

Stellungnahme zu den pflegerelevanten Änderungsanträgen des SGB V (Artikel 1) i.V.m. Artikel 9a (PfIBG) und SGB XI (Artikel 2) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

A. Vorbemerkung

Der Paritätische nimmt zu den pflegerelevanten Änderungsanträgen des SGB V und SGB XI Stellung, die nun kurzfristig zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz GVWG) vom Bundeskabinett verabschiedet und eingebracht wurden. Die meisten Regelungen entstammen mehr oder weniger einem Arbeitsentwurf für eine Pflegereform, der im März publik wurde. Das äußerst kurzfristige Vorgehen wird aus unserer Sicht dem Stellenwert der Reformthemen in der Pflege nicht gerecht.

Bei der Stellungnahme zu den Einzelvorschriften haben wir uns abgesehen von den Themenbereichen zur Tarifbindung und zur Begrenzung der Eigenanteile eng mit den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege kooperierenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege abgestimmt. In diesem Zusammenhang sei deshalb auf die Stellungnahmen der BAGFW und des Paritätischen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 09.11.2020, 13.11.2020 und vom 08.04.2021 hingewiesen.

Besondere Kritik übt der Paritätische an den Vorschlägen zur Finanzierung der Pflege. Es fehlt nach wie vor eine wirksame Regelung zur Deckelung der Eigenanteile bei den Pflegekosten, die alle Betroffenen wirklich entlastet. Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht weder eine angemessene Begrenzung, noch eine echte Deckelung der Eigenanteile bei den Pflegekosten vor. Stattdessen ist lediglich ein Zuschuss vorgesehen, der nun zwar nach langem Ringen für alle Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen ab dem ersten Tag in Höhe von ganzen 5 % im ersten Jahr gelten soll. Auch wenn damit nun die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen bedacht werden, die ansonsten komplett leer ausgegangen wären, bleibt angesichts der selbst vom BMG angegebenen Steigerung der Eigenanteile von 130 €, die aufgrund der neuen Tarifregelungen erwartet werden, dieser durchschnittliche Zuschuss von 40 € sprichwörtlich der Tropfen auf den heißen Stein.

Auch der Kompromiss zur Entlohnung von Pflegekräften fällt weit hinter die Ankündigungen zurück. Die tariflichen Regelungen wirken kraftlos und kompliziert. Im Unterschied zum ursprünglich von Arbeitsminister Hubertus Heil angestrebten Modell eines einheitlichen Mindesttarifs für die Pflege wird mit den aktuellen Vorschlägen ein Flickenteppich im System der Entlohnung entstehen.

Die gesamte Finanzierung der Reformpunkte ist nicht gesichert. Schätzungsweise entstehen Kosten von 2,5 - 2,8 Mrd. €, denen tatsächlich mit dem Steuerzuschuss und der Anhebung der Beitragssätze für Kinderlose nur 1,4 Mrd. € gegenüberstehen. Die Pflegekassen haben auch keine nennenswerten Rücklagen mehr. Allerdings ist der Pflegevorsorgefond mit 8 Mrd. € prall gefüllt. Die Verwendung dieser Mittel für die Reformpunkte scheint ausweglos zu sein. Die Bundesregierung muss für eine hinreichende Gegenfinanzierung Sorge tragen. In der ohnehin schwierigen Lage sind ansonsten in den kommenden Jahren ausschließlich Spargesetze in der Pflege zu erwarten, mit denen die Pflegesituation sicherlich nicht verbessert werden kann.

Die Einschätzungen führen unweigerlich zu dem am 01.07.2021 auslaufenden Corona-Schutzschirm für die Pflege. Dieser wird weiterhin gebraucht, wie auch die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der durch die Bank für Sozialwirtschaft (BfS) durchgeführten Umfrage zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in der Senioren- und Langzeitpflege eindeutig zeigen. Demnach müssen insbesondere stationäre Einrichtungen und Tagespflegen weiterhin mit Auslastungsdefiziten infolge von gesetzlichen Auflagen, Nachfrageeinbrüchen und Personalausfällen durch Krankheit sowie Kindernotbetreuung umgehen. Trotz Schutzschirm verzeichnet ein hoher Anteil der Einrichtungen pandemiebedingte, nicht auskömmlich kompensierte Ertragsausfälle in Höhe von fünf bis 20 Prozent aufgrund wegfallender Investitionskosten. In den Einrichtungen wurde während der Pandemie Unglaubliches geleistet und die Pandemie sowie deren Auswirkungen sind noch nicht vorbei. Der Schutzschirm muss entsprechend bis zum Jahresende verlängert werden, um dies zu würdigen, die Einrichtungen nicht im Stich zu lassen und ihnen die Möglichkeit zu geben wieder auf die Beine zu kommen. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass es ebenso erforderlich ist, die Möglichkeit für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Minderbelegung zu erhalten, bis Jahresende zu verlängern. Aufgrund der fortbestehenden Pandemie ist davon auszugehen, dass viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterhin nicht die Auslastung erreichen werden, die einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht. Ferner konnte eine Anpassung der Vergütungsvereinbarungen an die pandemische Situation bislang nicht befriedigend umgesetzt werden.

Begrüßt wird, dass im Gegensatz zu den Vorschlägen des Arbeitsentwurfs von einer Beschränkung der Sachleistungen in der Tagespflege neben der ambulanten Pflege, der Nutzbarmachung von ambulanten Sachleistungen für andere nicht zugelassenen

Anbieter sowie von einer Einschränkung der Flexibilität von Verhinderungspflege abgesehen wurde. Gerade die Möglichkeit, Verhinderungspflege stundenweise in Anspruch zu nehmen, ist für Familien mit behinderten Kindern von besonderer Bedeutung, da hierdurch kurzfristige Auszeiten von der Pflege im Pflege- und Familienalltag realisiert werden können. Entlastung kann nur effektiv sein, wenn sie flexibel, je nach individuellem Bedarf, genutzt werden kann. Gleichwohl werden die Leistungen der Tagespflege und der Verhinderungspflege nicht erhöht, was im Kontext steigender Kosten einer Rationierung gleichkommt.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Änderungsanträge zu Artikel 1 SGB V und Artikel 9a Änderung des Pflegeberufgesetzes (PflBG)

ÄA 1 Änderungen KAP Stärkung Pflegefachpersonen; Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege; Übergangspflege im Krankenhaus, KAP: Verordnung zur Stärkung der Pflegefachpersonen; Verträge über Erbringung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus

sowie

ÄA 1 KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen i.V.m. ÄA 19 Artikel 9a Änderung des Pflegeberufgesetzes - Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V

§ 37 Absatz 2a SGB V:

Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Mit § 37 Absatz 2a S. 1 und 2 wird die pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 640 Mio. Euro geregelt. Dies ist weiterhin nur ein erster Schritt im Zusammenhang mit der systemgerechten Finanzierung der Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus der GKV. Wir setzen uns dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb fordern wir den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege,

deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

Ausweislich der Begründung soll die pauschale Refinanzierung eines Teils der Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär pflegebedürftigen Menschen beitragen. Dafür ist es jedoch erforderlich, dass der pflegebedingte Eigenanteil der Pflegebedürftigen um die Kostenanteile der medizinischen Behandlungspflege reduziert wird. Der Paritätische schlägt vor, den Kostenanteil für die medizinische Behandlungspflege pauschal zu beziffern, den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken und die Pauschale aus der Krankenversicherung zu refinanzieren.

§ 37 Absatz 8 neu i.V. mit § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V: Blankverordnung HKP / KAP: Stärkung Pflegefachpersonen

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Hierfür wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. In der Gesetzesbegründung wird darüber hinaus ausgeführt: Eine „Blankverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei den folgenden Leistungen geeignet: „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.“

Wir begrüßen diese Aufnahme der Blankverordnung in die Häusliche Krankenpflege als einen ersten Schritt im Rahmen der überfälligen Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte. Für uns ist es jedoch nicht nachvollziehbar, warum die geplante Kompetenzerweiterung nur entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften vorbehalten werden sollten und nicht zu den genuinen Aufgaben jeder Pflegefachkraft gehört. Daher wird auch die Änderung des § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 abgelehnt, wonach die Rahmenempfehlungspartner Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte, die Blankverordnungen ausstellen können sollen, festlegen.

Des Weiteren sind unserer Auffassung nach die verordnungsfähigen Maßnahmen, die in der Begründung genannt sind (Positionswechsel bei Dekubitus, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder Anlagen und Abnehmen eines Kompressi-

onsverbands) zu stark eingeschränkt. Sie sollten grundsätzlich auf alle nicht-medikamentösen HKP-Leistungen ausgeweitet werden. Insbesondere sollte der Bereich der Wundversorgung ausdrücklich genannt werden. Die Gesetzesbegründung ist hier entsprechend zu ergänzen. Darüber hinaus ist eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten anzustreben.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 8 neu SGB V ist wie folgt zu fassen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum [einsetzen: letzter Tag des zwölften Monats nach dem Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

§ 37 Absatz 9 und Absatz 10 SGB V: Abrechnungsprüfung

Nach § 37 Absatz 9 SGB erheben die Krankenkassen zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen die Angaben zu den Ausgaben, jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln dann diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Des Weiteren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung.

