



## **Stellungnahme des AWO Bundesverbands zum**

- **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**
- **Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.2**
- **Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.3**
- **Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE**



Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.  
Heinrich-Albertz-Haus  
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin  
[www.awo.org](http://www.awo.org)

## **Einleitung und zusammenfassende Bewertung**

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt das Vorhaben, insbesondere im Bereich der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Mit dem Pflegehilfskraftstellenprogramm wird darüber hinaus ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen. Besonders zu begrüßen ist auch die Verlängerung des Corona-Schutzschirms bis zum 31.03.2021 für Pflegeeinrichtungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Dies gibt den Trägern der Langzeitpflege in der pandemischen Lage die erforderliche Sicherheit über das Jahresende hinaus.

## **Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§ 32 *Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen***

Der Verzicht auf das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen für Heilmittelverordnungen erleichtert den Versicherten den Zugang zu Leistungen und wird daher begrüßt.

### **Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§ 18 *Hilfsmittlempfehlung***

*Bewertung:*

Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom Medizinischen Dienst (MD) empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

#### **§ 84 Absatz 9, § 85 Absätze 9 bis 11: *Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen***

*Bewertung:*

Aus Sicht der AWO ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Hilfskräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner\*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist eindeutig ein Schritt in die richtige Richtung und scheint als erste Ausbaustufe im Rahmen der Umsetzung eines Personalbedarfsbemessungsinstruments absolut angemessen zu sein. Darüber hinaus ist mit weiteren Ausbaustufen, die wir nun mit Festlegungen zu einer Road Map erwarten, sicherzustellen, dass der im o. g. Projekt ermittelte weitaus größere Mehrbedarf ebenfalls in den kommenden Jahren umgesetzt wird.

In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetztext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

### Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte. Eine durchschnittliche Pflegegradverteilung wird mit einer Stichtagsbetrachtung nur unzureichend abgebildet. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungen, was eine flächendeckende Inanspruchnahme gefährdet.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf zeitlich nicht losgelöst im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren.

Nach § 84 Absatz 2 Satz 4 müssen die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Nach § 84 Absatz 9 Satz 2 SGB XI n. F. ist der Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal darf den Pflegebedürftigen finanziell nicht belasten. Folglich muss der Vergütungszuschlag auch die Sach- und Regieaufwendungen umfassen sowie eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos.

Da der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskräfte wie der nach § 84 Abs. 8 SGB XI für Leistungen nach § 43b SGB XI ausschließlich durch die Pflegeversicherung zu tragen ist, sind sämtliche Verweise auf die Sozialhilfeträger in dem Kabinettsentwurf entsprechend den Regelungen für die Leistungen nach § 43b SGB XI zu streichen. Die Wörter „durch die Vertragsparteien nach Absatz 2“ in § 85 Absatz 9 sind deshalb zu streichen. In § 85 Absatz 10 Satz 2 sind die Wörter: „der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ zu streichen. Die Sozialhilfeträger sind weder Leistungsträger noch Vertragspartei. Die Finanzierung geht nur zu Lasten der Pflegeversicherung.

Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegehilfskräfte nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

In § 85 Absatz 11 ist ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, nach dem die vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages den von ihnen ermittelten Vergütungszuschlag den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mitteilen können. Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen wird begrüßt.

Hierbei handelt sich allerdings unserer Auffassung nach um die Pflegekassen und nicht um alle Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach Absatz 2 beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 11 Satz 1 Halbsatz 1 und die Sätze 2 bis 4 sind deshalb anzupassen. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation und Entlohnung zu machen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zum Absatz 11 Sätzen 3 und 4 möglichen Beanstandungen nicht kommt. In dem vereinfachten Verfahren müssen die Sach- und Regieaufwendungen ebenfalls eine Berücksichtigung finden. Auch hier dürfen die Pflegebedürftige mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

### Änderungsbedarf:

Absatz 9 Nummer 2: Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert.

§ 84 Absatz 9 Satz 1 muss auch auf Absatz 2 Satz 4 verweisen und ist wie folgt zu fassen: „(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1, Satz 4 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen.“

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Halbsatz 1 ist wie folgt zu fassen: *Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ~~durch die Vertragsparteien nach Absatz 2~~ erfolgt auf der Grundlage, ...*

In § 85 Absatz 10 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: *Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., ~~der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen~~ das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest.*

In § 85 Absatz 11 sind die folgenden Änderungen vorzunehmen: (11) *Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den Vertragsparteien ~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern~~ den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:*

.....

