

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(26)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020



Stellungnahme

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz - GPVG)
(Drucksache 19/23483)**

und

**zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD
(Ausschussdrucksachen 19(14)242.2 und 19(14)242.3)**

sowie

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

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Paritätische begrüßt das Vorhaben, 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 ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen. Nachdem im Referen-

Paritätischer Gesamtverband

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, Tel: 030 24636-0, Fax: 030 24636-110
Email: info@paritaet.org, Internet: <http://www.paritaet.org>

tenentwurf dieser Schritt aufgrund der alleinigen Qualifizierungsstrategie von Pflegehilfskräften mit Basiskursen o.Ä. (QN 2) noch unter seinen Möglichkeiten blieb, schießt nun die alleinige Qualifizierungsstrategie von 1- u. 2- jährig nach Landesrecht ausgebildeten Pflegehilfskräften (QN 3) über das Ziel hinaus. Aus unserer Sicht müssen hier stärker die derzeitigen knappen Kapazitäten für diese Pflegehilfskraftausbildungen berücksichtigt werden. Es muss für einen längeren Zeitraum beides möglich sein, nämlich über das Pflegehilfskraftstellenprogramm Personal einzustellen, welches sowohl nach QN 2 als auch QN 3 qualifiziert wird.

Besonders zu begrüßen ist auch die Verlängerung des Corona-Pflegeschutzschirms bis zum 31.03.2020. Dies gibt den Trägern der Langzeitpflege in der pandemischen Lage die erforderliche Sicherheit über das Jahresende hinaus. Begrüßt werden auch die Regelungen zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

B. Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

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 SGB; § 85 Absätze 9 bis 11 XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung:

Aus Sicht des Paritätischen 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 Gesetzestext 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 führen, 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 Vergütungszuschlages 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 ma-

chen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zu den im Absatz 11 Satz 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 QN 3 (uns insbesondere die Nachqualifikation auf das Niveau QN 3) in den Fokus nimmt. Allerdings wurde die Regelung aus dem Referentenentwurf verworfen, nach der mit dem Vergütungszuschlag auch die Qualifizierung von Mitarbeiter*innen des Niveaus QN 1 auf QN 2 sowie deren Beschäftigung finanziert werden sollte. Wir hielten beide Varianten gegenwärtig für die richtige Strategie mehr Personal aufzubauen. Die alleinige Fokussierung auf QN 3 wird mit großer Sicherheit dazu führen, dass dieses Programm nicht schnell erfolgreich sein wird. Es stehen vermutlich nicht genügend Ausbildungsplätze zur Verfügung, um in dem erforderlichen Maße das benötigte Personal innerhalb der kommenden Jahre zu qualifizieren. Ob die vorhandene Flexibilisierung von drei Jahren, in der die Ausbildung zu QN 3 erfüllt oder angefangen werden muss, ausreicht und sich positiv auf die Inanspruchnahme auswirkt, können wir nicht voraussagen. Aber es bleibt ein Unsicherheitsfaktor. Besser wäre es also klarzustellen, dass in der ersten Ausbaustufe sowohl QN 2 als auch QN 3 finanziert werden und erst in einer späteren Ausbaustufe Regelungen zur Nachqualifizierung für QN 3 verpflichtend werden, wenn sich das Ausbildungsangebot verbessert hat.

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 (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Das der Bundesrat die Regelungen in seiner Stellungnahme aufgreift und vorschlägt, dass die vorhandenen Ausbildungen zur einjährig staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder einjährig staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege ausreichen sollen, unterstreicht unsere Befürchtung, dass es zunächst nicht genügend Ausbildungsplätze für QN 3 geben wird.

Änderungsbedarf

In § 85 Absatz 9 Satz 1 SGB XI muss geregelt werden, dass der Vergütungszuschlag in der ersten Ausbaustufe auch für die Qualifizierung von Mitarbeiter*innen des Niveaus QN 1 auf QN 2 sowie deren Beschäftigung eingesetzt werden kann.

C. Änderungsanträge

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

Bewertung:

Der Paritätische 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 4 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 über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen ist für das Programm in gewisser Hinsicht vertretbar, darf allerdings keine Präjudiz dafür sein, dass die Kompetenzen von Pflegekräften ausgehöhlt werden.

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: § 111 und § 111c SGB V Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Bewertung:

Die Ergänzung, dass Krankenkassen und die Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 30.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen wird begrüßt.

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

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.

D. Weitergehender Änderungsbedarf

Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

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.“

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

Der Paritätische 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 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 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. Dass eine Beitragsbemessung, die neben dem Lohneinkommen auch andere Einnahmen einbezieht - etwa aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen – administrativ ohne Probleme umzusetzen ist, belegt die entsprechende Beitragserhebung bei freiwillig Versicherten.

Der Paritätische tritt dafür ein, in einem ersten Schritt die Beitragsbemessungsgrenze deutlich anzuheben, mindestens auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. 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 in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgerechnet der einkommensstärkste 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 notwendige

Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Berlin, 09. November 2020
Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

altenhilfe@paritaet.org