Nach § 37 Absatz 10 SGB V soll dann drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung die Evaluation auf der Basis der nach § 37 Absatz 9 erhobenen Daten erfolgen. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannter Organisation der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten

zu erfolgen. Die gemeinsame Beauftragung halten wir für sachgerecht. Darüber hinaus fehlt in § 37 Absatz 10 jedoch eine Aussage zur Finanzierung der Evaluation. Die Finanzierung hat unserer Auffassung nach durch den Spitzenbund Bund der Krankenkassen zu erfolgen.

Des Weiteren halten wir es erforderlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen bereits an der Konzeption der Datenerhebung beteiligt werden und nicht erst nach 3 Jahren bei der Auswertung der Daten und der Evaluation dieser. Denn die Inhalte der Evaluation betreffen nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und somit Kostenwirkungen, sondern auch die Auswirkungen der Blankoverordnung auf das Versorgungsgeschehen sowie auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 9 SGB V ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„An der Konzeption der Datenerhebung sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen zu beteiligen.“

§ 37 Absatz 10 SGB V ist um den folgenden Satz zu ergänzen:

„Die Kosten für die Evaluation trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

§ 39e SGB V:

Übergangspflege im Krankenhaus

In Deutschland gibt es einen großen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der Probleme der pflegerischen Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Daher ist die Einführung einer Übergangspflege, nach der Patienten und Patientinnen einen Anspruch auf Anschlussversorgung für bis zu 10 Tagen nach Krankenhausbehandlung erhalten können, grundsätzlich als komplementäres Angebot der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI als positiv zu bewerten.

Die Aufzählung der Leistungsinhalte ist jedoch sehr umfassend und teilweise redundant. Sie birgt die Gefahr von Umsetzungs- und Abgrenzungsproblemen. Zunächst ist juristisch nicht deutlich, ob die Einschränkung des „im Einzelfall Erforderlichen“ sich nur auf die ärztliche Behandlung oder auf alle aufgezählten Behandlungselemente bezieht. Hier sollte dahingehend klargestellt werden, dass es hinsichtlich aller Behandlungselemente auf den jeweiligen Bedarf im Einzelfall ankommt.

Begrüßt wird die von uns unterbreitete Klarstellung, dass die pflegerische Versorgung im Rahmen der Übergangspflege die Grund- und Behandlungspflege umfasst.

Ebenso wird begrüßt, dass die Übergangspflege im Gegensatz zur Entwurfsfassung jetzt nicht mehr Leistungen zur Frührehabilitation umfassen soll. Dies haben wir in

unserer Stellungnahme kritisch angemerkt. Die Leistungen zur Frührehabilitation sind nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Bestandteil der Krankenhausbehandlung und als solche in Komplexcodes abgebildet.

§ 64d SGB V i.V.m. § 14 PfIBG:

KAP Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen / Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Der Paritätische begrüßt die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d SGB V zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegekräfte. Die bisherigen Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf den Vorschriften nach § 63 Abs. 3b und 3c haben sich eher als Sackgasse und als Innovationsbremse erwiesen, sowohl in Bezug auf die übertragbaren Tätigkeiten als auch in Bezug auf die fehlenden Regelungen zur Weiterbildung der Pflegekräfte. Daher gibt es auch nach mehr als 10 Jahre kaum Modellvorhaben.

Daher wurde in der AG 3 des Strategieprozesses zur Konzertierte Aktion Pflege ein neuer Typ von Modellvorhaben diskutiert. Dieser fand sowohl in den bekannt gewordenen Arbeitsentwurf zur Pflegereform als auch in die Entwurfsfassung zu diesen Änderungsanträgen, bezugnehmend auf § 63 SGB V, Eingang. Eine Bezugnahme auf § 63 SGB V ist notwendig, denn sie bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Daher bedarf es dieser Grundlage auch in Bezug auf die neuen Modellvorhaben nach § 64d. Völlig unverständlich ist jedoch, dass Absatz 1 Satz 1 der vorliegenden Kabinettsfassung nun als Ziel des § 64d die Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63 3c formuliert. Wenn der Gesetzgeber eine verpflichtende Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V, die im Rahmen von Selektivverträgen und nicht gemeinsamen und einheitlichen Verträgen der Kassen auf Länderebene durchgeführt werden sollen, bewirken will, muss er dies in § 63 3c und nicht in § 64d regeln. Im Ergebnis ist in § 64d somit der Bezug auf § 63 3c in Satz 1 dringend zu streichen und der Bezug auf § 63 SGB V wiederherzustellen. § 64d bietet die Chance, endlich Modellvorhaben zur selbständigen Ausübung von Heilkunde auf den Weg zu bringen. Diese darf nicht behindert werden.

Kern der neuen Modellvorhaben ist es nicht nur, die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte zu erproben, sondern auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, mit dem Ziel, die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Dies sollte sich auch in der Überschrift zu diesem Modellvorhaben widerspiegeln.

Wir begrüßen, dass die Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Rahmenvorgaben für die Modellvorhaben in den Bundesländern den Rahmen festlegen. Es ist auch positiv zu bewerten, dass der Gesetzentwurf jetzt hierfür Fristen für den Abschluss des Rahmenvertrags festlegt, damit die Modellvorhaben zügig in Gang kommen. Die im Gesetzentwurf genannte Frist 31. März 2022 halten wir jedoch für unrealistisch. Wir schlagen – auch unter Berücksichtigung der Frist für ein mögliches Schiedsverfahren – für den Abschluss des Rahmenvertrags alternativ den 30. Juni 2022 vor. Unter der Maßgabe, dass die Fachkommission ihre Arbeit in Kenntnis des Rahmenvertrags erst im Sommer 2022 aufnehmen kann und insgesamt frühestens Ende Oktober die Curricula nach § 64d erarbeitet hat, scheint ein Start der Modellvorhaben zum 1.1.2023 nicht realistisch, da zudem die Krankenkassen auf Länderebene die Modellvorhaben pro Bundesland noch gemeinsam vereinbaren müssen. Wir schlagen daher vor, für den Start der Modellvorhaben einen Zeitkorridor vom 1.1.2023 bis spätestens 1. September 2023 vorzusehen, um ggf. auch unterschiedlichen Verhandlungsdauern in den Ländern Rechnung zu tragen.

Die Regelungsinhalte der Rahmenverträge bzw. Rahmenempfehlungen in Absatz 4 (redaktioneller Hinweis: Absatz 2) sind aus unserer Sicht sachgerecht. Ein sehr wesentlicher Unterschied der Modellvorhaben nach § 64d SGB V im Vergleich zu den Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V ist der Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 ist dahingehend zu präzisieren, dass die Rahmenvertragspartner Erprobungsziele für die interprofessionelle Zusammenarbeit festlegen.

Wir begrüßen, dass nach Absatz 1 in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben von den Krankenkassen durchgeführt werden muss. Um sicherzustellen, dass auch alle Leistungserbringer, die sich an dem Modellvorhaben beteiligen wollen, zum Zuge kommen, sollte ergänzt werden, dass bei der Auswahl der Teilnehmenden der Vielfalt der Träger der Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen ist.

Der Paritätische begrüßt, dass der Auftrag der Fachkommission zur Curricularentwicklung für die erweiterten Kompetenzen der Pflegefachkräfte zur Ausübung von Heilkunde nach § 14 PflBG um einen Auftrag erweitert wird, solche Module nicht nur im Zusammenhang mit den engen Vorgaben des § 63 3c, sondern des § 64d zu entwickeln. Somit wird die Festlegung der Anforderungen an die Qualifikation für die erweiterten Kompetenzen der Pflegefachkräfte in die Hände der Fachkommission gelegt, was wir für sinnvoll und sachgerecht erachten.

Aufgrund von § 14 Absatz 7 PflBG ist die aus unserer Sicht wesentliche Anforderung erfüllt, dass bereits ausgebildete, erfahrene Pflegefachkräfte und nicht nur grund-

ständig neu auszubildende Pflegefachfrauen und -männer die erweiterten Kompetenzen für die Modellvorhaben nach § 63 3c und § 64d im Wege der Weiterbildung, auch berufsbegleitend, erwerben können.

Erprobungsziele sollten sein:

- Versorgungspfade zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen
- Erprobung der Übertragung einer erweiterten Versorgungsverantwortung einschließlich der selbständigen Ausübung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen
- Entwicklung von Standards für interprofessionelle Zusammenarbeit
- Erprobung von Formen interprofessioneller Ausbildung bzw. interprofessionellen Lernens
- Entwicklung berufsübergreifender, koordinierter und strukturierter Leistungen unter Nutzung von Digitalisierungspotentialen
- Erprobung neuer Versorgungsstrukturen, wie Tandempraxen, MVZ, IGZ, lokale Versorgungszentren

Zentral für die Übertragung und eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten ist die Klärung haftungs- und berufsrechtlicher Fragen, die mit der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der eigenständigen Leistungserbringung einhergehen. Nummer 3 des Absatzes 2 wird daher ausdrücklich begrüßt.

Begrüßt wird auch die Befristung der Modellvorhaben auf längstens vier Jahre. Bewährte Modellvorhaben sollten dann allerdings nicht erst wieder in Selektivverträgen nach § 140a erprobt, sondern gleich in die Regelversorgung überführt werden.

Änderungsbedarf:

Die Überschrift des § 64d neu sollte lauten:

„Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur besseren Versorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen“.

In Absatz 1 Satz 1 sind die Angaben „§ 63 3c“ durch „§ 63“ zu ersetzen.