§ 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen: *die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, sowie die in diesem Zusammenhang entstehenden sonstigen Personal- und Sachaufwendungen.*

§ 85 Absatz 11 Satz 12 ist wie folgt zu ändern: *Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt. Die Vertragsparteien ~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger~~ können die nach Satz 1*

mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien nach Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit.

### Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 (uns insbesondere die Nachqualifikation auf das Niveau QN 3) in den Fokus nimmt. Da derzeit nicht genügend Ausbildungsplätze für die Qualifizierung nach QN 3 zur Verfügung stehen, um in dem erforderlichen Maße das benötigte Personal innerhalb der kommenden Jahre zu qualifizieren, ist die vorhandene Flexibilisierung zur Nachqualifikation von drei Jahren sachgerecht.

Gleichzeitig sollte auf die Länder eingewirkt werden entsprechende Ausbildungskapazitäten zügig auszubauen. Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

## **Änderungsanträge**

### **Änderungsantrag 2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis**

#### *Bewertung:*

Die Hinzuziehung von technischer Expertise bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der digitalen oder technischen Assistenzsysteme wird begrüßt. Es muss sich jedoch um unabhängige Sachverständige handeln; dies ist ausdrücklich zu ergänzen. Zudem sollte im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung klargestellt werden, dass ablehnende Entscheidungen auf der Grundlage der Expertise einer gesonderten Begründung bedürfen. Neben der technischen Expertise ist zudem dringend der Einbezug der Nutzerexpertise zu ergänzen. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist zudem das Kriterium des barrierefreien Zugangs zu verankern.

## **Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV**

### *Bewertung:*

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt nachdrücklich, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeit der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

### *Änderungsbedarf:*

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI. In Satz 4 wird das Wort „können“ durch „sollen“ ersetzt.

## **Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegekraftstellen-Förderprogramm**

### *Bewertung:*

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von vier Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die nicht berechtigt sind pflegerische Vorbehaltsaufgaben durchzuführen und über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen ist für das Programm in gewisser Hinsicht nachvollziehbar, darf allerdings keine Präjudiz dafür sein, dass die Kompetenzen von Pflegekräften ausgehöhlt werden.

Keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Kodierung besteht aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt bei den halbjährlichen Bestätigungsmeldungen, die die Fortgeltung der bestehenden Anspruchsvoraussetzungen belegen sollen. Dieser Punkt ist untergesetzlich in den Festlegungen zwischen den Verbänden und dem GKV-SV geregelt. Eine untergesetzliche Regelung bietet den Vorteil einer flexiblen Anpassungsmöglichkeit bei auftretenden Problemen.

### *Änderungsbedarf:*

Streichung der Neuregelung in § 8 Absatz 6 Satz 7.



## **Änderungsantrag 8: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen**

### *Bewertung:*

Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.

## **Änderungsantrag 9: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen**

### *Bewertung:*

Die Änderung ist im Zusammenhang mit ÄA 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis zu sehen und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, regelmäßig fortgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird angeregt zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen.

Der neue Absatz 2a, der digitale Technologien ausdrücklich im Rahmen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vorsieht, wird als obsolet angesehen, da die meisten digitalen Technologien nach ihrer Funktionsweise im Wohnumfeld zugleich Pflegehilfsmittel sein werden. Hier

### *Änderungsbedarf:*

In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Streichung von Absatz 2a.

## **Änderungsantrag 11: Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

### *Bewertung:*

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag die Möglichkeit zu Vereinbarungen über die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen geschaffen wurde. Die Ausgleichsmechanismen des Schutzschilds für die Reha und Vorsorge nach § 111d SGB V sind zum 30. September ausgelaufen. Die nunmehr vorgesehene Verhandlungsmöglichkeit rück-

wirkend zum 01.10.2020 und prospektiv bis zum 31.3.2021 mit Verlängerungsmöglichkeit bis zum 31.12.2021 wird ausdrücklich begrüßt.

Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass mit dem Änderungsantrag auch die ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen die Möglichkeit zur Verhandlung coronabedingter Mindereinnahmen und Mehraufwendungen erhalten. Sie konnten entsprechende Belastungen seit der seit März anhaltenden Pandemie bislang noch gar nicht geltend machen.

