB XI wurde stationären Pflegeeinrichtungen 2008 die Möglichkeit eröffnet, Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat auf Antrag der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge anzustreben. Kommt innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung kein Vertrag zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen. Nach nunmehr drei Jahren ist festzustellen, dass die gesetzliche Regelung nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat. Dies liegt aus Sicht des Paritätischen u. a. daran, dass von der mit dem Paragraphen gesetzlich verankerten vertragsärztlichen Struktur abgewichen wird.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind gefordert, die Ursachen zu analysieren und z. B. mit angemessenen Vergütungen eine adäquate haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung von BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen sowie immobilen PatientInnen in ihrer Häuslichkeit sicherzustellen. Dialog, Austausch und Kooperation zwischen Arzt und Pflege müssen zur Selbstverständlichkeit werden. Der Grundstein dafür muss bereits in der ärztlichen Ausbildung gelegt werden.

Sowohl die haus- und fachärztliche als auch die zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen und immobiler Versicherter in ihrer Häuslichkeit sind von der § 75 SGB V verankerten Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst. Da die Sicherstellung nicht im gegebenen Maße erfolgt, bedarf es aus Sicht des Paritätischen einer gesetzlichen Klarstellung. Der Paritätische schlägt die Aufnahme eines neuen Absatzes vor:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die haus- und fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung immobiler Versicherter in ihrer Häuslichkeit und pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen unabhängig der Regelungen in § 119 b im erforderlichen Umfang sichergestellt ist.“

Einbindung der Pflege bei der flächendeckenden bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung.

Im Zuge der demographischen Entwicklung ist der Bedarf an medizinischen Leistungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Der medizinische Fortschritt hat hierzu ebenfalls beigetragen. Bedauerlicherweise ist festzustellen, dass insbesondere im ländlichen Raum ein zunehmender Mangel an ÄrztInnen besteht, sowohl im Bereich der Niederlassung als auch in Krankenhäusern. Die demographische Entwicklung wird den Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal weiter vergrößern. Dieser Prognose muss durch geeignete Weichenstellungen entgegen gewirkt werden. Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) verfolgte die Bundesregierung insbesondere die Ziele, auch in der Zukunft eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen, die vertragsärztliche Versorgung zu flexibilisieren und regionalisieren, Innovationen schneller in die Praxis zu überführen sowie durch wettbewerbliche Instrumente die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen. Der Paritätische unterstützt diese Zielsetzungen dem Grunde nach, gibt aber zu bedenken, dass eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung eines versorgungspolitischen Gesamtkonzeptes bedarf.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Gerade die Pflege könnte aus versorgungspolitischer Sicht einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung haus- und fachärztlicher Versorgung leisten. An dieser Stelle sei auf die bereits bestehenden Strukturen der häuslichen sowie der spezialisierten häuslichen Krankenpflege verwiesen. Die Pflege auf den engen Bereich der Delegationsmöglichkeiten zu reduzieren, ist von daher zu kurz gegriffen. Aus Sicht des Paritätischen sollten insbesondere die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege in einem versorgungspolitischen Gesamtkonzept aufgegriffen werden.

Auch ist die Pflege in die medizinische und sektorübergreifende Versorgung betreffende Gremien wie z. B. das mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz nach § 90 a Abs. 1 SGB V neu geschaffene Gemeinsame Landesgremium oder den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzubinden. Aus Sicht des Paritätischen betreffen medizinische und sektorenübergreifende Versorgungsfragen nicht nur den Bereich der ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung, sondern auch die Leistungen sonstiger Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringer nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. Themen, welche diese Leistungsbereiche berühren, sind aus Sicht des Paritätischen u. a. die häusliche Krankenpflege und die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Dies sollte in den entsprechenden Gremien, welche Empfehlungen zu medizinischen und sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben sollen, abgebildet werden. Folglich sind die maßgeblichen Verbände zu beteiligen.

Delegation ärztlicher Leistungen.