In Absatz 1 ist nach Satz 1 folgender Satz zu ergänzen: „Dabei ist der Vielfalt der Träger der Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.“

Absatz 1 Satz 3 lautet wie folgt: „Die Vorhaben beginnen frühestens am 1. Januar 2023, spätestens jedoch am 1. September 2023“.

In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „31. März 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2022“ ersetzt.

Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 wird wie folgt formuliert: „Rahmenvorgaben für die Erprobungsziele der interprofessionellen Zusammenarbeit“.

§ 132m SGB V:

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m SGB V regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Begrüßt wird, dass gegenüber der Entwurfsfassung nun festgelegt ist, dass die Verträge Regelungen zur Vergütung umfassen müssen. Unklar ist jedoch weiterhin, welche weiteren Inhalte die Verträge haben sollen.

Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39d SGB V stellt bereits klar, dass Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbracht werden.

Änderungsbedarf:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Vergütung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V.

Änderungsanträge zu Artikel 2 SGB XI

ÄÄ 3 Gegenfinanzierung

§ 61a SGB XI:

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde €. Dieser Steuerzuschuss ist richtig, aber nicht ausreichend. Die gesamte Finanzierung der Reformpunkte ist angesichts der Gegenüberstellung der entstehenden Kosten von 2,5 – 2,8 Mrd. € mit den Einnahmen aus dem Steuerzuschuss und der Anhebung der Beitragssätze für Kinderlose von insgesamt nur 1,4 Mrd. € nicht gesichert. Es ergibt sich daher weitergehender Handlungsbedarf.

Weitergehender Änderungsbedarf:

Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege wird dem nicht gerecht.

Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahre hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsgrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird nicht nur die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abgebildet, sondern auch die Finanzierung des Pflegerisikos auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zeitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen gesichert. Administrativ ist das problemlos umsetzbar. Bereits heute werden die Beiträge freiwillig Versicherter Rentnerinnen und Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung in ähnlicher Weise berechnet. Eine steuerliche Freistellung von Einkommen würde entsprechend auch für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung gelten. Die nicht freigestellten Einkommen sollten bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem halben Beitragssatz berücksichtigt werden. Lohnbezogene Anteile der Pflegeversicherung sind paritätisch zu finanzieren.

Die Beitragsbemessungsgrenze ist in einem ersten Schritt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgehend von der einkommensstärksten und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pendant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

ÄA 4 Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege / Aufhebung Besitzstandsschutz

§ 43c SGB XI:

Mit den Änderungen des § 43c soll ab dem 1. Juli 2021 eine Zuschussregelung für pflegebedingte Eigenanteil eingeführt werden. Je länger eine pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim lebt, desto geringer soll sein pflegebedingter Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege sein. Demnach erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, künftig einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Ab dem dritten Jahr in stationärer Langzeitpflege steigt dieser Zuschlag auf 45 Prozent und ab dem vierten Jahr dauerhaft auf 70 Prozent. Bereits vorhandene Versorgungszeiten sollen angerechnet werden. Nach erheblicher Kritik, dass nach dem ursprünglichen Vorschlag ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen (nämlich fast die Hälfte) in vollstationären Einrichtungen von Entlastungen völlig ausgeschlossen worden wäre, wurde zuletzt nachgesteuert. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 43 beziehen, sollen nun einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen erhalten - mithin im Durchschnitt rd. 40 €/mtl. Dafür wurden die o.g. Zuschüsse nach Jahr 1 sogar noch abgesenkt. Diejenigen, die sich eine richtige Entlastung erhofft haben, werden damit weiterhin schwer enttäuscht.

Zur Begrenzung der Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen liegen seit einiger Zeit viele Vorschläge vor. Jedwede Verbesserung sollte daraufhin geprüft werden, ob diese mittel- und langfristig Verbesserungen der Situation der Pflegebedürftigen verspricht.

Im Eckpunktepapier zur Pflegereform 2020 wurde vorgeschlagen, die pflegebedingten Eigenanteile bei 700 € ohne Abstufung einzufrieren. Dieser schnörkellose Vorschlag – auf hohem Niveau – war pragmatisch und für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen sowie Kostenträger kalkulierbar, wenngleich nicht für den ambulanten Bereich vorgesehen. Der vorliegende Regelungsvorschlag bleibt in vielfacher Hinsicht weit hinter den Erwartungen zurück. Es wäre auch fatal, diese nach ersten Modellrechnungen finanziell ungenügende, zeitlich und prozentual gestufte Begrenzung jetzt im Hauruckverfahren mit dem Wissen einzuführen, dass dann in absehbarer Zeit keine Systemänderung mehr durchsetzbar ist.

Mit Blick auf die zukünftigen Verbesserungen in der Pflege bei den Themen Tarifbindung, Mehrpersonalisierung und Arbeitsbedingungen sind weitere Kostensteigerungen absehbar, die nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen. Anstatt Zuschüsse

brauchen Pflegebedürftige eine echte Entlastung durch einen umfassenden und kalkulierbaren Kostendeckel. Insbesondere auch im ambulanten Bereich.

Die Analyse zum bisher bekannten Zuschussmodell, in dem rd. die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen leer ausgegangen wären und bei dem die Quote der Sozialhilfeempfänger lt. Rothgang et al. in vollstationären Einrichtungen in Kürze weiter gestiegen wäre, dürfte im vollen Umfang weiterhin voll zutreffen. Armut durch Pflege wird so nicht verhindert. Das kann nicht gewollt und nachhaltig sein.

Viele Vorschläge beleben seit geraumer Zeit die Diskussion um die Begrenzung der Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen. Es sind Konzepte für eine echte Teilkaskoversicherung bis hin zur Pflege-Vollversicherung. Es sind aber auch zeitaufwändige Zwischenschritte notwendig, um so weitreichende Veränderungen umzusetzen. Daher schlägt der Paritätische seit längerem kurzfristige und effektive Maßnahmen vor, um die finanzielle Belastung der Betroffenen schnell zu senken. Gleichzeitig fordern wir die notwendige Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegerversicherung und die Nutzung anderer Finanzmittel:

Die Pflegefinanzierung muss nach Auffassung des Paritätischen konsequent solidarisch weiterentwickelt werden. Dazu ist ein Maßnahmenpaket erforderlich, das wirksam Entlastung schafft. Ziel muss eine Pflegevollversicherung sein, bei der die Pflegekosten in voller Höhe von den Pflegekassen getragen werden. Nur so kann der Konflikt zwischen guter Bezahlung, Entlastung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen aufgelöst werden. In einem ersten Schritt, als wirksame und schnelle Übergangslösung, sollte die Pflegeversicherung 85 % der pflegebedingten Kosten übernehmen. Der relative Anteil der Pflegeversicherungsleistungen an den reinen pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen betrug für:

PS 1 im Jahre 1999 = rd. 88% und im Jahre 2013 = rd. 72%

PS 2 im Jahre 1999 = rd. 89 % und im Jahre 2013 = rd. 68%

PS 3 im Jahre 1999 = rd. 72% und im Jahre 2013 = rd. 65%¹.

Daran ist erkennbar, wie stark der Deckungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen abgenommen hat. Das Bild wäre schon früher dramatischer ausgefallen, wenn es eine deutliche Erhöhung von Personalschlüsseln gegeben hätte und die Löhne mit der Preisentwicklung Schritt gehalten hätten. Nach dem PSG II (2015) konnte kurzweilig eine Stabilisierung der Eigenanteile beobachtet werden. Seit 2018 steigen diese aber wieder an, insbesondere aufgrund von zunehmender Tarifbindung bzw. besserer

¹ Siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE / BT-Drs.18/5803.

Entlohnung. Aktuell liegen die pflegebedingten Eigenanteile im Durchschnitt bei 831 €. Die geplante Tarifbindung würde wohl mit 130 € zusätzlich zu Buche schlagen. Dazu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Der Mittelwert der gesamten Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile bei 2068 €. Wer die Mittel nicht selber aufbringen kann, muss auf Sozialhilfe im Sinne der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zurückgreifen. Auf diese subsidiären Mittel ist jeder Sechste, der Pflege erhält, angewiesen. Pflege stellt ein Armutsrisiko dar². Sinkende Alterseinkünfte werden das Risiko erheblich verstärken.

Die Pflegeversicherung soll nach Auffassung des Paritätischen kurzfristig mit einer Sofortmaßnahme fortan 85% der Kosten für pflegebedingte Aufwände ambulant und stationär übernehmen, so dass die Eigenanteilsquote in allen Pflegegraden 15% beträgt. Je nach Einkommensstärke wird ergänzend Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geleistet. Für den ambulanten Bereich bedeutet dies eine Veränderung des Leistungsprinzips, aber pflegebedingte Eigenanteile sollen erst anfallen, wenn die Sachleistungen (auf dem heutigen Niveau) ausgeschöpft werden. Dies wäre nicht nur eine Bestandsschutzregelung, sondern würde gleichzeitig dafür sorgen, dass ein befürchteter Sog in vollstationäre Einrichtungen vermieden wird. Gleichwohl kann auch sofort von dem neuen System Gebrauch gemacht werden. Die Möglichkeiten der Tages- und Kurzzeitpflege sollten weiterhin neben der „ambulanten“ Versorgung erhalten bleiben. Ebenso sollte es weiterhin möglich sein, ausschließlich Pflegegeld zu beziehen. Der Einzug eines Deckungsgrades von 85% wäre auch finanzierbar, wie anhand anderer Vorschläge bereits aufgezeigt wurde. So hat Prof. Dr. Heinz Rothgang die Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ analysiert und kommt zum Ergebnis, dass es zur Reduktion der Beitragssätze durch Berücksichtigung aller Einkommensarten in der Beitragsbemessung käme und somit eine Solidarische Pflegeversicherung auch Spielräume für Leistungsausweitung eröffnet³. Insgesamt kann die Begrenzung auf einen Eigenanteil in Höhe von 15 % als Übergangslösung verstanden werden, um einerseits schnell die Eigenanteile zu begrenzen und um andererseits systematisch einen vollständigen Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer echten Teil- oder Vollkaskoversicherung auf den Weg zu bringen.

