

Stellungnahme der Diakonie Deutschland
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – 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

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 10. November 2020

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 19(14)243(32) zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 - Versorgungsverbesserungsgesetz 11.11.2020</p>

Gerne nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, zum o. g. Gesetzentwurf sowie den genannten Änderungsanträgen Stellung zu nehmen.

A. Allgemeine Bewertung

1. Durch Veränderungen im § 140a (Besondere Versorgung) SGB V werden die Handlungsmöglichkeiten der Akteure für **sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen** im Selektivvertragsrecht deutlich ausgeweitet. Die Aufnahme konzeptioneller Impulse der Diakonie Deutschland für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung wird zwar begrüßt, jedoch setzen wir uns für einen Reformansatz im SGB V mit dem Ziel ein, die Regelversorgung sektorenübergreifend zu strukturieren und die „Besondere Versorgung“ auf die Erprobung innovativer Versorgungsformen zu begrenzen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen in Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags allen Versicherten offenstehen.
2. Mit Veränderungen im Krankenhausentgeltgesetz wird ein **Förderprogramm für Hebammenstellen in der stationären Versorgung** geschaffen, das aus Sicht der Diakonie Deutschland nur als erster Schritt zur Behebung der Versorgungsprobleme in der stationären Geburtshilfe zu begreifen ist.
3. Die **Sicherstellungszuschläge** für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin antworten darauf, dass die Daseinsversorgung in diesem Bereich nicht mehr durchgängig gesichert ist. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist dieser Schritt im Sinne einer möglichst wohnortnahen Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher zu begrüßen.
4. Vor dem Hintergrund der pandemischen Krise ist aus der Sicht der medizinischen **Vorsorge- und Rehabilitationskliniken** nach § 111d SGB V einen Rettungsschirm aufrechtzuerhalten. Erst nach einer Übergangsphase sollten die Änderungsanträge der Koalitionsparteien, die die §§ 111 und 111c SGB V betreffen, greifen.
5. Vor dem Hintergrund der schwierigen Vergütungslage im Rahmen der Versorgung mit Haushaltshilfe (nach § 132 SGB V) setzt sich die Diakonie Deutschland nachdrücklich dafür ein, dass die tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

6. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. 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. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Neben den Personalkosten, sind auch die Sach- und Regiekosten durch die Pflegekassen zu finanzieren, damit das beabsichtigte politische Ziel der Vermeidung von finanzieller Mehrbelastung für die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen erreicht werden kann. Die Diakonie Deutschland setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistenz Ausbildung ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PfIBG Rahmenvorgaben schaffen.
7. Angesichts der Tatsache, dass die Pandemie noch nicht beendet ist, sieht die Diakonie Deutschland die Notwendigkeit einer **Verlängerung einzelner Maßnahmen des Schutzschirms für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 2 und 3 SGB XI und für die nach Landesrecht anerkannten Angebote nach § 150 Absatz 5a SGB XI. Wir begrüßen daher die geplante Verlängerung des Schutzschirms nach § 150 SGB XI durch den Änderungsantrag 15/Dr. 19 (14) 242.3.**
8. Ambulante Dienste, die **pflegerische Leistungen nur über das SGB V erbringen** und keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben, wie z. B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Dienste oder Familienpflegedienste, wurden bisher nicht vom Schutzschirm erfasst, obwohl sie die gleichen Probleme wie die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste nach dem SGB XI hatten. Dies gilt es zu korrigieren.

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 140a Besondere Versorgung

Die im Referentenentwurf formulierten Änderungen des § 140a erweitern die selektivvertraglichen Spielräume erheblich. Sie müssen nach Auffassung der Diakonie der Erprobung innovativer Ansätze der sektorenübergreifenden Versorgung dienen und die Überführung in die Regelversorgung vorbereiten.

Insbesondere die Ermöglichung von Vernetzungen über die Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus nimmt konzeptionelle Impulse der Diakonie nach einer sektorenübergreifenden Perspektive in der Versorgung, insbesondere von chronisch kranken, pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und komplexen Bedarfen, auf.