Das GVPG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die Gefahr, dass vor allem kleinere Einrichtungen, die während der Periode vom 30. September bis zum 31. Dezember 2020 keine Möglichkeiten weiterer Ausgleichszahlungen durch Auslaufen der Regelung des § 111d haben, in der Übergangsphase insolvent geht. Um dies zu vermeiden, ist es dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern. Dieser ist für eine Überbrückungsphase zwingend erforderlich. Dafür kann § 111d Absatz 8 genutzt werden, der eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats ermöglicht. Durch den Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

Nach wie vor sind in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erhebliche Mehrkosten und gleichzeitig Mindereinnahmen zu verzeichnen. Mehraufwendungen konnten im Rahmen der Ausgleichsregelungen nach § 111d SGB V bislang gar nicht geltend gemacht werden. Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygieneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

Eine Vollauslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist unter den erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen jedoch angesichts unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten nicht an jeder Einrichtung möglich. Vor diesem Hintergrund ist der Auslastungsgrad der Einrichtungen von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Auch können die Reha- und Vorsorgekliniken die Belegung nicht vollständig steuern. So kommt es nach wie vor zu Belegungsausfällen aufgrund von kurzfristigen Patientinnenabsagen, kurzfristigen Anamnese-Kontakten vor der Anreise und zu Abreisen aus Kliniken. In Folge dieser Entwicklungen kommt es nach wie vor zu Mindereinnahmen, teilweise unterhalb der Wirtschaftlichkeitsgrenze.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen nach sich ziehen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen bislang nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patient\*innen, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand\*in.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

#### *Änderungsbedarf:*

Erlass einer Rechtsverordnung des BMG auf der Grundlage des § 111d Absatz 8, befristet bis zum 1.1.2021.

Folgeänderung der Rechtsverordnung:

In § 111 Absatz 5 wird die Frist „1.10.2020“ durch den „1.1.2021“ ersetzt.

#### **Änderungsantrag 14: § 37 Abs. 3 SGB XI Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI**

##### *Bewertung:*

Die Neufassung von § 148 zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI, dass die Beratung bis einschließlich 31. März 2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und Datensicherheit gewährleistet ist sowie datenschutzrechtliche Belange beachtet werden, wird begrüßt.

#### **Änderungsantrag 15: § 150 Abs. 6 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI**

##### *Bewertung:*

Die beabsichtigte Verlängerung um weitere drei Monate – bis zum 31. März 2020 - der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, wird ausdrücklich begrüßt.

## **Änderungsantrag 16: Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI**

### *Bewertung:*

Die AWO begrüßt die weitere Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI bis zum 31.3.2021 mit Nachdruck. Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregulungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z. B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne, Infektionsgeschehens oder wegen notwendiger Kohortierung nicht belegt werden können.

Neben den Mindereinnahmen kommt es in allen Einrichtungen und Diensten auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. Auch die Durchführung der Antigen-Testungen zieht Mehraufwendungen in Form des zusätzlich einzusetzenden Personals nach sich.

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass auch die Regelung zur Fortgewährung des Pflegeunterstützungsgelds für einen Zeitraum von bis zu 20 Tagen vom 31.12.2020 bis zum 31.12.2021 verlängert wird.

Es hat sich seit März herausgestellt, dass Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst sind, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Es fehlt an einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.

### *Änderungsbedarf:*

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

## **Weitergehender Änderungsbedarf**

### **Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung**

#### *Bewertung:*

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.

### *Änderungsbedarf:*

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt: „Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen.“

### **Stellungnahme zum Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ (Drucksache 19/23699)**

#### *Bewertung:*

Die Arbeiterwohlfahrt steht ein für die notwendige Verbreiterung der Einnahmebasis der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir betonen die Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung von Gesundheit und Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Systeme wird dem nicht gerecht.

Die Umlagefinanzierung hat sich in der Vergangenheit grundsätzlich 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 finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt die AWO bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsgrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise würde nicht nur die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abgebildet, sondern auch die Finanzierung auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen abhängige Finanzierung gewährleistet.

Die AWO tritt dafür ein die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Kleine und mittlere Einkommen werden dadurch entlastet, denn die Ausweitung der Bemessungsgrundlage ermöglicht eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes oder zusätzliche Leistungsausgaben. Eine Anhebung kann auch schrittweise erfolgen.

Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der Versicherungszweige zusätzlich betont.

Die Arbeiterwohlfahrt weißt in diesem Zusammenhang auf Ihre Gutachten zur [Umsetzung einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit](#) sowie zu [Berechnungen zur Finanzierbarkeit der Pflege über eine Bürgerversicherung](#) hin.