² Betrachtet man nur die Pflegeheimbewohner, sind dort 30 % auf Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe angewiesen. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>

³ Siehe Rothgang: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, 2017. Der gleiche Autor kommt in einer weiteren Studie für die Initiative Pro Pflegereform zum Ergebnis, dass selbst eine Vollversicherung mit einer Erhöhung von 0,7 Prozentpunkten Beitragssatz möglich wäre (Rothgang: „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, Abbau von Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“, 2017).

Investitionskosten

Es muss zudem eine verbindlichere Förderung oder besser noch Übernahme der Investitionskosten durch die Länder geben. Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Länder das Versprechen abgegeben, dass sie im Gegenzug zur Entlastung bei der Sozialhilfe, die Investitionskosten der Einrichtungen finanzieren. Dieses Versprechen ist nicht eingehalten worden. Wird es endlich umgesetzt führt dies zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Betroffenen und die Länder erhalten ihrerseits dadurch ein Mittel zur Steuerung der Versorgungsstrukturen. In den nun vorliegenden Änderungsanträgen ist gegenüber dem Arbeitsentwurf zur eigentlichen angekündigten Pflegereform die Übernahme der Investitionskosten in Höhe von zumindest 100 € zum Leidwesen der Betroffenen entfallen. Mittlerweile werden im Durchschnitt 460 € Investitionskosten fällig. Eine Pflegereform ohne die Länder in die Pflicht zu nehmen, ist nicht vorstellbar.

§ 141 Absatz 3 bis 3c:

Der Gesetzgeber plant die Aufhebung von § 141 Absatz 3 bis 3c mit der Begründung, dass der in § 141 Absatz 3 bis 3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr entfaltet, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, werden die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufgehoben. Des Weiteren wird in der Begründung argumentiert, materiell-rechtlich ergäbe sich daraus für die Pflegebedürftigen keine Verschlechterung.

Dies ist für uns nicht nachvollziehbar. Auch wenn vermutlich viele Pflegebedürftige, die Ende 2016 in der vollstationären Pflege übergeleitet wurden, verstorben sind, kann es dennoch z.B. jüngere Heimbewohner und -bewohnerinnen geben, die 2016 in der Pflegestufe eingestuft waren und einen niedrigen pflegebedingten Eigenanteil bezahlt haben, z. B. 100 € pro Monat. Dies ist ihr/sein Besitzstandsschutz. Die/der Heimbewohner und -bewohnerin lebt weiterhin in der gleichen Pflegeeinrichtung und dort beträgt der pflegebedingte einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Jahr 2021 831 €. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf des prozentualen Stufenmodells müsste diese/r Heimbewohner und -bewohnerin nun 30 % von den 831 € nach Inkrafttreten des Gesetzes bezahlen. Dies wäre dann 249,30 €. Dies stellte eine materiell-rechtliche Verschlechterung dar und widerspricht auch den Ausführungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriff, wonach ein wesentliches Ziel der Übergangsregelungen sei, dass sich bisherige Leistungsbeziehende durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter stellen

dürften. Daher sprechen wir uns nachdrücklich für den Erhalt des § 141 Absatz 3 bis 3c aus.

Änderungsbedarf:

Streichung der Nummer 5 des ÄA 4.

ÄA 5 Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)

§§ 72 Abs. 3, 3a und b; 82c; § 84 Abs. 7 SGB XI:

Der Paritätische begrüßt, dass es zu dem Arbeitsentwurf vom 15. März (Pflegerformgesetz) einen Dialog mit den Verbänden gegeben hat, in dessen Folge der geäußerten Kritik teilweise Rechnung getragen wurde. In die richtige Richtung geht auch das grundsätzliche Bemühen, die Vergütung von in der Pflege Beschäftigten auf das Niveau tariflicher Entlohnung, wenn auch nicht zwingend in (echter) Tarifbindung, verpflichtend zu heben. Dennoch bleibt die gesetzliche Konzeption in §§ 72 Abs. 3a und b, 82c SGB XI (neu) hinter der bislang geltenden, klaren Regelung zurück, wonach Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen (§ 84 Abs. 2 S. 5 SGB XI). Im Falle (beiderseitiger) Tarifbindung soll die Refinanzierung der tarifvertraglich vereinbarten Entlohnung zwar, wie bisher auch, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Außerhalb einer Tarifbindung sollen jedoch tariflich orientierte Entlohnungen, zum Beispiel aus in Bezug genommenen, einschlägigen Tarifverträgen, nur dann refinanzierbar sein, wenn sie auch einer regional üblichen Entlohnung, zuzüglich eines Aufschlages von 10%, entsprechen.

Abgesehen davon, dass dieser zusätzliche Finanzierungsspielraum lediglich einen Anreiz für die Pflegeeinrichtungen schafft, überdurchschnittlich gut zu bezahlen, ohne eine Pflicht zum Nachweis, dass dies auch tatsächlich geschieht, ergeben sich in der Sache ähnliche rechtliche (Folge-)Probleme, auch wenn das Kriterium der "Ortsüblichkeit" aufgegeben wurde. Mehr Transparenz bringt nun zwar die Bestimmung, dass das regional übliche Niveau nicht an einzelnen Tarifwerken festgemacht, sondern durch einen nach der Anzahl der Pflegekräfte gewichteten Durchschnitt der in der Region angewandten kollektivrechtlichen Regelungen ermittelt wird. Die Entgelt-niveaus werden damit jedoch regional (erheblich) differieren, was dem Gedanken zuwiderläuft, möglichst flächendeckend Vergütungsbedingungen auf (annähernd) gleich hohem Niveau zu schaffen. Im Übrigen kommt als Region insbesondere das jeweilige Bundesland in Betracht, in geeigneten Fällen (z. B. bei Bundesländern mit sehr kleiner Fläche) aber auch größere oder (z. B. bei Bundesländern mit sehr gro-

ßer Fläche) kleinere Gebiete. Dies eröffnet einen erheblichen Gestaltungs- und Ermessensspielraum, der dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zukommen würde, und der in Richtlinien insbesondere auch das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus – nach noch nicht näher verifizierten Kriterien – festlegen soll. Auch dies begegnet, trotz ministeriellem Genehmigungsvorbehalt und der Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, weiterhin Bedenken.

Die gesamte Konzeption entfernt sich damit von geltenden Grundsätzen und würde insgesamt einen Rückschritt gegenüber dem Status Quo bedeuten.

ÄA 6 Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege

§ 88a SGB XI:

Der Paritätische begrüßt die Intention des Gesetzgebers, für die auch im Koalitionsvertrag vorgesehene wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege eine gesetzliche Grundlage vorzusehen. Vorweg sei angemerkt, dass § 88a SGB XI nicht der richtige Regelungsort ist, denn § 88 regelt Zusatzleistungen. In diesem Fall handelt es sich jedoch um regelhafte vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege, die in § 84 (Bemessungsgrundsätze) oder ggf. als § 84a SGB XI geregelt werden müssen.

Der Regelungsinhalt geht in die richtige Richtung. Kurzzeitpflegeplätze stehen derzeit bei weitem nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Grund für diesen Mangel ist vorrangig die Schwierigkeit, insbesondere solitäre aber auch eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirtschaftlich zu betreiben. Die Ursachen sind, dass Kurzzeitpflegegäste häufig wechseln und meist einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. In Folge dessen schwankt die Auslastung stark. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer unzureichenden Vergütung der Leistungen. Der vorgesehene Änderungsvorschlag stellt die Weichen in die richtige Richtung, indem er in § 88a Absatz 1 vorsieht, dass die fachlichen und strukturellen Besonderheiten aller Arten und Formen von Kurzzeitpflege, wie z.B. hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen angepasst werden können.

Abgelehnt wird jedoch ein Ermessen der Pflegekassen nur "bei Bedarf" die Rahmenverträge auf der Grundlage der nach § 88a Abs. 1 abzugebenden Bundesrahmenempfehlungen anzupassen.

Der Änderungsantrag gibt in der Begründung sachgerechter Weise Kriterien für die Empfehlungen vor. Gegenüber der Entwurfsfassung wurde die Frist zur Abgabe der

Bundesrahmenempfehlungen für die Kurzzeitpflege von ursprünglich 6 auf 9 Monate erweitert. Diese Frist halten wir für sachgerecht.

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen letztere für unmittelbar verbindlich erklärt. Der Änderungsantrag lässt allerdings offen, wie diese Verbindlichkeit hergestellt werden kann. Für die Anpassung der Landesrahmenverträge sind verbindliche, schiedsstellenbewährte Vorgaben zu schaffen. Begrüßt wird, dass der Gesetzgeber für das Zustandekommen der Bundesrahmenempfehlungen nach Absatz 2 den engen Fristen des Schiedsverfahrens nach § 76 Absatz 6 SGB XI einschließlich den dort geregelten Modalitäten folgt. Für das Schiedsverfahren in den Landesrahmenverträgen ist daher konkret festzulegen, dass § 75 Absatz 4 SGB XI entsprechend gilt.