In unserem Positionspapier „Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen“ (Diakonie Text 01.2017) wurden Versorgungsprobleme im Kontext der Versorgung zu Hause und an den Schnittstellen zum Krankenhaus und zur Pflegeeinrichtung dargestellt. Regelmäßig sind es über die Krankenversicherung und auch über den Leistungskatalog der GKV hinausgehende Bedarfe, die, um Teilhabe und Selbstbestimmung zu verwirklichen, in einem Sozialraum erbracht werden müssen. Dazu sind sektorenübergreifende Strukturen der Bedarfserkennung, der Fallbegleitung, der Information und Beratung sowie der koordinierten Leistungserbringung in regionalen Netzwerken sinnvoll. Für die Gruppe chronisch kranker und behinderter Kinder erstellte die DVfR eine vergleichbare Analyse und kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen (vgl.: Zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern. Positionspapier der DVfR August 2019).

Zu Absatz 1

Die Klarstellung, dass auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge abgeschlossen werden können mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften und, dass Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen beitreten können, erweitert den Handlungsspielraum der Akteure i. S. einer an der Versorgungslage orientierten sektorenübergreifenden Vertragsgestaltung und -entwicklung.

Die Ermöglichung besonderer sektorenspezifischer Versorgungsverträge für nichtärztliche Leistungserbringer wird begrüßt, da auf diesem Wege die berufsgruppenübergreifende Versorgung bei der Erprobung neuer Versorgungsformen verbessert werden kann

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die besondere Versorgung auf Regionen beschränkt werden kann. Das kann sinnvoll sein, um in einer Region Kooperationen zu erproben.

Dass das Nebeneinander von alten und neuen Versorgungsverträgen nach § 140a mit Frist beendet wird, wird der konzeptionellen Weiterentwicklung der besonderen Versorgungsformen und der rechtlichen Klarheit gerecht.

Zu Absatz 2

Die Klarstellung des neu formulierten Satz 4 dahingehend, dass nach § 92 a geförderte Projekte den Anforderungen nach § 140a entsprechen, wird befürwortet. Begrüßt wird ferner, dass die bisherigen Aussagen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gestrichen werden.

Von Bedeutung für die Praxis sektorenübergreifender Versorgung ist, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und Krankenkassen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden dürfen. Dadurch könnte, wie die Gesetzesbegründung ausführt, diese Leistung, beispielsweise eine aufsuchende Beratung bei vulnerablen Personengruppen etwa durch Sozialarbeiter, auf Dritte übertragen oder füreinander wahrgenommen werden. Dadurch wird die innovative Erprobung der Arbeit multidisziplinärer Teams in komplexen Versorgungsstrukturen erleichtert.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden als neue Vertragspartner der Krankenkassen „andere (...) Sozialleistungsträger“ und die für diese zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer angeführt. Diese Änderung entspricht den vielfältigen Praxisbedürfnissen, konzeptionellen Überlegungen und Forderungen nach dem Einbezug weiterer Sozialleistungsträger in die Entwicklung sektorenübergreifender Strukturen.

Ferner werden die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in den Kreis der Vertragspartner aufgenommen. Diese Regelung wird von der Diakonie abgelehnt, da die privaten Versicherer damit zwar an Versorgungsinnovationen, nicht aber den Gestehungskosten der Verträge, denen sie beitreten, beteiligt sind. Darüber hinaus steht die Diakonie Deutschland der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kritisch gegenüber.

Die Aufnahme anderer Berufs- und Interessenverbände der Leistungserbringer (in Nummer 7) reflektiert die Öffnung der besonderen Versorgungsformen für sektorenübergreifendes Handeln.

Zu Absatz 3a und 3b (neu)

Absatz 3a konkretisiert auf der Ebene der Vertragsgegenstände die Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger und Leistungserbringer. Es ist ausdrücklich positiv zu bewerten, dass anerkannt wird, dass häufig einzelne Leistungserbringer Versorgungsinnovationen ausbilden. Positiv zu bewerten ist auch, dass Gegenstand der Verträge auch die Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein kann. Damit werden den Vertragspartnern große Spielräume einer umfassenden teilhabebezogenen Versorgung einschließlich des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V eröffnet. Für die Diakonie ist entscheidend, dass alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer einer Region – in Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung – in die Erprobung dieser neuen Form sektorenübergreifenden Handelns einbezogen werden.

