

**Gesetz
zur Qualitätssicherung und zur
Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege
(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG)**

Vom 9. September 2001

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

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 7 Abs. 40 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1149), wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

„Vierter Abschnitt
Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich“
 - e) Nach „§ 92 Landespflegeausschüsse“ wird eingefügt:

„§ 92 a Pflegeheimvergleich“.

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

„§ 97 a Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen

§ 97 b Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe“.

- g) Nach „§ 111 Risikoausgleich“ werden die Angabe

„Elftes Kapitel
Bußgeldvorschrift

§ 112 Bußgeldvorschrift“

gestrichen und folgende Kapitel angefügt:

„Elftes Kapitel
Qualitätssicherung,
Sonstige Regelungen zum Schutz
der Pflegebedürftigen

§ 112 Grundsätze

§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise

§ 114 Örtliche Prüfung

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

§ 116 Kostenregelungen

§ 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

§ 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen

§ 119 Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Zwölftes Kapitel
Bußgeldvorschrift

§ 121 Bußgeldvorschrift“.

2. Dem § 7 werden folgende Absätze angefügt:

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

(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.“

2a. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird aufgehoben.

bb) Der bisherige Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch 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 ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.“

b) In Absatz 3 werden die Wörter „eine Begutachtung im Krankenhaus“ durch die Wörter „eine Begutachtung in der Einrichtung“ ersetzt sowie nach den Wörtern „ist die Begutachtung“ das Wort „dort“ und nach dem Wort „Woche“ die Wörter „nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse“ eingefügt.

c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.“

3. In § 45 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.

4. In § 69 Satz 2 werden die Wörter „Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen“ durch die Wörter „Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen“ ersetzt.

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

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

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

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.“

6. § 72 wird wie folgt geändert:

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

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

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

b) Absatz 5 wird gestrichen.

7. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Nr. 7 werden die Wörter „einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten“ gestrichen.
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

- 1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
- 2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

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

Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.“

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

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

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

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

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

8. § 80 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Maßstäbe und Grundsätze
zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“.

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

„(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.“

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

9. Nach § 80 wird folgender § 80 a eingefügt:

„§ 80 a
Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
mit Pflegeheimen

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

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

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

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

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

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

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

10. § 81 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

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

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

10a. In § 82 Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „Miet- und Pachtverhältnisse über,“ jeweils durch die Wörter „Miete, Pacht,“ ersetzt.

11. § 83 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

13. Nach § 87 wird folgender § 87 a eingefügt:

„§ 87 a
Berechnung und Zahlung
des Heimentgelts

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

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Sozialhilfeträger zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse berechnen. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 a zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid

bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig.“

14. Nach § 90 werden in der Überschrift des Vierten Abschnitts nach dem Wort „Landespflegeausschüsse“ ein Komma und danach das Wort „Pflegeheimvergleich“ angefügt.
15. Nach § 92 wird folgender § 92 a eingefügt:

„§ 92 a
Pflegeheimvergleich

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

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

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

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

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

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

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

und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

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

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

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

(5) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

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

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

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

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

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

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

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer eingefügt:

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

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

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

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

b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

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

18. § 96 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

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

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

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

20. Nach § 97 werden folgende §§ 97 a und 97 b eingefügt:

„§ 97 a
Qualitätssicherung durch
Sachverständige und Prüfstellen

(1) Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige sowie unabhängige Sachverständige und Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

§ 97 b
Personenbezogene Daten bei den
Heimaufsichtsbehörden und den Trägern
der Sozialhilfe

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

21. § 104 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

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

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

b) Folgende Absätze werden angefügt:

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

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

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

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

23. Nach dem Zehnten Kapitel wird folgendes Kapitel eingefügt:

„Elftes Kapitel
Qualitätssicherung,
Sonstige Regelungen zum Schutz
der Pflegebedürftigen

§ 112
Grundsätze

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

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

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

der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. Soweit ein zugelassener Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches erbringt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

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

§ 113

Leistungs- und Qualitätsnachweise

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

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

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

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

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

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

§ 114 Örtliche Prüfung

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

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

(3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches erbringt, sind diese in die Prüfung nach Satz 1 einzubeziehen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Im übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden

der Pflegekassen bestellten Sachverständigen befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

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

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

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

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

(2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden nach Satz 1 festgestellte Män-

gel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

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

(5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

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

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

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

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

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

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

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

§ 117

Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

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

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

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

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

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

(4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind. § 115 Abs. 1 Satz 1 und 2 bleibt hiervon unberührt.

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

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

§ 118

Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen

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

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,
2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen
 - a) im Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen,
 - b) bei teil- oder vollstationärer Pflege zusätzlich in den Bereichen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen,jeweils unterteilt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
3. die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
4. die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen oder Prüfstellen,
5. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen nach § 113 Abs. 2 einschließlich der fachlichen Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie
6. die Anforderungen für die Einholung der Zustimmung Pflegebedürftiger oder deren Ersetzung nach § 114 Abs. 2, 3 oder 5.

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

(3) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, unabhängige Sachverständige sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

(4) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den zuständigen Länderministerien vor.

§ 119
Heimverträge mit Pflegeheimen
außerhalb des Anwendungsbereichs
des Heimgesetzes

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

§ 120
Pflegevertrag
bei häuslicher Pflege

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

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

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

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

24. Das bisherige Elfte Kapitel wird Zwölftes Kapitel.

25. Der bisherige „§ 112“ wird § 121.

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 01. Januar 2002 in Kraft.