Eine mit den gesetzlichen Änderungen einhergehende Erhöhung der Vergütungen führt bei unveränderten Regelungen des § 42 SGB XI zu einer unzumutbaren Erhöhung der Eigenanteile und damit zu erhöhten wirtschaftlichen Belastung der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher begrüßen wir die Anhebung der Leistungsbeträge nach § 42 SGB XI um linear 10%. Wir setzen uns dafür ein, dass in der kommenden Legislaturperiode weitere Kostenbestandteile, wie medizinische Behandlungspflege oder Unterkunft und Verpflegung von der Pflegekasse getragen werden (s. Vorschläge zum weitergehenden Änderungsbedarf unten).

Änderungsbedarf:

Die Regelungen des § 88a sind grundsätzlich in § 84 oder in einen neuen § 84a zu überführen.

In Absatz 1 Satz 3 sind die Worte „bei Bedarf“ zu streichen.

Für die Anpassung der Landesrahmenverträge ist ein Schiedsverfahren vorzusehen.

Daher ist § 88a Absatz 1 Satz 3 nach dem Semikolon wie folgt zu ergänzen: „§ 75 Absatz 4 gilt entsprechend“.

Weitergehender Änderungsbedarf: Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge und Ausbau der solitären Kurzzeitpflege

Wir setzen uns dafür ein, Kurzzeitpflege für die Krankenhausnachsorge nachhaltig zu stärken und auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Daher soll künftig zwischen Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege (z. B. bei Urlaub, krankheitsbeding-

ter Abwesenheit der Pflegeperson) einerseits und als Krankenhausnachsorge andererseits unterschieden werden. Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege soll den Leistungen nach § 39 SGB XI zugerechnet werden. Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge soll in § 42 SGB XI geregelt werden. Das bedeutet, dass nur noch Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 42 SGB XI abgeschlossen hat, Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge erbringen können. Konzeptionell soll die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge als rehabilitative Pflege ausgestaltet werden. Neben den pflegebedingten Aufwendungen soll die Pflegekasse auch vollumfänglich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Wege der Sachleistung der Einrichtung pro Versichertem / pro Versicherter pauschal in vollem Umfang bedarfs- und leistungsgerecht aus der Pflegeversicherung erstattet. Die Kosten für die Behandlungspflege werden der Pflegeversicherung aus dem SGB V pauschal refinanziert.

Zum Angebot einer Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge sollen ausdrücklich therapeutische Leistungen wie Physio-, Ergotherapie und Logopädie gehören. Diese werden weiterhin vom SGB V erbracht, die therapeutischen Kräfte gehören jedoch zum multiprofessionellen Team.

ÄA 7 Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 113c SGB XI:

Eine hinreichende Begrenzung der Eigenanteile ist für die Umsetzung der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI immanent, damit die Kosten für die Verbesserung der Personalausstattung nicht alleine zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen.

Im Großen und Ganzen orientiert sich die Umsetzung in § 113c SGB XI an der auf Basis eines Beschlusses der Konzertierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“.

Zu begrüßen ist, dass das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun gesetzlich verbindlich eingeführt werden soll. Diese gesetzliche Festschreibung hatte der Paritätische auf Grundlage der Ergebnisse des gleichnamigen Projektes zur „Entwicklung und Erpro-

bung“ gemäß § 113c (PeBeM)“ explizit gefordert. Der Bezug sollte folglich auch immer die Grundlage der Projektergebnisse sein. Gegenüber der Formulierungshilfe wurde dieser Bezug in Absatz 1 herausgenommen, was nicht nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es allerdings aus unserer Sicht diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen unserer Stellungnahmen zur Konzeption der Road Map eingebracht worden, aber leider unberücksichtigt geblieben. So ist z.B. nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzausbildungen in der Pflege hinwirken. Um in allen Bundesländern tatsächlich ein einheitliches Qualitätsniveau zu erreichen, muss analog zur Pflegeausbildung auch eine einheitliche Helfer- und Assistenzausbildung in den Blick genommen werden.

Die Bewertung der Höhe der Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 im Zusammenspiel mit den Bestandsschutzregelungen nach Absatz 2 SGB XI, den u.a. an den Personalanhaltswerten orientierten Verhandlungen der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI sowie der allgemeinen Konvergenzstrategie ist mit Blick auf die unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Personalschlüssel und in zeitlicher Hinsicht nicht einfach. Als Grundlage geht der Gesetzesentwurf von den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus. Die bundeseinheitlichen Stellenschlüssel, die als Personalanhaltswerte ab dem 01.07.2023 durch das Gesetz vorgegeben werden, berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekt in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber diesen bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln. Der Gesetzesbegründung zu Absatz 7 ist ferner Folgendes zu entnehmen:

“Um schrittweise eine Konvergenz der Personalanhaltswerte hin zu bundeseinheitlichen Werten zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden kann, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die ab dem 1. Juli 2023 auf Grund der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 mindestens zu vereinbaren ist, in einem nächsten Schritt als bundeseinheitliche Vorgabe erhöht werden kann. Eine solche Erhöhung kommt jedoch nur in Betracht, wenn die pflegerische Versorgung dabei nicht gefährdet wird.“

Die Schwierigkeit besteht in der Konvergenzphase darin, Vorgaben zu treffen, mit der sowohl die Bundesländer mit hoher als auch die Bundesländer mit geringerer Personalausstattung umgehen können. Da nur ein Teil der Ergebnisse als Personalanhaltswerte vorgegeben werden, stellt sich dabei unwillkürlich die Frage nach Erhalt des Personals auf der einen Seite. Auf der anderen Seite stellt sich so oder so die

Frage, wie viel Mehrpersonalisierung ist im zeitlichen Kontext erreichbar ist, ohne es ins Belieben zu stellen?

Wir richten unseren Blick zunächst auf die Länder mit vergleichsweise hoher Personalausstattung: Mit der Durchschnittsbetrachtung ergeben sich mit diesem Schritt nicht für alle Bundesländer höhere Personalschlüssel, was dort für die Akzeptanz schwierig ist. Zwar sollen Bestandsschutzregelungen und insbesondere auch Regelungen zum Schutz vor Fachkraftabbau (Absatz 2 Satz 1 Nr. 2; Absatz 5 Satz 1 Nr. 1) greifen, aber die Skepsis ist groß. Unklar ist also, ob diese Vorgehensweise bzw. auch die fehlende weitergehende Argumentationsstrategie für eine Konvergenzphase wirklich geeignet ist?

Nach den wesentlichen Modellrechnungen aus dem Projekt nach 113c (Abschlussbericht S. 261 ff. / Algorithmus 1.0) ergäbe sich tatsächlich in einigen wenigen Bundesländern weniger Bedarf an Fachkräften, aber deutlich mehr an Hilfskräften. Insgesamt wird also mehr Personal in den Einrichtungen arbeiten und den Fachkräften sollen am Ende 130 % mehr Zeit für Fachkraftaufgaben zur Verfügung stehen. Diese vom Ende her gedachte Sichtweise kann der Vorschlag noch nicht abbilden. Er sollte es aber, auch wenn noch unklar ist, wie der Algorithmus 2.0 nach Beendigung der Auswertung der modellhaften Einführung am Ende aussehen wird. Aber die Erwartungen sind klar: Es muss mehr Personal als vorher geben, um der Arbeitsverdichtung, die es auch in den Ländern mit höheren Personalschlüsseln gibt, entgegenzuwirken. Es fehlt schließlich dazu mindestens in der Gesetzesbegründung eine Zielvorgabe, z.B. dergestalt, dass nach Abschluss der Konvergenzphase und auch unabhängig von Bestandsschutzregelungen gem. Algorithmus 2.0 in keinem Bundesland insgesamt weniger Personal beschäftigt wird als vorher, sondern mehr. Dies wird vermutlich voraussetzen, dass der Algorithmus 2.0 nicht weniger als 80 % des Umfangs erreicht, wie er gegenwärtig durch den Algorithmus 1.0 vorgegeben wird.

Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass sich die Personalbedarfsberechnungen ausschließlich auf Pflegekräfte beziehen und Hauswirtschaftskräfte und andere Funktionsstellen nicht Bestandteil dieses Personalbemessungssystems sind und sich insoweit auch keine Grundlage dafür ergibt, dass diese Stellen wegfallen. Der Paritätische regte zusammen mit den in der BAGFW organisierten Verbänden bereits mehrfach an, dass das hinter dem sog. „Algorithmus 1“ und später auch „Algorithmus 2“ liegende Rechenmodell – mit allen seinen Parametern, wie z.B. der konkreten Nettojahresarbeitszeit und den weiteren Einstelloptionen – transparent und nachvollziehbar offengelegt werden muss und somit in der Praxis überprüft werden kann. Dadurch, dass in den bisherigen und folgenden Ausbaustufen fixe „Werte“ verwendet werden, gerät aus dem Fokus, dass es unserer Auffassung nach im Ergebnis ein Rechenmodell geben soll, welches in Unterschiede berücksichtigt. so z.B. auch die unterschiedlichen Feiertagsregelungen in den Ländern.