Die im neuen Absatz 3b eröffnete Möglichkeit, dass eine Krankenkasse in Einzelfällen aus medizinischen oder sozialen Gründen oder in anderen Fallkonstellationen Kosten selbst beschaffter Leistungen erstattet, sowie Verträge auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abschließt, ist insbesondere, wie auch in der Gesetzesbegründung ausgeführt, bei seltenen Erkrankungen und anderen komplexen Fallkonstellationen von Belang und zu begrüßen.

So sinnvoll die im Entwurf vorgeschlagenen Änderungen für die Erprobung innovativer Formen der Leistungserbringung sind, so notwendig ist es auch, dass in der Regelversorgung sektorenübergreifendes Handeln mehr als bisher ermöglicht wird, um die Begrenzungen, die mit Selektivverträgen verbunden sind, aufzuheben. Selektivverträge setzen auf eine wettbewerbliche Konstellation zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern. Wenn sie Kooperationen fördern, schließen sie doch zugleich, da selektiv, Akteure aus der Verpflichtung zu einer gemeinsam verantworteten Gestaltung der sozialräumlichen Versorgung aus. Gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen, die mitunter auch in schwierigen Lebensbedingungen leben, sind unter wettbewerblichen Gesichtspunkten nicht immer wirtschaftlich interessant, noch macht es unter den Gesichtspunkten der Gesundheit und der Teilhabe Sinn, ihnen den Zugang zu sektorenübergreifenden Leistungselementen dadurch zu erschweren, dass diese nur selektiv, fragmentiert, umgesetzt werden; wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Analyse in den „Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018“.

Vor dem Hintergrund der Analyse setzt sich die Diakonie Deutschland für weitergehende Veränderungen des SGB V ein, um die **Regelversorgung** sektorenübergreifend zu gestalten. Die selektivvertraglichen Regelungen nach § 140a können ihrem besonderen Charakter entsprechend auf die zeitlich begrenzte Erprobung innovativer Versorgungsformen, die mit besonderer Begründung über eine Frist hinaus weitergeführt werden können, beschränkt werden. Dies wird auch dem Charakter der gesetzlichen Krankenkassen gerecht, die die sozialrechtlichen Ansprüche aller Versicherten, hier auf eine sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung, umzusetzen haben.

Änderungsanträge zu Artikel 1 und weitere Änderungsbedarfe im SGB V

Zu Änderungsantrag 2/Drs. 19 (14) 242.2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis

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.

Zu Änderungsantrag 11/ Drs. 19 (14) 242.3

Zu Artikel 1, Änderung des SGB V §§ 111, 111c SGB V (zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Die Hoffnung, dass die medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach dem (ersten) Lockdown in einen Regelbetrieb starten, musste durch die Entwicklung der Pandemie im Herbst aufgegeben werden. Die Einrichtungen arbeiten weiterhin im Krisenmodus mit erheblichen Mindereinnahmen und Mehrkosten.

Zugleich ist es sinnvoll, über die akute pandemische Krise, die auch eine der Einrichtungen ist, hinaus, die Einrichtungen materiell zu sichern, damit sie ihre Versorgungsaufträge wahrnehmen können.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Diakonie Deutschland die mit den vorgeschlagenen Änderungen in den §§ 111 und 111c SGB V verfolgten Anliegen, bittet jedoch dringend darum, dass für eine Übergangsphase der Rettungsschirm nach § 111d SGB V verlängert wird. Die Verlängerung des Rettungsschirms bis zum 31.03.2021 ist nach § 111d Abs. 8 durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats möglich. In dieser Übergangsphase können die in den Änderungsvorschlägen formulierten Verhandlungen stattfinden.

Wird auf die Verlängerung des Rettungsschirms verzichtet, müssten die Einrichtungen in einer existenziellen Krisensituation mit den Krankenkassen verhandeln, der Ausgang wäre offen, die Gewichtsverteilung der Verhandlungspartner sehr ungleich.