Behandlungspflegerische Leistungen werden regelmäßig auf ärztliche Verordnung von ambulanten Pflegediensten in der Häuslichkeit der PatientInnen bzw. auf ärztliche Anordnung in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Insofern werden in diesem Bereich bereits heute ärztliche Leistungen delegiert. Parallel wurde ungeachtet der bereits bestehenden Möglichkeiten mit Modellvorhaben wie AGnES, VERAH, MoNi & Co der Versuch unternommen, Lücken der ärztlichen Versorgungssituation zu kompensieren. Dies hat, bezogen auf behandlungspflegerische Leistungen, nicht zuletzt auch wegen der restriktiven Vorgaben in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, zum Aufbau von Doppel-

strukturen geführt. Auch werden gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, regelmäßig besser vergütet, als die von Pflegediensten zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen.

Forderungen bzw. Lösungsvorschläge

Der Schaffung von Doppelstrukturen im Gesundheitswesen ist aus Sicht des Paritätischen entgegenzuwirken. Bezogen auf die Regelungen des § 28 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V sind nicht zuletzt deshalb auch die Verbände der Leistungserbringer behandlungspflegerischer Leistungen und die Berufsverbände der Pflege einzubinden.

□ Schließung der ambulanten Versorgungslücke.

Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht neben der ärztlichen Behandlung Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Für diese Leistungen wurde der Begriff Krankenhausvermeidungspflege geprägt. Anders als bei der sogenannten Sicherungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) umfasst die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB V die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Diese Bestandteile können entweder zusammen oder einzeln infrage kommen. Im Einzelfall hat sich der Leistungsinhalt nach dem Krankheitsbild sowie dem Hilfebedarf unter Berücksichtigung der verbliebenen Selbsthilfe und verfügbaren Hilfe von Haushaltsangehörigen zu richten.

In den letzten Jahren ist insbesondere zu beobachten, dass sich die Krankenhausaufenthalte zunehmend verkürzen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der rasanten medizinischen und therapeutischen Fortschritte. Aber auch die Einführung der DRG hat zu einer immer früheren Entlassung aus dem Krankenhaus beigetragen. In der Regel bedeutet die Entlassung für den betroffenen Menschen, dass er sich medizinisch nicht mehr in einer gefährdeten Situation befindet und somit aus dieser Sicht ein Krankenhausaufenthalt nicht mehr gerechtfertigt ist (siehe hierzu auch § 39 SGB V i. V. mit den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG). Unabhängig davon kann bei diesem Personenkreis ein Hilfebedarf bei der Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen. Hier wäre nun davon auszugehen, dass die Leistungen des § 37 Abs. 1 SGB V greifen sollten. Dem ist in der Praxis nicht so.

Eine vergleichbare Versorgungslücke entsteht auch durch die zunehmende Verlagerung von Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung, die im Grundsatz aus Patientensicht sehr zu begrüßen ist, führt in der Praxis dazu, dass PatientInnen nach ambulanten Operationen nach Hause entlassen werden, sich aufgrund des Eingriffs jedoch nicht selbst pflegen und versorgen können. Vergleichbare Konstellationen treten aufgrund von aufwendigen ambulanten Behandlungen mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. nach Chemotherapie, auf. Auch in diesem Fall sind die PatientInnen in der selbstständigen Bewältigung der Alltagserfordernisse sowie in ihrer Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Sie bedürfen der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung, je nach Einzelfall. Wenn die Versicherten keine entsprechende Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn haben oder sich den Einkauf entsprechender Dienstleistungen finanziell nicht leisten können, tritt Unterversorgung ein. Diese Situation tritt vor allem bei Menschen, die in Singlehaushalten leben, ein. Betroffen sind auch ältere Menschen in Paarhaushalten, sofern der nicht in Behandlung befindliche Partner die entstandene Lücke aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen nicht kompensieren kann.

Forderung bzw. Lösungsvorschlag

Der Paritätische schlägt als Lösung eine Erweiterung des § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) wie folgt vor:

*„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.**“*

Entbürokratisierung in der Pflege

Die Pflege- und Krankenversicherung ist gekennzeichnet durch eine Fülle gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben und Verfahrensvorschriften zur Erbringung der Leistungen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) hat im Rahmen des Pflegedialoges „Entbürokratisierung in der Pflege“ im Frühjahr 2011 ihre Positionierung zur Entbürokratisierung in der Pflege Problemfelder aufgezeigt und Lösungsvorschläge unterbreitet. Die folgenden Ausführungen sind Gegenstand des Papiers der BAGFW.

Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung für Versicherte.

Antrags- und Genehmigungsverfahren auf gesetzliche Leistungen im SGB XI und im SGB V stellen insbesondere für die gesetzlich Versicherten, aber auch für die Leistungserbringer hohe bürokratische Hürden dar. Dieses Problemfeld wurde aktuell mit dem Projekt zur Messung des Erfüllungsaufwands „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke“, angesiedelt bei der Geschäftsstelle Bürokratieabbau, aufgegriffen, mit dem Ziel Einspar- und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Unabhängig von dem Projekt werden im Folgenden Beispiele für mögliche Entbürokratisierungspotenziale in diesem Bereich dargestellt:

§ 38 SGB XI: Bei der Umstellung von Pflegegeld auf Kombinationsleistungen fordern die Pflegekassen von den Pflegediensten eine Information über den zeitlichen Umfang der Sachleistung, um daraus Rückschlüsse zu ziehen, ob und welchen Anspruch die Pflegeperson auf soziale Sicherungsleistungen hat. Die Information, die der Pflegedienst hier geben kann, geht nicht über die Informationen aus der Leistungsabrechnung hinaus und liegt den Kassen damit bereits vor. Darüber hinaus ist dieses Vorgehen der Pflegekassen ist schon allein aus datenschutzrechtlichen Gründen zu hinterfragen.

§ 39 SGB XI: Die Pflegekassen bauen zunehmend hohe bürokratische und sachliche Hürden bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege auf, wie z.B. die Ablehnung der Abrechnung von Verhinderungspflege nach Stundensätzen bzw. fehlende Anerkennung einer stundenweisen Verhinderung und damit eine ausschließlich Abrechnung nur nach Modulen bzw. Leistungskomplexen. Hier bedarf es einer unbürokratischen Umsetzung der Zielstellung des Gesetzes und dringend einer einheitlichen Praxis.

§ 45b SGB XI: Die Pflegekassen geben den Versicherten keine Informationen über den Umfang der bereits abgerechneten Betreuungsleistungen, sodass unklar ist, in welchem Umfang bestehende gesetzliche Ansprüche noch ausgeschöpft werden können bzw. welche Zahlungen ggf. privat zu leisten sind. Im Ergebnis werden Leistungen nicht in Anspruch genommen oder es entsteht im Nachhinein ein hoher Verrechnungsaufwand. Eine regelmäßige Information der Versicherten über den aktuellen Stand der abgerechneten Betreuungsleistungen könnte hier Abhilfe schaffen.

§§ 37b SGB V, 132d SGB V: Während der MDK Palliativpflege i.d.R. für einen Monat befürwortet, genehmigen die Krankenkassen diese Leistung i.d.R. für 14 Tage. Aufgrund der dadurch erforderlichen erneuten Einreichung einer ärztlichen Verordnung und der Kopie der Empfehlung des MDK entsteht den Pflegediensten unnötiger bürokratischer Aufwand. Die Krankenkassen sollten daher verpflichtet werden, ihre Genehmigungsfristen mit den Empfehlungen des MDK zu harmonisieren.

§§ 37 Abs. 2 SGB V, 132a Abs. 2 SGB V:

□ In der Regel wird die Erstverordnung für eine Maßnahme der Häuslichen Krankenpflege auf einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen ausgestellt oder Verordnungen, die über einen längeren Zeitraum ausgestellt sind, werden von den Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens meist auf 14 Tage begrenzt. Dies gilt selbst für Patienten mit einem erwartbaren dauerhaften und relativ stabilen Versorgungsbedarf wie z.B. bei Diabetikern mit intensivierter Insulintherapie und bei Menschen mit chronischen Wunden. Würde eine Verordnung gemäß ihrer medizinischen Notwendigkeit über eine vom Arzt zu bestimmende Zeit ausgestellt und von den Krankenkassen über den ausgestellten Zeitraum genehmigt werden können, könnte eine Wiederholung dieses verwaltungsaufwändigen Procederes nach 14 Tagen in einem Großteil der Fälle vermieden werden. Der Runde Tisch Pflege AG III empfiehlt in diesem Fall, die regelhafte Begrenzung und Genehmigung der Erstverordnung bei Patienten mit einem medizinisch erwartbaren dauerhaften Behandlungsbedarf auf 14 Tage in der Richtlinie nach § 92 Abs.1 Satz 2 Ziffer 6 SGB V aufzuheben. Die Aufhebung der Begrenzung der Erstverordnung hätte darüber hinaus eine positive Nebenwirkung: Einkommensschwache Patienten würden finanziell entlastet, da für jede Verordnung in der häuslichen Krankenpflege seit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nach § 61 SGB V einmal pro Quartal die Praxisgebühr, pro Verordnung eine Verordnungsgebühr und für die ersten 28 Tage der Leistungserbringung eine prozentuale Zuzahlung anfällt (vgl. Empfehlung 4.2.).