Wir sprechen uns in diesem Gesamtzusammenhang ausdrücklich für einen Bestandsschutz aus, der klar und eindeutig geregelt sein sollte und nicht für gut gemeinte Formulierungen, die in diese Richtung zielen, aber eben unbestimmte Rechtsbegriffe beinhalten, die wiederum einer anderen Auslegung zugänglich sind.

Unklarheit besteht in den Ländern zudem bei den bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 SGB XI (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI (Pflegehilfskraftstellenprogramm). Diese werden zwar gemäß den Neuregelungen Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte, aber bei einer Gegenüberstellung „vorher / nachher“ muss gerade hinsichtlich des Bestandsschutzes sichergestellt werden, dass auch diese Stellen tatsächlich in der Konvergenzphase zusätzlich berücksichtigt werden und keinesfalls abgebaut werden, wenn Einrichtungen in bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI eine bessere Personalausstattung vor der Einführung der Personalbemessung hatten. Die Begründung weist zwar *expressis verbis* aus, dass „ein etwaiger Abbau des bisher durch diese Förderprogramme in stationären Pflegeeinrichtungen erreichten Stellenzuwachses [...] damit nicht verbunden sein“ soll, aber es fehlt aus unserer Sicht eine eindeutige Regelung in § 113c Absatz 2 SGB XI.

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die Personalausbaustufen nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 SGB XI noch längere Zeit im vollen Gange sein werden. Wir hoffen sehr, dass die Mehrpersonalisierung schnell erreicht werden kann, weisen aber darauf hin, dass keinesfalls gesichert ist, dass die dafür benötigten schulischen Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen werden. Daher ist es sinnvoll, dass eine gesetzliche Verpflichtung genau daran gekoppelt ist. Eine gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung zum 01. Juli 2023 ohne Berücksichtigung einer längeren Konvergenzphase ist derzeit richtigerweise kaum vorstellbar und ist aus heutiger Sicht sehr ambitioniert. Zu würdigen ist also, dass gem. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 auch weiterhin Personal nach den derzeit gängigen Modi qualifiziert und die berufsbegleitende Ausbildung gem. der Sonderregelungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 entsprechend finanziert werden kann. Diese Regelung ist so wichtig, dass sie entsprechend der Ausführungen aus der Gesetzesbegründung im Gesetzestext aufgenommen werden müssen; dies muss aus unserer Sicht auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Außerdem bitten wir zudem darum, mit weiteren Maßnahmen sicherzustellen, dass die Länder bei der nach Landesrecht geregelten Helferausbildung tatsächlich verpflichtet werden, in ausreichender Zahl Ausbildungskapazitäten sicherzustellen.

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstat-

tung nach § 113c Absatz 5 Nummer 1 des dann angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt und erprobt werden, durchführen (§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1). Das ist in Anbetracht der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig erachteten Umsetzung von Ergebnissen der nun anlaufenden Modellprogramme folgerichtig. Allerdings fehlt eine weitere Verankerung finanzieller Förderung bzw. die Bereitstellung von Schulungsmaterialien im Sinne einer Implementierungsstrategie. Darauf sollte entsprechend in der Begründung mit Verweis auf die Road-Map Bezug genommen werden.

Gem. § 113c Absatz 5 sollen die in den Rahmenverträgen bisher festgelegten Personalanhaltswerte für das Pflege- und Betreuungspersonal geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan die personelle Ausstattung definieren, die mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Hierbei geht es um die Konkretisierung der Vereinbarungspartner zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1. Mit Blick auf die Bundesländer mit einer vergleichsweise geringen Personalausstattung ist dies ein wesentlicher neuralgischer Aspekt der Konvergenzphase. Verfügbarkeit von Personal, Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen usw. stehen im Spannungsfeld zu verpflichtenden Vorgaben. Dies wird auch anhand der oben zitierten Gesetzesbegründung zu Absatz 7 deutlich. Gleichwohl kann die Umsetzung nicht im Belieben bleiben, aber einseitige verbindliche Vorgaben sind in der derzeitigen Phase kaum vorstellbar. Die Lösung kann nur darin liegen, dass die in § 113c Absatz 4 genannten Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die zum 30. Juni 2022 vereinbart werden müssen, diesen Aspekt mitbehandeln und konkretisieren.

Nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 können Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 01.07.2023 Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen. Wir regen an,, in der Gesetzesbegründung einen expliziten Bezug zu den Verhandlungsthemen der KAP-AG 2 aufzunehmen, um die personellen Ressourcen zu Themen wie Leitungs- und Führungsaufgaben bei der der Pflegedienstleitung z.B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz etc. zu schaffen. Lt. KAP geht es ebenso um die Berücksichtigung und Refinanzierung der personellen und sächlichen Ressourcen für den Arbeitsschutz, einschließlich der Gefährdungsbeurteilung, bei der Personalausstattung, bspw. um die Entwicklung von Ausfallkonzepten, z. B. sog. „Springerpools“.

Änderungsbedarfe:

Zu § 113c Absatz 1 SGB XI:

Es muss konsequent der Bezug zu den Projektergebnissen PeBeM nach § 113c (alt) gegeben sein. Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, deren Grundlage die Ergebnisse des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben ist, vereinbart werden.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu formulieren:

(2) Abweichend von Absatz 1 ist ab dem 1. Juli 2023 wegen Bestandsschutz eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal zu vereinbaren, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkräfte geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder wenn in Beschlüssen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI eine höhere personelle Ausstattung geregelt ist,
3. bislang über gesonderte Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 finanzierte Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal vereinbart sind und von der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden. Diese sind zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Nr. 1 und 2. zu berücksichtigen,
4. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Zu § 113c Absatz 3 SGB XI:

Des Weiteren sprechen wir uns dafür aus, gem. der Gesetzesbegründung zu Absatz 3 nachfolgende Passage in den Gesetzestext als neuen Satz 2 aufzunehmen:

Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung nach dem Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1-3 bzw. nach Beschlüssen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI hinausgeht, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Zu § 113c Absatz 4 SGB XI:

Die Konkretisierung der Vereinbarungspartner zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 für Verträge nach Absatz 5 kann nicht im Belieben liegen. Daher sollte Absatz 4 wie folgt gefasst werden:

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, 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 und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Insbesondere sind darin Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 für Verträge nach Absatz 5 mit dem Ziel vorzunehmen, eine höhere personelle Ausstattung zu erreichen.

Zu § 113c Absatz 5 SGB XI:

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 sprechen wir uns in Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 für eine Ergänzung zu benannten besonderen Personalbedarfen (PDL, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung etc.) aus. Im Begründungstext sollte ein Bezug zu allen in der KAP vorgesehenen relevanten Verhandlungsthemen der AG 2 hergestellt werden.

ÄA 8 Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 40 Absatz 6 und 7 SGB XI:

Nach § 40 Absatz 6 sollen Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Dies begrüßen wir. Nach der geplanten Regel werden, wenn ein Pflegehilfsmittel von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen wird, in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a

des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist dann der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln.

Dies entspricht im Wesentlichen den Ausführungen in § 18 Absatz 6a SGB XI. Wir halten die hier dargelegten Regelungen des § 40 Absatz 6 neu für sachgerecht. Diese Erweiterung der sogenannten Verordnungskompetenz für Pflegefachkräfte überträgt die bisher beim Verfahren zur Pflegebedürftigkeit üblichen Regelungen auch auf die Pflegefachkräfte außerhalb der MDK- Gemeinschaft.

Eine unnötige bürokratische Hürde stellt dar, dass die Empfehlung der Pflegefachkraft, die gemeinsam mit dem Antrag des / der Versicherten der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln ist, nicht älter als zwei Wochen sein darf. Es liegt im Interesse des / der Versicherten, einen Antrag auf Genehmigung von Hilfs- oder Pflegehilfsmittel der Kasse gegenüber so rasch als möglich zu stellen, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten.

Darüber hinaus soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien festlegen, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird. Dies halten wir für sachgerecht.

Der Gesetzesbegründung ist des Weiteren zu entnehmen: „Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“ Den Ausführungen der Gesetzesbegründung stimmen wir zu.

In den Änderungsanträgen der Kabinettsfassung wurde die Prüfung der Qualifikation durch den GKV-SV durch die Prüfung der „Eignung“ der Pflegefachkraft ersetzt. Auch dies können wir nicht nachvollziehen, denn die Qualifizierung einer Pflegefachkraft umfasst auch ihre Eignung für die jeweilige Leistungserbringung. Zur Klarstellung sind diese beiden Sätze aus der Begründung in den Gesetzestext aufzunehmen und der Halbsatz „dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll“ ist zu streichen.

Darüber hinaus regen wir an diese Regelungen auch auf die vollstationäre Pflege auszuweiten.

Änderungsbedarf:

§ 40 Absatz 6 ist wie folgt anzupassen:
Streichung von Satz 3

Nach Satz 3 sind die folgenden Sätze aufzunehmen:

„Für die Wirkung der Empfehlung ist eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“

Der bisherige Satz 5 ist wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; ~~dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll.~~“

ÄA 9 Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen

§ 8 Absatz 7 SGB XI:

Die Fördertatbestände des § 8 Absatz 7 SGB XI werden in den Ziffern 2 und 3 des Satzes 2 um die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und um Konzepte zur Rückgewinnung von Pflegekräften erweitert. Beides sind Ziele der KAP. Gute Konzepte in diesen beiden Bereichen leisten einen wesentlichen Beitrag für den Berufsverbleib der Pflegekräfte und es ist positiv zu bewerten, wenn eine entsprechende Konzeptentwicklung gefördert werden kann.

Wir weisen erneut darauf hin, dass diese Maßnahmen – ebenso wie auch die Anschubfinanzierung der Digitalisierung – gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung sind, deren Finanzvolumen entsprechend aus Steuermitteln refinanziert werden sollte. Mit diesem Gesetzentwurf erfolgt in § 61a SGB XI der Einstieg in die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der Pflegeversicherung aus Bundesmitteln. Es sollte überlegt werden, auch die Fördermaßnahmen der §§ 8 Absätze 7 und 8 in den Bundeszuschuss einzubeziehen.

Wir weisen zudem darauf hin, dass eine zentrale Hürde in der Umsetzung der Anschubfinanzierung der Digitalisierung im hohen Eigenanteil von 60 Prozent pro geförderter Maßnahme, den die Einrichtungen zu leisten haben, begründet ist. Letztlich münden Fördermaßnahmen in diesem Bereich in eine Erhöhung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, da sie refinanziert werden müssen. Des Weiteren sollte in § 8 Absatz 8 SGB XI auch das Erfordernis gestrichen werden, dass die Maßnahmen der Digitalisierung der Entlastung der Pflegekräfte dienen müssen. So dient z.B. die Anschaffung von Tablets zur Durchführung von Videosprechstunden nicht der Entlastung der Pflegekräfte, kann aber einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung leisten.

ÄA 11 Weiterentwicklung der Qualität

§ 8 Abs. 4 SGB XI

Es handelt sich hier um eine Klarstellung zur Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege sowie um Anpassungen aufgrund von vorgeschlagenen Gesetzesänderungen. Diese sind folgerichtig und sachgerecht.

§ 113 Absatz 1 SGB XI

Die Aufnahme der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege als jeweils eigenständige Bereiche wird der Bedeutung der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege gerecht und ist zu begrüßen.

Die Aufnahme von flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen in die Maßstäbe und Grundsätze wird vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Sars-CoV-2-Pandemie ebenfalls als sachgerecht angesehen. Da der Begriff der Krisensituation sehr weit auslegbar ist, wäre es sinnvoll die Art der Krisensituation hier näher zu beschreiben.

Der Vorschlag, dass für ambulante Dienste in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI auch die Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte aus den Richtlinien nach § 112a SGB XI aufgenommen werden müssen, lehnen wir ab. Grundsätzlich ist eine Harmonisierung der Übergangsrichtlinie zur Qualitätssicherung bei den Betreuungsdiensten nach § 112a SGB XI mit den Maßstäben und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege zu begrüßen. Allerdings wäre dabei umgekehrt vorzugehen. Die Richtlinien nach § 112a SGB XI sind perspektivisch aufzulösen und die Betreuungsdienste sind in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI aufzunehmen, denn es kann nicht

sein, dass einseitige Richtlinien des GKV-SV hier Vorgaben für gemeinsame Vereinbarungen der Vertragsparteien treffen.

Änderungsbedarf:

§ 113 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„... , das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in **pandemischen** Krisensituationen umfasst. ...“

§ 113 Absatz 1 Satz 4 (neu) ist ersatzlos zu streichen.

§ 113b Absatz 4a (neu) SGB XI i. V. mit § 114c Absatz 3:

Mit der Neueinführung des Absatzes 4a wird klargestellt, dass die Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 zu den Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gehört und der Prozess wird entsprechend beschrieben. Die Klarstellung wird begrüßt.

Die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 und die Berichte des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 SGB XI sind zu berücksichtigen.

Darüber hinaus haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in vergangenen Stellungnahmen angemerkt, dass die Berichte nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 SGB XI nicht mehr zeitgemäß sind, da mittlerweile eine öffentliche Qualitätsberichterstattung etabliert ist, die diese Berichte hinsichtlich der Qualität von Einrichtungen ersetzen und keine weitere Schattenberichterstattung benötigt. Dies ist in § 114c Absatz 3 zu regeln.

Änderungsbedarf:

§ 114c Absatz 3:

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragen die Vertragsparteien nach § 113 eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

§ 113b Absatz 5 SGB XI:

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung der neu eingeführten Regelungen, die sachgerecht ist.

§ 113b Absatz 10 SGB XI (neu):

Neu eingefügt werden soll die Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht gegen Entscheidungen des Qualitätsausschusses Pflege sowie gegen Maßnahmen des BMG. Klagen sollen dabei keine aufschiebende Wirkung haben. Hierbei handelt es sich um eine Klarstellung der nach Artikel 19 Absatz Satz 1 bestehenden Rechtsweggarantie. Unklar bleibt hingegen, wer klagebefugt ist.

Änderungsbedarf:

Es sollte eine Klarstellung vorgenommen werden, wer in diesem Fall klageberechtigt ist.

Weitergehender Änderungsbedarf:

§ 113a SGB XI Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Im Arbeitsentwurf der Pflegereform aus dem März 2021 war eine Aktualisierung des § 113a SGB XI vorgesehen. Die im Arbeitsentwurf vorgesehene Neuregelung zu den Expertenstandards sollte in den Änderungsanträgen zum GVWG übernommen werden.

ÄA 14 Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen

§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

Mit der Neuregelung wird erreicht, dass auch Kostenerstattungsansprüche nach dem SGB XI, wie z.B. bei Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 oder den Unterstützungsangeboten im Alltag nach den §§ 45a und b auch nach dem Tod des Versicherten nicht erlöschen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Diese Regelung wird begrüßt. Damit wird eine Gesetzeslücke geschlossen, denn Versicherte gehen im Rahmen von Leistungen, die nur im Wege der

Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können, in Vorleistung. Die Schließung dieser Gesetzeslücke ist besonders wichtig, wenn verstorbene Versicherte ihren Erben Schulden hinterlassen.

ÄA 15 Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen

§ 7b SGB XI:

Die Ergänzungen in § 7b Absatz 1 SGB XI dienen zum einen der Aufnahme von noch nicht unter die Beratungsanlässe fallenden Leistungstatbestände des Wohngruppenzuschlags, von Pflegehilfsmitteln, Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds und der neuen Digitalen Pflegeanwendungen, was sehr zu begrüßen ist. Rechnung getragen wurde unserem Petition, dass die Pflegekassen auch bei der Beantragung von Verhinderungspflege, von Unterstützungsangeboten im Alltag oder der Umwandlungsleistung auf die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinweisen müssen.

ÄA 16 Stärkung regionaler Netzwerke

§ 45c Absatz 1 und 9 SGB XI

Der Paritätische begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. Akteuren ist eine wesentliche Voraussetzung, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen langfristig zu sichern, einen guten Hilfe-Mix zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Die vorgesehene Erhöhung der aus dem Ausgleichsfond zur Verfügung stehenden Mittel zur strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken auf 25 Millionen Euro je Kalenderjahr stärkt aus Sicht des Paritätischen das Wirken der Akteure vor Ort.

Um die gesetzlichen Regelungen zur Stärkung regionaler Netzwerke übersichtlicher zu halten, empfehlen wir, die Regelungen gesondert in einem neuen § 45e SGB XI zusammenzufassen. Die bestehenden Paragraphen § 45e sowie § 45f SGB XI müssten dementsprechend umbenannt werden.

In der vorliegenden Fassung soll geregelt werden, dass je Kreis oder kreisfreie Stadt zwei regionale Netzwerke und je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohner und Einwohnerin bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden können. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Im Vergleich zu der Entwurfsfassung der Änderungsanträge ist nicht mehr vorgesehen, dass nicht in Anspruch genommene Fördermittel auch im Folgejahr der Förderung regionaler Netzwerke zur Verfügung stehen.

Die Änderungen in § 45c verfolgen das Ziel, bundesweit eine gleichmäßige Verteilung der Netzwerke zu ermöglichen. Dabei wird auf Regionen mit besonders hohen Bevölkerungszahlen Rücksicht genommen. Diesem Wunsch Rechnung zu tragen, wird von uns geteilt, jedoch sollten in Landkreisen oder Städten mit mehr als 300.000 Einwohnern, angelehnt an den Vorschlag in Großstädten ab 500.000 Einwohnern bis zu 4 regionale Netzwerke zu fördern, je nach Bedarf weitere regionale Netzwerke gefördert werden können.

Die Erhöhung des Förderbetrages von 20.000 € auf 25.000 € seitens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird begrüßt, jedoch wird eine Gesamt-Fördersumme pro Netzwerk von insgesamt max. 45 000 € für erforderlich erachtet, um netzwerkbezogene Personalkosten im erforderlichen Umfang zu ermöglichen (vgl. Positionierung zu §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken). Vor diesem Hintergrund ist eine ergänzende Förderung durch Mittel des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft sowie vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesetzlich vorzusehen.

Angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und damit verbundenen steigenden Zahl von auch größtenteils älteren pflegenden Angehörigen oder Angehörigen mit Doppelbelastungen von Beruf, Familie und Pflege sind der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken wesentlich und bedürfen einer deutlichen strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden.

Die gestrichene Möglichkeit, nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, ist aus Sicht des Paritätischen wieder aufzunehmen und den Netzwerken zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht den Netzwerken, ihre Zielstellungen weiter zu verfolgen und dabei z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abgesichert zu wissen.