Es soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Bestimmungen des § 111d SGB V einrichtungsbezogene Ausgleichzahlungen vorsehen; es handelt sich nicht um pauschale Erstattungen.

Ausdrücklich begrüßt die Diakonie Deutschland, dass die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in die geplanten Bestimmungen zur Anpassung der Vergütungsvereinbarungen einbezogen sind.

Änderungsbedarf:

In den vorgeschlagenen Formulierungen der Änderungen der §§ 111 und 111c SGB V werden die angegebenen Fristen aufgrund Verlängerung des Reha-Rettungsschirms (bis zum 31.03.2021) nach § 111d SGB V zeitlich verschoben (mit Beginn der Vergütungsanpassungen zum 1.4.2021).

§ 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner

Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe 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 Zweck 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 Eingliederungshilfe 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.“

Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkindfamilien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwersterkrank sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 4 (hier: zum Hebammen-Förderprogramm)

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass ein Hebammen-Förderprogramm aufgelegt wird, das die Relation von Hebammen zu Schwangeren verbessern soll. Das IGES-Gutachten (Stationäre Hebammenversorgung, September 2019) hat gezeigt, dass die Versorgungssituation der Schwangeren wie auch die Arbeitssituation von Hebammen in den Kliniken durch erhebliche Probleme gekennzeichnet sind. Zu nennen sind Versorgungsengpässe in Großstädten, die mangelnde Zufriedenheit der Hebammen bezüglich der Qualität der Tätigkeit, der Umfang fachfremder Tätigkeiten, eine hohe Arbeitsbelastung bei zu niedrigem Einkommen.

Die Geburtshilfe ist durch ein komplexes Entwicklungsprogramm dieses Leistungsbereichs in unterschiedlichen Hinsichten zu fördern. Die im Referentenentwurf vorgesehene Finanzierung der Personalkosten für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten ist vor dem Hintergrund der skizzierten Problemanalyse ein erster, aber bei weitem nicht ausreichender Schritt. Ziel muss es sein, schrittweise eine Betreuungssituation von 1:1 von Hebammen und Gebärenden zu erreichen. Ferner machen wir darauf aufmerksam, dass die Entlastung der Hebammen sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen muss. Die Förderung von assistierendem Personal ist sinnvoll und zu begrüßen, ausgebildete Pflegefachkräfte sind für diesen Zweck jedoch überqualifiziert und sind angesichts des Personalmangels in anderen Bereichen einzusetzen.

Änderungsbedarf:

Streichung der Ziffern 3 bis 6 in § 4 Absatz 10 Satz 4 SGB V n.F.

Zu § 9 (hier: zu den Sicherstellungszuschlägen für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin)

Durch Beifügung des neuen Halbsatzes wird die Liste um die Krankenhäuser erweitert, die bis zu einem Stichtag die Vorgaben für Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen.

Dieser Schritt wird nachdrücklich befürwortet. Er antwortet auf Versorgungs- und Finanzierungsprobleme, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften dargestellt sind. Der Zuschlag kann einen Beitrag dazu leisten, insbesondere die regionale stationäre pädiatrische Versorgung zu sichern und damit auch die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittlempfehlung

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

Aus Sicht des Diakonie Deutschland 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 an Assistenzkräften am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept des ermittelten Personalbedarfs zur Umsetzung fehlt. In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfüllen muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss.

Vorweg möchten wir auf Folgendes hinweisen: 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.

Um sicherzustellen, dass im Rahmen des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms Pflegekräfte nach QN 3 möglichst schnell zur Verfügung stehen, sofern sie nachqualifiziert werden müssen, sollte die berufsbegleitende Qualifizierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr, dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

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. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohen bürokratischen Aufwands wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

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. Zudem muss für die Einrichtungen klar festgelegt 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 Pflegeassistent*innen nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

§ 84 Absatz 2 Satz 4 normiert, dass die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung seines 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. Dies gilt sowohl für § 84 Absatz 9 SGB XI als auch für das vereinfachte Verfahren nach § 85 Absatz 11 SGB XI. § 84 Absatz 9 Satz 1 und § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 sind deshalb entsprechend zu ergänzen.