□ Der Runde Tisch Pflege AG III empfiehlt des Weiteren eine Überprüfung und Vereinfachung der Regelungen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V im Interesse aller Beteiligten. Hierzu gehört auch, die Vorlagefrist von 3 auf 5 Tage zu erweitern (vgl. Empfehlung 4.1.).

□ Regelmäßig werden im Genehmigungsverfahren von Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse von den ambulanten Pflegediensten u. a. Wunddokumentationen, Medikamentenpläne, Protokolle der Vitalfunktionen Blutdruck, Blutzucker etc. angefordert. Dies gilt sowohl für die aktuelle Verordnung als auch für Folgeverordnungen. Teilweise besteht bei den Anforderungen von Wunddokumentationen die Erwartung, Farbfotografien der Wunden zu übermitteln. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten ist dies widerrechtliche Praxis. Die Krankenkassen können, wenn sie Zweifel an der Richtigkeit einer ärztlichen Verordnung haben, nur nach § 275 SGB V, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung MDK mit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme beim verordneten Vertragsarzt bzw. beim Versicherten vor Ort beauftragen. Hierzu gehört nicht das Anfordern von Unterlagen beim ambulanten Dienst, der die ärztliche Verordnung ausführt. Hier bedarf es unserer Ansicht nach einer grundsätzlichen Klärung und Regelung, sowohl unter datenschutzrechtlichen als auch unter genehmigungsrechtlichen Aspekten.

□ *Pflegesatzverhandlungen, Vergütungsregelungen, Versorgungsverträge etc.*

Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsregelungen stellen einen immer wiederkehrenden bürokratischen Aufwand mit vergleichsweise geringem Nutzen dar. Der Aufwand ist daher entsprechend zu reduzieren. In diesem Zusammenhang sind folgende Sachverhalte zu benennen:

§ 84 Abs. 5 SGB XI: Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sind Gegenstand der Pflegesatzvereinbarungen und bedürfen keiner gesonderten Regelungen. § 84 Abs. 5 SGB XI kann daher gestrichen werden.

§ 85 Abs. 3 SGB XI: Die Nachweis- und Begründungspflichten (S. 2: „und andere geeignete Nachweise“) sind unklar und führen in vielen Bundesländern dazu, dass sich die Plausibilitätsprüfungen in den Pflegesatzverhandlungen teilweise erheblich hinauszögern.

§ 87a Abs. 4 SGB XI sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen zusätzlich den Betrag von 1.536 € erhalten, wenn der Pflegebedürftige nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Pflegekassen verlangen genaue Nachweise darüber, welche Maßnahmen konkret zu der Rückstufung geführt haben. In der Gesetzesbegründung zu § 87a Abs. 4 SGB XI heißt es aber: "Hierbei wird unterstellt, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung für die Herabstufung ursächlich sind, da ein konkreter Nachweis, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der entscheidende oder sogar der einzige Grund für die Herabsetzung der Pflegestufe ist, kaum möglich oder zumindest äußerst schwierig sein dürfte (BT-Drs. 16/7439)." Vor diesem Hintergrund wird eine Klarstellung im Gesetzestext im Sinne der Gesetzesbegründung angeregt, damit derartigen Bürokratieaufwand verursachende Nachweisverlangen ausgeschlossen sind.