Änderungsbedarf:

Der Paritätische schlägt für die Förderung der regionalen Netzwerke folgenden neuen § 45e SGB XI vor:

„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

- (1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit bis zu 300 000 Einwohnern können zwei regionale Netzwerke gefördert werden. In Kreisen oder Städten ab 300 000 Einwohnern können für je weitere 125 000 Einwohner ein weiteres regionales Netzwerk gefördert werden; der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 45.000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Eine Förderung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ergänzt mit Mitteln des jeweiligen Landes oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Bei der erstmaligen Förderung eines regionalen Netzwerks soll die Bewilligung der Fördermittel für einen Zeitraum von zwei Kalenderjahren erfolgen. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk mindestens für ein Kalenderjahr bewilligt. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 8 entsprechend. § 45c Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.
- (3) Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht (durch eine Bewilligung) in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.

- (4) Die Landesverbände der Pflegekassen haben eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke im Internet zu veröffentlichen. Hierbei sind der Name des Netzwerkes, der Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in der das Netzwerk tätig ist, der Förderzeitraum sowie Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer des Koordinators des Netzwerkes anzugeben. Ab dem 1. Januar 2023 erfolgt die Veröffentlichung im Informationsportal nach § 7d.
- (5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2021 Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.“

ÄA 18 Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege

Der Paritätische begrüßt, dass die Leistungsbeträge für die ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI angehoben werden sollen. Angedacht ist eine Anhebung von jeweils 5 %. Diese 5 % entsprechen dem Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung vom 09.12.2020 (Drucksache 19/25283)

In diesem wird ausgeführt: „Nach § 30 Absatz 1 Satz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) hat die Bundesregierung alle drei Jahre, erneut im Jahr 2020, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung vorzulegen.

Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum (§ 30 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Der kumulierte Anstieg des Verbraucherpreisindex in den Jahren 2017 bis 2019 betrug 4,8 Prozent. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer stieg im gleichen Zeitraum um 8,9 Prozent. Vor diesem Hintergrund erscheint aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen.“

Für uns war schon bei der Lektüre des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung die Empfehlung von 5% sachlich nicht nachvollziehbar (angesichts des Umstands, dass es sich bei der Pflege um personalintensiven Bereich handelt und von etwa 80 % Personalkosten auszugehen ist) und nur mit Finanzierungserwägungen zu begründen.

Nun sollen nur die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI (abgesehen von der Sonderregelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI) um 5 Prozent angehoben werden und nicht auch alle anderen Leistungen der Pflegeversicherung. Dies wird damit begründet, dass die Anhebung zum Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstiegs dienen soll. Sicherlich können damit Tarifsteigerungen von auch bislang schon tariflich gebundenen und bezahlenden Trägern teilweise ausgeglichen werden. Wir halten jedoch die Verknüpfung der Begründung der Leistungserhöhung mit der künftigen tariforientierten Anbindung der Löhne tariflich nicht gebundener Träger für nicht sachgerecht und befremdlich.

Hier stellt sich für uns vordergründig die Frage, warum sich dann die 5 % Anhebung ausweislich der hier vorgetragenen Begründung nicht auf alle Pflegesachleistungen bezieht wie die stationäre Pflege nach § 43, die Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI und auch auf die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Des Weiteren ist es für uns nicht hinnehmbar warum nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung zumindest eine 5 % ige Erhöhung auf der Basis des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung erfahren.

Nachdrücklich begrüßt wird die Erhöhung der Leistungen der Kurzzeitpflege um 10 Prozent. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege zur Ermöglichung einer wirtschaftlich tragfähigen Finanzierungsbasis dürfen, wie bereits zu § 88a kommentiert, nicht zu Lasten der Betroffenen gehen und der Eigenanteile weiter erhöhen.

Bislang waren die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Verhinderungspflege nach § 39 und die Kurzzeitpflege nach § 42 identisch. Da Kurzzeitpflege auch als Urlaubspflege oder wegen Erkrankung der Pflegeperson genutzt werden kann und soll, war die Identität der Leistungshöhe auch gut begründet. Der Paritätische fordert, dass auch der Leistungssatz für die Verhinderungspflege um 10 Prozent auf einen Jahresbetrag von 3.386 Euro angehoben wird. Verhinderungspflege ist ein wesentliches Entlastungsmoment für pflegende Angehörige. Verhinderungspflege sichert geradezu die häusliche Pflege, sofern die Lasten rein durch pflegende Angehörige getragen werden.

Weitergehender Änderungsbedarf zu Artikel 9a (GVWG) - Änderung des Pflegeberufgesetzes

Anrechnung des Wertschöpfungsanteils für das 2. und 3. Ausbildungsjahr beenden: Wir weisen auf ein bisher ungelöstes Problem im Zusammenhang mit der Berücksichtigung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden für das 2. und 3. Ausbildungsjahr in den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege gem. Pflegeberufgesetz hin, für das es auch im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege bislang keine zufriedenstellende Lösung gibt: Wie in der Ausbildungsinitiative Pflege protokollarisch klargestellt, wird in § 27 PflBG nicht die Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden geregelt, sondern lediglich die anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütung. Der Wertschöpfungsanteil ist demnach die Differenz zwischen der Summe aus dem Ausbildungsfonds zur anteiligen Finanzierung der Ausbildungsvergütung und demjenigen Anteil der Ausbildungsvergütung, den die Ausbildungsträger selbst aufbringen müssen.

Anders als die Krankenhäuser, die diese Kosten im Rahmen ihrer Leistungserstellung real erwirtschaften können, ist dies für die Einrichtungen der Langzeitpflege aktuell jedoch nicht flächendeckend möglich. Während in den (wenigen) Bundesländern, in denen bereits vor dem PflBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgte, diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen, nach wie vor über die Pflegesätze geltend machen können, wird dieses Delta in anderen Bundesländern aktuell durch eine Anrechnung auf das Stammpersonal der Pflegeeinrichtungen kompensiert. Dies führt allerdings de facto zu einem Abschmelzen von Stammpersonal. Sodass die Einrichtungen, die Verantwortung für die Zukunft der pflegerischen Versorgung übernehmen, indem sie zusätzliches Personal ausbilden, mit effektiv weniger qualifizierten Pflegenden auskommen müssen, als solche, die nicht ausbilden. Dies wird in manchen Bundesländern auf die Spitze getrieben, indem sich die Anrechnung alleinig auf den Anteil der Fachkräfte bezieht, wodurch die Fachkraftquote in der stationären Langzeitpflege faktisch untergraben wird.

Ausbildung in den Pflegeberufen ist Wertschöpfung für die Gesellschaft

Die in der BAGFW organisierten Verbände, so auch der Paritätische, haben daher bereits in mehreren Stellungnahmen die Streichung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden, auch für das 2. und 3. Ausbildungsjahr gefordert, was wir nach wie vor als die einzig sachgerechte Lösung ansehen. Denn unserer Auffassung nach sind Auszubildende in den Pflegeberufen in erster Linie Lernende, die in den Einrichtungen, unter ständiger Begleitung und Aufsicht durch Praxisanleitung und beruflich Pflegenden, die zur Berufsausübung benötigten theoretischen und praktischen Kompetenzen erwerben und vertiefen. Es ist daher nur von einer geringfügigen Wert-

schöpfung auszugehen, die eine Anrechnung auf den Personalschlüssel unserer Ansicht nach nicht rechtfertigen. Zudem durchlaufen die Auszubildenden nach dem PflBG eine Vielzahl von Ausbildungsstätten, die sich häufig zu einem gemeinsamen Ausbildungsverbund zusammengeschlossen haben. Eine Zurechnung zu einer bestimmten Ausbildungsstätte, wie das in den bisherigen Ausbildungen nach dem Alt-PflG und KrPflG noch der Fall war, ist daher praktisch nicht mehr möglich. Gleichzeitig werden die Auszubildenden in ihrer Rolle als Lernende überfordert, wenn sie aufgrund knapper, personeller Ressourcen, stärker eigenverantwortlich handeln müssen, als sie es ihres Ausbildungsstandes her können - und gleichsam weniger Anleitung durch Pflegefachpersonen erhalten, wie sie eigentlich bräuchten. Dies kann in der Folge zu einem vorzeitigen Ausbildungsabbruch bzw. Berufsausstieg, nach bereits erfolgter Ausbildung, führen. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Fachkräftemangels in allen Versorgungsbereichen der Pflege, kann das jedoch niemand wollen.

Pragmatische Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils für die Langzeitpflege
Vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegesatzverhandlungen in den Bundesländern kommen wir daher insgesamt zu dem Ergebnis, dass übergangsweise eine pragmatische Möglichkeit zur Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils in der ambulanten und stationären Langzeitpflege gefunden werden muss.

In erster Linie wäre eine leistungsgerechte Erhöhung des in die Ausbildungsfonds einzubringenden Finanzierungsvolumens der sozialen Pflegeversicherung denkbar, um den Wertschöpfungsanteil der Auszubildenden zu refinanzieren.

Auch könnte, unter der Voraussetzung einer echten und vor allem angemessenen Deckelung der Eigenanteile oder besser noch Vollversicherung, perspektivisch eine regelhafte Einpreisung in die Pflegesätze, ohne zusätzliche Belastungen für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen, erfolgen.

Berlin, 04. Juni 2021

Lisa Marcella Schmidt / Thorsten Mittag
Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

Thorsten Mittag (altenhilfe@paritaet.org)