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“ sind deshalb in § 85 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu streichen.

Die Sozialhilfeträger sind weder Leistungsträger noch Vertragspartei. Die Finanzierung geht nur zu Lasten der Pflegeversicherung. **In § 85 Absatz 10 Satz 2** sind die Wörter: „der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ zu streichen.

Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen nach **§ 85 Absatz 11** wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal die Voraussetzungen nach Absatz 9 Nummer 1 Buchstaben a) bis c) erfüllt. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation zu machen. Auch müssen in dem vereinfachten Verfahren die Sach- und Regieaufwendungen ebenfalls eine Berücksichtigung finden. Auch

hier dürfen die Pflegebedürftigen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen. (siehe auch oben).

Bei den Leistungsträgern handelt es sich unserer Auffassung nach um die Pflegekassen und nicht um alle nach Absatz 2 beteiligten Kostenträger als Parteien der Pflegesatzvereinbarung. § 85 Absatz 11 Satz 1 Halbsatz 1 und die Sätze 2 bis 4 sind deshalb anzupassen.

Änderungsbedarfe

In § 84 Absatz 9 Satz 1 muss auch auf § 84 Absatz 2 Satz 4 verwiesen werden. § 84 Absatz 9 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

„(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 sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ~~durch die Vertragsparteien nach Absatz 2~~ erfolgt auf der Grundlage, ...“

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 c) sollte wie folgt gefasst werden:

„für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es **in den ersten sechs Monaten, jedoch** spätestens zum Ablauf des ~~dritten~~ **ersten** Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist. **Es ist sicherzustellen, dass eine Verzögerung des Ausbildungsbeginns nicht zu einem wirtschaftlichen Vorteil der Einrichtung führen kann und so Fehlanreize ausgeschlossen werden.**“

§ 85 Absatz 10 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden:

„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 Verfahrensverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest.“

In § 85 Absatz 11 sollten die folgenden Änderungen vorgenommen werden.

„(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:

.....

3. ~~die Qualifikation~~, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, sowie die in diesem Zusammenhang entstehenden sonstigen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich den Regiekosten.

....

5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2

Nummer 2 vorzuhalten hat; **und dass die Anforderungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) bis c) erfüllt sind.**

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 und 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.“

Änderungsanträge zu Artikel 3

Änderungsantrag 6/Drs. 19 (14) 242.2: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Der Diakonie Deutschland begrüßt, 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 Möglichkeiten 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/Drs. 19 (14) 242.2: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

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. Es ist geplant, dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die über keine fachpflegerischen Kompetenzen verfügen. Hierbei erscheint uns wichtig, dass diese Fachkräfte im Rahmen ihres berufsspezifischen Tätigkeitsprofils eingesetzt werden, beispielsweise als Sozialpädagog*in oder Ergotherapeut*in in den vollstationären Pflegeeinrichtungen und nicht als Pflegehilfskräfte. Dies ist in der Gesetzesbegründung oder im Gesetz selbst klarzustellen.

Der Diakonie Deutschland erschließt sich nicht die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung 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 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/Drs. 19 (14) 242.2: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

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/Drs. 19 (14) 242.2: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Diese Änderung weist einen Konnex zu Änderungsantrag 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis auf 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, fortlaufend 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 Leistungserbringerverbände in der Pflege, der Pflegeberufsverbände 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. Ebenfalls begrüßt wird der neue Absatz 2a. Dieser sieht digitale Technologien ausdrücklich im Rahmen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vor, da technische Hilfen im Haushalt, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gewertet werden können, bisher regelmäßig nicht aus der Pflegeversicherung finanzierbar waren.

Weiterhin bestehen bleiben jedoch die fehlenden ausreichenden und dauerhaften Regelungen zur Finanzierung von digitalen Innovationen in Pflegeeinrichtungen.