SGB XI und SGB XII weisen in den einschlägigen vertragsrechtlichen Bestimmungen Asynchronitäten auf, die zu Lasten der Rechtsklarheit und in Teilen zu erheblichem Verwaltungsaufwand führen. Dies wird u. a. deutlich an dem unterschiedlichen Regelungsinhalt von Vereinbarungen bei scheinbarer sprachlicher Gleichheit oder weitgehender Ähnlichkeit. Der Runde Tisch Pflege fordert deshalb u.a. die Schnittstellen zwischen SGB XI und XII so zu klären, dass insbesondere die dort verwandte Systematik und Begrifflichkeit der Verträge für die Erbringung von Sozialhilfeleistungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Regelung der Investitionskosten (§§ 82, 85 und 89 SGB XI im Verhältnis zu §§ 75,76 SGB XII) aufeinander abgestimmt werden. (vgl. Empfehlung 4.4.)

□ **Dokumentationspflichten.**

Eine Pflegedokumentation, die den Pflegeprozess nachvollziehbar abbildet, ist fachlich und aus weiteren Gründen (z. B. haftungsrechtlich) unverzichtbar. Die Praxis zeigt allerdings, dass teilweise unnötiger Aufwand betrieben, fachlich Unwichtiges dokumentiert und dadurch erheblicher Dokumentationsaufwand für die Pflegefachkräfte verursacht wird. Diese Problematik ist auf Landes- und Bundesebene in vielfältigen Projekten aufgenommen worden (u. a. im vom MAGS NRW initiierten Referenzmodell in NRW, im BMFSFJ-Handbuch Pflegedokumentation, beim Runden Tisch Pflege – AG III), so dass inzwischen ausreichende Erkenntnisse zu einer fachlich und vom Umfang her angemessenen Pflegedokumentation vorliegen. Diese Erkenntnisse sind auch in die Neufassung der MuG nach § 113 SGB XI eingeflossen. Da bei den Prüfungen des MDK trotz allem immer noch besonderes Gewicht auf die Dokumentation gelegt wird, ist es aus Sicht der BAGFW notwendig, die Prüfungen stärker auf die tatsächliche Qualität der Leistungen im Sinne von Ergebnisqualität zu fokussieren. Hierzu sei auf das bereits oben beschriebene Projekt zur Messung des Erfüllungsaufwands „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke“ verwiesen. Eine erneute Grundsatzdiskussion über vermeintliche Einsparpotenziale bei der Pflegedokumentation wird als nicht zielführend angesehen. Isfort und Zinn (2007) haben aufgrund von Studiendaten errechnet, dass bei einer Optimierung der Pflegedokumentation bei einem 7,7-Stunden-Arbeitstag pro Pflegekraft das Einsparpotenzial ungefähr nur bei sieben Minuten liegt und haben Diskussionen um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation daher als „Ablenkungsmanöver“ identifiziert, um von Einsparungen, Leistungsreduktion und Personalmangel in der Pflege abzulenken.

□ **Leistungsabrechnungen.**

Das Abrechnungssystem muss entbürokratisiert und vereinfacht werden, um den Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Leistungsträger zu reduzieren. Vereinbarungen über den Datenträgeraustausches (DTA) hinaus sollten auf der Selbstverwaltungsebene erfolgen. Es sind durch die Bundesebene Anreize für den GKV-Spitzenverband zu setzen, die den flächendeckenden Einsatz des DTA für alle Kassen propagiert. Die Vereinbarungen werden in der Selbstverwaltung auf Bundesebene oder über Einzelvereinbarungen auf Länderebene getroffen. Hier würde ein monetärer Anreiz für den Einsatz des DTA (schnellere Erstattung aus dem Gesundheitsfonds für die Kassen) eine Hilfe sein. Die Forderungen der Pflegekassen, dass in der Software der Kostenträger für die unterschiedlichen Leistungsbereiche des SGB XI jeweils einzeln und separat für pflegerische Leistungen, Betreuungsleistungen und Leistungen der Verhinderungspflege anzulegen sind, ist zu zurückzuweisen. Diese Abrechnungen sind einzelfallbezogen.

Berlin, Februar 2012

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
<http://www.der-paritaetische.de>

Ansprechpartnerin

Ute Zentgraff
Referentin für Altenhilfe und Pflege
altenhilfe@paritaet.org