Änderungsbedarf

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

Änderungsantrag 14/Drs. 19 (14) 242.3: § 148 Beratungsbesuch – Einführung einer befristeten Sonderregelung

Mit diesem Änderungsantrag wird eine befristete Sonderregelung zur Durchführung der Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 eingeführt. Während der Corona-Pandemie kann auf Wunsch des Pflegebedürftigen dieser auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen. Unserer Auffassung nach sollten die Erfahrungen, die bis 31. März 2021 gewonnen werden, ausgewertet werden. Danach sollte dann entschieden werden, wie diese Regelung in die Regelversorgung übernommen werden kann.

Änderungsantrag 15/ Drs. 19 (14) 242.3.: § 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige – Verlängerung der befristeten Sonderregelung

Der Schutzschirm des § 150 Absatz 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Absatz 5a für die nach Landesrecht anerkannten Angebote. Der gegenwärtige Anstieg der Infektionszahlen zeigt,

dass die Krise noch nicht vorüber ist und sicherlich den ganzen Winter andauern wird. Insbesondere vulnerable Patientinnen und Patienten, wie chronisch kranke Menschen und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, müssen weiterhin vor einer Ansteckung mit COVID-19 geschützt werden. Gleichzeitig muss eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung auch in dieser Zeit sichergestellt werden. Die Studie aus Bremen (<https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie>) hat gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen ein besonders hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe aufweisen und, dass 60 % aller durch COVID-19 verursachten Todesfälle Menschen betreffen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben oder von Pflegediensten versorgt werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV- 2 bezogenen Schutz- und Hygienekonzepten für die pflegebedürftigen Menschen und Ihre Angehörigen aber auch für die Mitarbeitenden arbeiten müssen.

Eine Verlängerung um weitere drei Monate der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, ist daher auch unserer Auffassung nach angezeigt. **Die Diakonie Deutschland begrüßt deshalb die Verlängerungen der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI bis zum 31.03.2021.**

In allen Bereichen der Pflege und des Gesundheitswesens (ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege, stationäre Hospize, nach Landesrecht anerkannte Angebote, ...) werden wir aber auch nach dem 31.03.2021 **außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen für Schutz- und Hygienematerialien sowie entsprechende Schutz- und Hygienemaßnahmen** haben. Hierzu zählen insbesondere:

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung)
- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand:** gestiegener Bedarf an Sachkosten für Desinfektionsmittel, Isoliervorrichtungen und an Zeitaufwand für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie perspektivisch höherer Bedarf an Luftreinigungsgeräten wegen der Übertragung von SARS-CoV-2 über Aerosole
- **Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots,** durch das Angebot der Betreuung in kleinen, getrennt organisierten Gruppen, durch eine veränderte Tourenplanung in der ambulanten Pflege.

Unserer Auffassung nach ist es schwierig, die hier dargestellten außerordentlichen Corona-bedingten Mehraufwendungen über Pflegesatz-, Vergütungs- oder Tagesbedarfssatzverhandlungen abzusichern; denn dies bedeutet für die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege eine Erhöhung der Eigenanteile und in der ambulanten Pflege bzw. in der Tagespflege eine Reduktion der Leistungszeiten, der Nutzungstage oder höhere Zuzahlungen.

Unserer Ansicht nach bedarf es hier eines Zuschlags, der ausschließlich über das SGB XI finanziert werden muss und nicht durch die pflegebedürftigen Menschen, und der auch bei niedriger Infektionslage zur Anwendung kommt.

Außerdem setzen wir uns weiterhin für eine Erweiterung des Anwendungsbereichs des Schuttschirms von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen/-dienste ein.

§ 150 Absatz 2 sieht die Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. Dies impliziert, dass ambulante Pflegedienste, die reine SGB V-Leistungen anbieten, wie SAPV-Pflegedienste, Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste oder Familienpflegedienste (mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 SGB V) die Kostenerstattung nicht erhalten konnten und können, obwohl sie in gleicher Weise von der Pandemie betroffen waren wie Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Dasselbe Problem haben auch stationäre Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

Änderungsbedarf

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

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.“

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.“

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.“

Gez.
Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland