

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Drucksache 19/26822 -

Zu Artikel 1 Nummer 10, 11a, 13a, 18a, 25, 38, 39a (§ 33 Absatz 5a, § 37 Absatz 2a, 8, 9 und 10, § 39e, § 64d, § 87 Absatz 1, § 132a Absatz 1, § 132m des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Artikel 16)

(Änderungen KAP Stärkung Pflegefachpersonen;
Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege;
Übergangspflege im Krankenhaus, KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher
Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen; KAP: Verordnung zur Stärkung der Pflegefachpersonen;
Verträge über Erbringung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus sowie
Inkrafttreten)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5a Satz 3 wird die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ durch die Wörter „§ 18 Absatz 6a und § 40 Absatz 6“ ersetzt und wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

b) In Absatz 9 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.“

b) Nach Nummer 11 wird folgende Nummer 11a eingefügt:

„11a. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.“

b) Die folgenden Absätze 8 bis 10 werden angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des zwölften Monats nach dem Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer

bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“ ‘

c) Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. Nach § 39d wird folgender § 39e eingefügt:

„§ 39e

Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach dem Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen.“ ‘

d) Nach Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

„18a. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:

„§ 64d

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufegesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 ist insbesondere folgendes festzulegen:

1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachkräften nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 des Pflegeberufegesetzes selbständig durchgeführt werden können,
2. Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei der Durchführung von Modellvorhaben,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(3) Die Modellvorhaben sind längstens auf vier Jahre zu befristen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen. Enthält der Evaluationsbericht einen Vorschlag, der die Übernahme in die Regelversorgung empfiehlt, können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modellvorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen.“ ‘

- e) Nummer 25 wird wie folgt geändert:
- a) Folgender Buchstabe a wird vorangestellt:
- ,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise sind so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind.“
- bb) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.‘
- b) Die bisherigen Buchstaben a bis c werden die Buchstaben b bis d.
- f) Nummer 38 wird wie folgt gefasst:
- ,38. § 132a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- bb) In Nummer 6 der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- cc) Folgende Nummer 7 wird angefügt:
- „7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.“
- b) In Absatz 4 Satz 6 wird vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zuverlässigen“ eingefügt.‘
- g) Nach Nummer 39 wird folgende Nummer 39a eingefügt:
- ,39a. Nach § 132l wird folgender §132m eingefügt:

„§ 132m

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege nach § 39e sowie deren Vergütung. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.“ ‘

2. Artikel 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Artikel 1 Nummer 11a Buchstabe a und Artikel 3 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum neuen § 40 Absatz 6 des Elften Buches. Danach wird die Erforderlichkeit für bestimmte, durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 Absatz 1 des Elften Buches dienen, vermutet, wenn eine entsprechende Empfehlung einer Pflegefachkraft vorliegt, die den antragstellenden Versicherten pflegerisch betreut.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 11a Änderung des § 37

Zu Buchstabe a

Mit den Neuregelungen zur Personalbemessung ist vorgesehen, die Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches auslaufen zu lassen und die Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen. Durch die vorrangige Zwecksetzung der Unterstützung der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet die gesetzliche Krankenversicherung derzeit indirekt einen Beitrag zur Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Im Vorgriff auf das Auslaufen dieser Sonderregelung wird dieser Finanzierungsbeitrag in unveränderter Höhe als direkte teilweise Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten festgeschrieben. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile trägt er damit weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei. Die sich rechnerisch ergebende Differenz zwischen den bisherigen Pauschalzahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und den gezahlten Vergütungszuschlägen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches dient ebenfalls der Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten. Damit wird dem nicht veröffentlichten Beschluss aus der 29. Sitzung des Rechnungsprüfungsausschusses am 7. Mai 2021 Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 8

Im Einklang mit dem als ein Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege begonnenen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen gut ausgebildete Pflegefachkräfte in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens gestärkt werden und mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Hierfür wird die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgung für geeignete Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege in die Regelversorgung überführt.

Nach dieser Regelung sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zusammenhang beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten zu regeln. Eine „Blankoverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von

ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

Bei diesen Leistungen ist weiterhin eine Verordnung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt auszustellen, wobei die nähere inhaltliche Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft in eigener Verantwortung, aber in Rückkopplung zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt vorgenommen werden kann.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinienregelungen erhalten nach § 92 Absatz 7 insbesondere die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Absatz 9

Die Neuregelung umfasst die für die in Absatz 10 vorgesehene Evaluierung erforderlichen Vorschriften zur Erhebung und Übermittlung der notwendigen Daten. Es handelt sich um Angaben, die für die Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen sowie für die Auswertung des Verordnungsgeschehens erforderlich sind.

Die Daten sind von den Krankenkassen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, weil nur auf diese Weise die für die Evaluierung nach Absatz 10 notwendige Datenvalidität und -vollständigkeit zu erreichen ist.

Der Arztbezug ist für die Evaluierung im Hinblick auf eine Analyse und Auswertung des Verordnungsgeschehens bezogen auf die Versorgung nach Absatz 8 notwendig. Da bei dieser Versorgung die Verordnungen keine Angaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen enthalten, ist auch die Zusammenführung dieser Daten (zum Beispiel nach bestimmten Diagnosen) je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten über ein Pseudonym zusammengeführt werden können. Des Weiteren können für die Auswertung des Verordnungsgeschehens die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten sowie weitere in der Person der Versicherten liegende Besonderheiten relevant sein.

Für die vorgesehene Evaluierung ist es zum Schutz der sensiblen Sozialdaten sowohl für den Arztbezug als auch für den Versichertenbezug ausreichend, die Datenübermittlung in pseudonymisierter Form vorzugeben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Aufgabe, die ihm übermittelten pseudonymisierten Daten kassenartenübergreifend zusammenzuführen und dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten Dritten diese Daten für die nach Absatz 10 Satz 1 vorzunehmende Evaluierung zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung durch die Krankenkassen zu regeln.

Die pseudonymisierten Daten sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem beauftragten unabhängigen Dritten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

Zu Absatz 10

Die Versorgung nach Absatz 8 ist nach Absatz 10 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten der vom G-BA nach Absatz 8 zu beschließenden Regelungen vorzunehmen. Für die Evaluierung haben der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam einen externen Dritten zu beauftragen.

Zu Buchstabe c

Zu Nummer 13a Neuer § 39e (Übergangspflege im Krankenhaus)

Es wird ein neuer Anspruch auf eine Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt. Voraussetzung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung vor der Entlassung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden können. Die Leistung kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die oder der Versicherte zuvor behandelt worden ist. Die Leistung ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch besteht. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst sektorenübergreifend im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Die Übergangspflege hat die Aufgabe, die in Aussicht genommene ambulante oder stationäre Versorgung vorzubereiten, zu unterstützen und zu fördern. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Der Anspruch ist nachrangig zu den eingangs genannten Leistungen. Von den Patientinnen und Patienten wird aber nicht verlangt, dass sie einen erheblichen Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung. So steht dem Anspruch nicht entgegen, dass in erheblicher Entfernung ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dokumentiert werden. Im Rahmen des Entlassmanagements ist zu prüfen und zu dokumentieren, dass bestimmter Nachsorgebedarf besteht und kein entsprechender Leistungserbringer zur Verfügung steht oder die Versorgung anderweitig nicht gesichert werden kann. Um die Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit der Dokumentation sicherzustellen, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, die Regelung zur Dokumentation innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung in dieser Zeit nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest.

Absatz 2 regelt die Zuzahlungen, die von Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu entrichten sind. Innerhalb eines Kalenderjahres sind für längstens 28 Tage an das Krankenhaus 10 Euro je Kalendertag nach § 61 Satz 2 zu zahlen. Von Versicherten bereits geleistete Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 für Krankenhausbehandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind anzurechnen.

Zu Buchstabe d

Zu Nummer 18a Neuer § 64d (Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte)

In der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit in den von ihm initiierten Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Einbeziehung insbesondere von Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, der Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, aller weiteren relevanten Akteure sowie der Fachwissenschaft auch die Möglichkeiten der Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte einbezieht. Ziel der Regelung ist die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige, d.h. eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachkräfte. Dabei soll auch überprüft werden, ob und wie diese Möglichkeiten für eine gute und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzbar gemacht werden können. Bei der selbständigen

Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte ist die Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten – insbesondere den Ärztinnen und Ärzten – wichtig. Daher sollen in den Modellvorhaben auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit Erkenntnisse gewonnen und Standards entwickelt werden.

Da die auf Freiwilligkeit basierende Regelung des § 63 Absatz 3c, die bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit der Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte vorsieht, trotz der Unterstützung durch verschiedene Vereinbarungen der KAP bisher kaum genutzt wurde, werden die Verbände der Kassen auf Landesebene verpflichtet, zeitnah in jedem Bundesland mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben durchzuführen. Vorrangig sollen Modellvorhaben durchgeführt werden, zu denen die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz bereits entwickelt hat. Zusätzlich zu den standardisierten Modulen der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz besteht auch die Möglichkeit, Zusatzqualifikationen zu berücksichtigen, die durch schulinterne Curricula und Ausbildungspläne nach § 14 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes erworben werden. Das den Strategieprozess der KAP begleitende Expertengremium hat insbesondere den Bereich der Wundversorgung durch Pflegefachkräfte als ein vorrangig für eine Erprobung geeignetes Themenfeld identifiziert.

Die Bezugnahme der Regelung auf § 63 bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Die Vorschrift gilt für die im Pflegeberufegesetz geregelten Berufe. Sie schließt damit Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 Pflegeberufegesetz fortgilt. Die Vorgaben, die bei der Durchführung eines Modellvorhabens zu berücksichtigen sind, werden in einem Rahmenvertrag zwischen den auf Bundesebene für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Organisationen – dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den weiteren Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – festgelegt. Den für die Vertretung der jeweiligen beruflichen Interessen zuständigen Verbänden der Ärzteschaft und der Pflege ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Bei der Festlegung der Tätigkeiten nach Absatz 2 Nummer 1 sind insbesondere die standardisierten Module der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen. Diese Module dienen der Vermittlung erweiterter Kompetenzen, die zur selbstständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte erforderlich sind. Die Anknüpfung des Rahmenvertrages an die standardisierten Module ermöglicht die zeitnahe Durchführung von Modellvorhaben. Die Finanzierung der Kosten der Vermittlung erweiterter Kompetenzen nach § 14 des Pflegeberufegesetzes richtet sich nach § 26 des Pflegeberufegesetzes. Weiter sind Vorgaben für eine wirtschaftliche Leistungserbringung einschließlich von Vorgaben zu Mengenbegrenzung sowie Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zu vereinbaren. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass ein Rahmenvertrag innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 zu Stande kommt.

Um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu kommen, wird die Dauer der Modellvorhaben abweichend von den bisher üblichen acht Jahren (§ 63 Absatz 5 Satz 1) auf vier Jahre begrenzt. Befürworten die Sachverständigen nach der Evaluation die Aufnahme in die Regelversorgung, können die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 Satz 1 das Vorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach § 140a dauerhaft weiterführen. Dies ersetzt nicht die Übernahme in die Regelversorgung, die in der Regel durch ein Gesetz zu erfolgen hat, bietet aber insbesondere für die Pflegefachkräfte eine Perspektive für die weitere Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Geregelt wird auch eine übergangsweise Fortführung nach Ablauf der Befristung für die Fälle, in denen noch kein Evaluationsbericht vorliegt.

Zu Buchstabe e

Zu Nummer 25 Änderung des § 87 Absatz 1

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Um die nach § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Datenerhebung und -übermittlung sowie Evaluierung zu ermöglichen, erhalten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Auftrag, die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind und insoweit differenzierbar ausgewertet werden können.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Der Auftrag wurde erfüllt. Der Satz ist daher zu streichen.

Zu Buchstabe f

Zu Nummer 38 Änderung des § 132a Absatz 1 Satz 4

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten den Auftrag, in den Rahmenempfehlungen die Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen zu regeln, die über die Dauer und Häufigkeit bestimmter ärztlich verordneter Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entscheiden können.

Um die Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen zu gewährleisten, erhalten die Rahmenempfehlungspartner den Auftrag, entsprechende Maßnahmen zu vereinbaren.

Zu Buchstabe b

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Buchstabe g

Zu Nummer 39a Neuer § 132m (Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus)

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit einer Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e sowie deren Vergütung. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Zu Nummer 2

Eine unterjährige Änderung der Zweckbestimmung der pauschalen Beteiligung der GKV nach § 37 Absatz 2a SGB V soll vermieden werden.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 16
(Inkrafttreten)

1. Artikel 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

1. § 25 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird nach den Wörtern „Teil berücksichtigt“ das Semikolon und werden die Wörter „für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 erster Teilsatz werden die Wörter „oder Bundesfreiwilligendienst“ gestrichen.

2. Nach Artikel 16 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Durch die Anhebung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschritt die monatliche Gesamteinkommensgrenze des § 10 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab 1. Januar 2020 die monatliche Entgeltgrenze geringfügig Beschäftigter. Der Sonderregelung zum Gesamteinkommen für geringfügig Beschäftigte im Rahmen der Familienversicherung bedurfte es daher nicht mehr. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. Die Begründung wird nachfolgend wiedergegeben.

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz sind eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn und unterliegen der Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Freiwilligendienstleistende haben insoweit grundsätzlich den gleichen Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Soweit Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 besteht, ist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Durchführung einer Familienversicherung ausgeschlossen. Während für Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz noch Anwendungsbereiche der Regelung bestehen, ist dies beim Bundesfreiwilligendienst nicht der Fall. Ein im vertragslosen Ausland, das heißt in einem Staat außerhalb des Geltungsbereichs des europäischen Gemeinschaftsrechts oder ohne Sozialversicherungsabkommen, abgeleiteter Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz unterliegt regelmäßig nicht der Sozialversicherungspflicht. In diesen Fällen ist die Durchführung einer beitragsfreien Familienversicherung grundsätzlich möglich. Der Bundesfreiwilligendienst kann dagegen nur in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet werden. Eine Familienversicherung kommt deshalb für diese versicherungspflichtige Personengruppe nicht in Betracht. Die Regelung ist daher insoweit ohne Anwendungsbereich.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Zu Nummer 2

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf das Inkrafttretensdatum nachvollzogen.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0, 1a, 4 und 5 (Gegenfinanzierung) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 BSP; Beteiligung des Bundes an Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

,0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

aa) Nach der Angabe zu § 61 wird folgende Angabe zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“.

bb) In der Angabe zum bisherigen „Dritten Abschnitt“ des Sechsten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.

cc) In der Angabe zum bisherigen „Vierten Abschnitt“ des Sechsten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.‘

b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. In § 55 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,25“ durch die Angabe „0,35“ ersetzt.‘

c) Die folgenden Nummern 4 bis 6 werden angefügt:

,4. Nach § 61 wird folgender Dritter Abschnitt des Sechsten Kapitels eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65.“

5. In der Überschrift des bisherigen Dritten Abschnitts des Sechsten Kapitels wird das Wort „Dritter durch das Wort „Vierter“ ersetzt.

6. In der Überschrift des bisherigen „Vierten Abschnitts“ des Sechsten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.

2. Artikel 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Artikel 2 Nummer 0, 1a, 4 bis 6 sowie Artikel 3 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 1a

Mit der Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte wird die Beitragsdifferenzierung zwischen Versicherten mit und ohne Kinder maßvoll erhöht. Dies dient dem Ziel, der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005 wieder besser zu entsprechen, da der Beitragszuschlag für Kinderlose - anders als der allgemeine Beitragssatz - seit seiner Einführung im Jahr 2005 nicht angehoben wurde. Außerdem leistet die Anhebung einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen.

Zu Nummer 4

Die Einfügung eines neuen Dritten Abschnitts des Sechsten Kapitels erfolgt aufgrund der Bedeutung der Regelung von § 61a.

Zu § 61a

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro an den nach § 65 eingerichteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Nummer 5

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Einführung des neuen Dritten Abschnitts des Sechsten Kapitels.

Zu Nummer 2 (Artikel 16)

Geregelt wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung zur Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung sowie zur Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0, 1a, 4 und 5 (Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege; entsprechende Klarstellung bei Berechnung und Zahlung des Heimentgelts)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

„0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 43b folgende Angabe zum Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Sechster Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen“.

b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Nach § 43b wird folgender Sechster Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Sechster Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c

Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen,

erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 45 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.“ ‘

c) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

4. In § 87a Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungsbeträge“ die Wörter „einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c“ eingefügt.

5. § 141 Absatz 3 bis 3c wird aufgehoben.‘

2. Nach Artikel 16 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Artikel 2 Nummer 1a, 4 und 5 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2)

Zu Nummer 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 1a

Es wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ein neuer Sechster Titel, „Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege“, bestehend aus dem neuen „§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen“ angefügt.

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, wird der von ihnen zu tragende Eigenanteil an der Pflegevergütung (einschließlich der Ausbildungskosten) mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert. Er reduziert sich in den Pflegegraden 2 bis 5 durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag um 5 Prozent in den ersten 12 Monaten, nach 12 Monaten um 25 Prozent, nach 24 Monaten um 45 Prozent und nach 36 Monaten um 70 Prozent. Bei der

Bemessung des Zeitraums werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, voll mitgezählt. Damit wird die Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen mit Eigenanteilen über den Pflegeverlauf deutlich reduziert. Auch das Ausmaß der Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe wird sich dadurch verringern. Der Effekt nimmt im Zeitverlauf ab. Durch die prozentuale Verringerung des Eigenanteils bleibt der Anreiz erhalten, in die Überlegungen zur Wahl eines Pflegeheims auch die Höhe des Pflegesatzes einzubeziehen. Mit der jeweils direkten Inrechnungstellung der nach Anwendung der Eigenanteilsbegrenzung verbleibenden Beträge durch die Pflegeeinrichtungen an die Pflegekassen und die Pflegebedürftigen können unnötige Vorfinanzierungen und Zahlungsvorgänge vermieden werden.

Zu Nummer 4

Entsprechend der Neuregelung des Leistungszuschlages in § 43c zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird im Vergütungsrecht die Vorschrift zur Berechnung und Zahlung des Heimentgeltes ergänzt.

Zu Nummer 5

Der in § 141 Absatz 3 bis 3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, entfaltet nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, werden die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufgehoben. Materiellrechtlich ergibt sich daraus für die Pflegebedürftigen keine Verschlechterung.

Zu Nummer 2 (Artikel 16)

Angesichts der Kostenentwicklung beim pflegebedingten Eigenanteil ist ein zeitnahes Inkrafttreten der Regelung angezeigt. Gleichzeitig muss Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen ausreichend Vorbereitungszeit für die Umsetzung gegeben werden. Deshalb soll die Regelung zum 1. Januar 2022 in Kraft treten.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 4 bis 10 (Tarifliche Entlohnung - Konzertierte Aktion Pflege) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen bezüglich tariflicher Entlohnung;
Konkretisierung der Nachweisverpflichtungen von Pflegeeinrichtungen)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

„0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 82b folgende Angabe zu § 82c eingefügt:

„§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen“.

b) Die folgenden Nummern 4 bis 10 werden angefügt:

„4. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b erfüllen,“.

b) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3f eingefügt:

„(3a) Ab dem 1. September 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind.

(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,

2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der

Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist, oder

3. die Höhe der Entlohnung einer der Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht unterschreitet.

Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind bis spätestens zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b anzupassen.

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b fest. Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind oder welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b für sie maßgebend sind. Änderungen der Angaben gemäß Satz 1 nach Abschluss des Versorgungsvertrags sind unverzüglich mitzuteilen. Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die Angaben gemäß Satz 1 oder Satz 2 spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 3 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 3a gebunden sind, haben den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Dabei sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln.

(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c.“

5. In § 74 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 72 Abs. 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 72 Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b“ ersetzt.

6. § 75 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 10 wird aufgehoben.
- b) Nummer 11 wird Nummer 10.

7. Nach § 82b wird folgender § 82c eingefügt:

„§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

(2) Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 eine Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit die Höhe ihrer Entlohnung nach dem Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung, der oder die nach § 72 Absatz 3b für ihre Entlohnung maßgebend ist, das regional übliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Eine deutliche Überschreitung des regional üblichen Entgeltniveaus liegt dann vor, wenn die Entlohnung nach Satz 1 die durchschnittliche Entlohnung für solche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, von Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 angewendet werden, um mehr als 10 Prozent übersteigt.

(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 oder die Höhe der Entlohnung nach Absatz 2 hinaus gehende Bezahlung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum Ablauf des 30. September 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 fest. Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. § 72 Absatz 3c Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen sollen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene unverzüglich nach Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 4, spätestens innerhalb eines Monats, für das jeweilige Land eine Übersicht veröffentlichen, welche Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen eine Entlohnung nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen.“

8. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„(7) Der Träger der Einrichtung ist ab dem 1. September 2022 verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 72 Absatz 3c Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

b) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 7a.

9. In § 89 Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „und Absatz 7“ durch ein Komma und die Wörter „Absatz 7 und 7a“ ersetzt.

10. In § 115 Absatz 3a Satz 2 werden die Wörter „§ 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4 zugrunde gelegten Gehälter“ durch die Wörter „§ 82c Absatz 1 zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung“ ersetzt.’

2. Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 2a eingefügt:

„Artikel 2a

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung –, das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird aufgehoben.

b) Absatz 7a wird aufgehoben.

2. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 Satz 4 wird das Komma und werden die Wörter „Absatz 7 und 7a“ durch die Wörter „und Absatz 7“ ersetzt.’

3. Dem Artikel 16 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe a, Nummer 5, 6, Nummer 10 und Artikel 2a treten am 1. September 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 3

Satz 1 Nummer 2 wird zum 1. September 2022 im Hinblick auf die Neufassung der Absätze 3a und 3b angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3a

Ab dem 1. September 2022 dürfen Pflegeeinrichtungen nur zugelassen werden, wenn sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung aufgrund eigener tariflicher (einschließlich unternehmens- oder haustarifvertraglicher) oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlen. Entlohnung umfasst das Arbeitsentgelt, das als Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung gezahlt wird. Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen sind entsprechende Leistungen nach diesem Buch oder bei ambulanter Pflege nach dem Fünften Buch. Die Regelung gilt für die Neuzulassung von Pflegeeinrichtungen ebenso wie für Pflegeeinrichtungen, die zum 1. September 2022 bereits über einen abgeschlossenen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Absatz 3b

Pflegeeinrichtungen, die nicht aufgrund eigener tariflicher oder kirchenarbeitsrechtlicher Bindung im Sinne von Absatz 3a eine entsprechende Entlohnung zahlen, dürfen nur zugelassen werden, wenn sie den entsprechenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mindestens eine Entlohnung in der jeweiligen Höhe eines Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zahlen, deren Geltungsbereich im Sinne der Nummern 1. – 3. eröffnet ist. Dies umfasst sowohl Flächen-, Unternehmens- als auch Haustarifverträge.

Zu Absatz 3c

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021 unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b in Richtlinien festzulegen. Dies umfasst die bei Inkrafttreten der Regelung erstmalig sowie anschließend regelmäßig anzuwendenden Verfahren und Grundsätze. Dabei ist ein möglichst praktikables und bürokratiearmes Prüfverfahren vorzusehen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt.

Zu Absatz 3d

Um den Pflegekassen die Überprüfung der dauerhaften Einhaltung der Vorgaben des Absatz 3a zu ermöglichen, sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Pflegekassen insbesondere bei der Beantragung eines Versorgungsvertrages zur Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach § 72, aber auch zu dessen Überprüfung mitzuteilen und darzulegen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind oder – soweit sie nicht entsprechend gebunden sind – welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Zahlung der Entlohnung für sie maßgeblich ist. Dies gilt auch dann, wenn sich der Tarifvertrag oder die kirchlichen Arbeitsrechtsregelung, an die eine Pflegeeinrichtung gebunden oder die für sie maßgeblich ist, ändert.

Im Jahr 2022 muss darüber hinaus zur Ermöglichung der zeitgerechten Umsetzung der Regelungen in jedem Fall bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 eine entsprechende Mitteilung erfolgen. Bei tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen, die nach Absatz 3e bereits bis zum 30. September 2021 die Angaben übermittelt haben und bei denen sich diese Angaben nicht geändert haben, genügt ein entsprechender Hinweis auf diese Mitteilung. Die Mitteilung bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 gilt – sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht – zur Verfahrensvereinfachung als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung einheitlich zum 1. September 2022.

Zu Absatz 3e

Zur erstmaligen Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus nach § 82c Absatz 2 haben tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundene Pflegeeinrichtungen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, den Landesverbänden der Pflegekassen darüber hinaus bis zum 1. Oktober 2021, danach jährlich, mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Zugleich sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln. Diese Informationen dienen auch der in § 82c Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen Ermittlung der durchschnittlichen Entlohnung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, angewendet werden. Für die erstmalige Ermittlung im Jahr 2021 sind dabei insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen und ihre Entgelte nach drei Stufen (Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung, Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung) einschließlich für die Pflege typischer Zulagen zu übermitteln. Welche Informationen ab dem Jahr 2022 übermittelt werden müssen, wird in den Richtlinien nach Absatz 3c festgelegt.

Zu Absatz 3f

Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu evaluieren, welche Wirkungen die Regelungen der Absätze 3a und 3c und des § 82c insbesondere auf die tatsächlich gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, haben. Bezüglich der Regelung des § 82c ist auch zu prüfen, wie sich das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus auf die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen auswirkt.

Zu Nummer 5

Um die Rechtsfolgen der Verletzung der neuen Zulassungsvoraussetzung zu verdeutlichen, wird die Norm zur Kündigung von Versorgungsverträgen entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und der neuen Absätze 3a bis 3e.

Zu Nummer 7

Die Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften war eine Kernforderung der Konzentrierten Aktion Pflege, in der sich die Bundesregierung gemeinsam mit Akteuren der Pflegebranche auf Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege geeinigt hat. Neben der Weiterentwicklung des rechtlichen Instrumentariums zur Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege im Pflegelöhneverbesserungsgesetz wurde eine flächendeckende Entlohnung nach Tarif als

wesentliches Element für eine solche Verbesserung gesehen. In diesem Zusammenhang wurden die Finanzierung einer Entlohnung nach Tarif sowie die Vermeidung einer Überforderung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien durch die Eigenanteile in der Pflege als zentrale Bausteine für eine Verbesserung der Entlohnungsbedingungen angesehen. Dass eine Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, war bisher in § 84 Absatz 2 Sätze 5 und 6 sowie § 89 Absatz 1 Sätze 4 und 5 SGB XI geregelt. Die bisherigen Regelungen in den §§ 84 und 89 werden nunmehr einheitlich im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels als § 82c insgesamt für das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung neu geregelt.

Zu Absatz 1

Die Regelungen der bisherigen §§ 84 Absatz 2 Satz 5 und 89 Absatz 1 Satz 4 SGB XI werden in § 82c Absatz 1 überführt. Die Bezahlung der Gehälter umfasst alle auch bisher anerkannten Gehaltsbestandteile.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass bei nicht tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Einrichtungen, die sich nach § 72 Absatz 3b im Rahmen der Zulassung verpflichtet haben, mindestens in Höhe einer entsprechenden kollektivrechtlichen Regelung zu entlohnen, eine Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach dieser Regelung grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, soweit sie das regional übliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet.

Anders als bei tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen können nicht gebundene Pflegeeinrichtungen wählen, in Höhe welcher anwendbaren kollektivrechtlichen Regelung sie ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, entlohnen. Die Regelung sieht daher eine Anknüpfung an das jeweilige regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau vor. Dabei kann eine Entlohnung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit die Entlohnung in Höhe des für die Einrichtung bei der Zulassung angegebenen Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung das regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Eine deutliche Überschreitung liegt dann vor, wenn die im bei der Zulassung angegebenen Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vorgesehene Entlohnung die durchschnittliche Entlohnung nach Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region angewendet werden, um mehr als 10 Prozent übersteigt. Dabei kommt es auf die Region an, in der die entlohnende Pflegeeinrichtung als dauerhafte und wirtschaftlich selbständige Organisationseinheit im Sinne von § 71 Absatz 1, 1a und 2 betrieben wird.

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen tariflichen Entlohnung ist auf die Entlohnung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, abzustellen. Das regional übliche Niveau wird durch einen nach der Anzahl dieser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewichteten Durchschnitt der in der Region angewandten kollektivrechtlichen Regelungen ermittelt. Als Region kommt insbesondere das jeweilige Bundesland in Betracht, in geeigneten Fällen (z. B. bei Bundesländern mit sehr kleiner Fläche) können auch größere Gebiete oder (z. B. bei Bundesländern mit sehr großer Fläche) kleinere Gebiete als Region festgelegt werden. Näheres zur Ermittlung der durchschnittlichen tariflichen Entlohnung wird durch die Richtlinien nach Absatz 4 festgelegt. Die Überschreitung des regional üblichen Tarifniveaus ist von den Pflegekassen darzulegen. Um bestehende regionale Unterschiede nicht dauerhaft festzuschreiben und einen weiteren Anstieg des Lohnniveaus in der Pflege zu ermöglichen, darf die gewählte kollektivrechtliche Regelung dieses Niveau um bis zu 10 Prozent

übersteigen. Im Zeitraum 1. März 2022 bis 31. August 2022 gilt § 85 Absatz 7 bei Vergütungsverhandlungen aufgrund der Neuregelung des § 82c SGB XI entsprechend.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt die Regelung der bisherigen §§ 84 Absatz 2 Satz 6 sowie 89 Absatz 1 Satz 5. Als ein sachlicher Grund gilt beispielsweise eine vorliegende Vorvereinbarung auf Grundlage höherer Gehälter. Als sachlicher Grund kann auch eine übertarifliche Bezahlung z. B. von Leitungs- und Führungskräften oder das Erfordernis, aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region wettbewerbsfähige Löhne zu zahlen, gelten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 zielt auf eine einheitliche Anwendung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 und 5 ab. Diese soll durch Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen sichergestellt werden. So wird insbesondere das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus nach Absatz 1 festgelegt. Anknüpfend an die Vereinbarungen in der AG 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“ der KAP sollen dabei die Entgelte für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach drei Stufen (Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung, Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung) differenziert werden. Für die Pflege typische Zulagen wie beispielsweise Nachtzuschläge und Zuschläge für Arbeit an Sonn- und Feiertagen sind dabei zu berücksichtigen. Außerdem ist festzulegen, ob das Abstellen auf das jeweilige Bundesland bei der Ermittlung des regionalen Durchschnitts kollektivrechtlicher Regelungen sachgerecht ist und welche kollektivrechtliche Regelung oberhalb des regionalen Durchschnitts liegt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat bei der Erarbeitung der Richtlinien die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Die Richtlinien sind bis zum Ablauf des 30. September 2021 zu erarbeiten und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 sieht vor, dass die Landesverbände der Pflegekassen, soweit diese auf Grund der Pflegesatzverhandlungen über Kenntnisse zu den regional angewandten kollektivrechtlichen Regelungen verfügen, zur Information der Pflegeeinrichtungen eine Übersicht für das jeweilige Bundesland erstellen, aus der ersichtlich ist, inwieweit Tarifverträge und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen ein regional übliches Entgeltniveau nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen. Es sind nur die Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in die Übersicht aufzunehmen, die den Landesverbänden der Pflegekassen von den Pflegeeinrichtungen übermittelt wurden oder den Landesverbänden der Pflegekassen anderweitig im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt werden. Eine darüber hinaus gehende Ausforschung ist nicht erforderlich. Bei der Erstellung der Übersicht haben die Landesverbände der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im jeweiligen Land und die Träger der Sozialhilfe auf Landesebene zu beteiligen.

Zu Nummer 8

Das bisherige Nachweisverfahren zur Einhaltung der in der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde gelegten Gehälter in Absatz 7 wird bis zum Inkrafttreten der Neufassung nach Buchstabe c übergangsweise zu Absatz 7a.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält in der Neufassung des Absatzes 7 den Auftrag, bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweisverfahrens der bei der Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Gehalts- bzw. Entlohnungsbestandteile der Beschäftigten ab dem 1. September 2022 nach Satz 1 unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bundeseinheitlich festzulegen. Dabei sind insbesondere die zum 1. Oktober 2021 zu erstellenden Verfahrens- und Prüfgrundsätze zu den Vorgaben nach § 72 Absatz 3a und 3b in der künftigen Richtlinie zum Nachweisverfahren nach Satz 1 zu berücksichtigen. Den Einrichtungsträgerverbänden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Beanstandungen genehmigt.

Mit dieser Konkretisierung werden die Überprüfungsmöglichkeiten der Kostenträger während der Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung gestärkt. Sie ergänzen damit die bereits gesetzlich geregelten Vorweis- und Belegpflichten der Pflegeeinrichtungen für die voraussichtlichen Personalkosten nach § 85 Absatz 3 Satz 5 in den regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern.

Zu Nummer 9

Im Hinblick auf die Änderung zum Nachweisverfahren in der stationären Pflege wird der Verweis für die ambulante Pflege übergangsweise angepasst. Auch hier bleiben die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegedienste für die voraussichtlichen Personalkosten über den Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 4 auf § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegevergütungsverhandlungen gegenüber den Kostenträgern unverändert bestehen.

Zu Nummer 10

Entsprechend der Neuregelung des § 82c wird der Verweis in § 115 Absatz 3a angepasst.

Zu Nummer 2 (Artikel 2a)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Im Hinblick auf die Regelung des § 82c wird Absatz 1 für den stationären Bereich angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit Wirkung ab 1. September 2022 ist die übergangsweise Regelung des bisherigen Nachweisverfahrens in Absatz 7a entbehrlich und wird aufgehoben.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Entsprechend zum stationären Bereich wird Absatz 1 im Hinblick auf die Regelung des § 82c angepasst.

Zu Buchstabe b

Der Verweis in der ambulanten Pflege auf das Nachweisverfahren wird zum 1. September 2022 angepasst.

Zu Nummer 3 (Artikel 16)

Die konkretisierten Vorgaben für die Zahlung einer Entlohnung nach § 72 Absatz 3a und 3b sollen unter Berücksichtigung der erforderlichen Vorbereitungsarbeiten der Pflegeselbstverwaltung so zügig wie möglich wirksam werden. Die Richtlinienaufträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 72 Absatz 3c und § 82c Absatz 4) treten am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft. Die bei Abschluss und im Rahmen bestehender Versorgungsverträge künftig zu erfüllende Zulassungsvoraussetzung zur Entlohnung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, wird nach einer Übergangsfrist für alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zum 1. September 2022 wirksam. Auch die Folgeänderungen im allgemeinen Vertrags- und Vergütungsrecht zugelassener Pflegeeinrichtungen werden zum 1. September 2022 wirksam.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0 und 4 (Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege)

(Stärkung der Kurzzeitpflege zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen
Vergütung durch Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der
Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

„0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 88 folgende Angabe zu § 88a
eingefügt:

„§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“.

b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Nach § 88 wird folgender § 88a eingefügt:

„§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum ...[einsetzen: 9 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 3a] abzugeben. Die Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson

setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 4

Zu Absatz 1

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege zu stärken, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird.

Mit § 88a Absatz 1 wird zu dieser Sicherstellung der Pflegeselbstverwaltung ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen für die Landesrahmenverträge als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen zu verschiedenen Arten und Formen der Kurzzeitpflege erteilt. Um eine zügige Umsetzung zu erreichen, werden die Partner der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtet, in einer gemeinsamen Empfehlung nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 eindeutige Vorgaben zu den Inhalten der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 für Kurzzeitpflege abzugeben. Dabei soll den inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten von solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege einschließlich der unterschiedlichen Aufnahmeanlässe der Kurzzeitpflegegäste Rechnung getragen werden. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen. Der Schwerpunkt liegt auf den Rahmenbedingungen, Standards und Vergütungen. Dabei sollen auch bereits vorhandene Verfahren in den Ländern zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeleistungen, beispielsweise aus Beschlüssen von Landespflegesatzkommissionen wie in Bayern bei der sogenannten Kurzzeitpflege „Fix plus X“ oder in Nordrhein-Westfalen bei der Kurzzeitpflege „fix flex“ berücksichtigt werden. Das Erfordernis, spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 abzubilden, ist zu beachten.

Orientiert an den in § 75 Absatz 2 genannten Regelungsbereichen der Landesrahmenverträge sollen die Empfehlungen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungspartner und wissenschaftlichen Erkenntnissen insbesondere Aussagen zu folgenden, bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien beinhalten:

1. Auslastungsquote

Die Auslastungsquote soll grundsätzlich die maßgeblich zu erwartende Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze in der Einrichtung wiedergeben. Deren Passgenauigkeit ist entscheidend für die rechnerische Ermittlung der prospektiven Vergütungen und damit auch für die

zukünftige Finanzierung der Aufwendungen der Einrichtungen. Auslastungsquoten sind nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreuete flexible oder feste Kurzzeitpflege sowie solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen) zu unterscheiden und haben insbesondere Aspekte wie eine saisonal schwankende Nachfrage nach Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege und den häufigen Belegungswechsel der Kurzzeitpflegegäste inklusive der kurzen Verweildauer zu berücksichtigen.

2. Personalausstattung

Im Vergleich zur vollstationären Langzeitpflege entstehen in der Kurzzeitpflege abweichende Personalbedarfe in diversen Bereichen, die in den Empfehlungen näher beschrieben werden sollen. Dies betrifft bspw. das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, dessen Umfang wiederum von dem Aufnahmearbeit der Kurzzeitpflegegäste abhängt. Weiterhin sind während der vergleichsweise kurzen Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste diverse Abstimmungsprozesse mit anderen Leistungserbringern wie Ärzten oder Therapeuten sowie den Angehörigen durchzuführen, die personelle Ressourcen binden. Daneben werden entsprechend des Aufnahmearbeites der Kurzzeitpflegegäste unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege und damit auch an die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen gestellt. Kurzzeitpflegegäste in gesundheitlichen Krisensituationen wie auch nach einer Krankenhausbehandlung weisen regelmäßig einen intensiven Unterstützungs- und Behandlungsbedarf mit erheblichem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Einsatz auf. Kurzzeitpflegegäste in einer sonstigen Überbrückungssituation benötigen ein der Langzeitpflege ähnliches Pflege- und Behandlungskonzept. Daneben sind die Besonderheiten von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insbesondere im Hinblick auf die meist niedrigere Platzzahl und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Personalvorhaltung und den Personaleinsatz zu berücksichtigen.

3. Entgeltermittlung

Bei der Bemessung der Entgelte soll berücksichtigt werden, inwieweit sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege in Abhängigkeit des Aufnahmearbeites und der Art der Kurzzeitpflege sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzieren lassen. Entsprechend sollen die Empfehlungen Aussagen dazu treffen, ob Pflegevergütungen differenziert nach Pflegegraden oder pflegegradunabhängig zu ermitteln sind. Darüber hinaus sollen auch weitere vergütungsrelevante Aspekte berücksichtigt werden wie beispielsweise die Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sollen ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und bei Bedarf anpassen. Bis zum Vorliegen einer Entscheidung zur Anpassung dieser Rahmenverträge sind die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatzverhandlungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen schnellstmöglich Anwendung finden. Mit dem Verfahren werden für die zugelassenen Leistungserbringer von Kurzzeitpflege und Pflegekassen klare Vorgaben zu den bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien vorgegeben.

Mit der Schaffung verlässlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungsvereinbarungen für Kurzzeitpflege wird bezogen auf die Leistungsgerechtigkeit der Kurzzeitpflegevergütung dazu beigetragen, den Bestand der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze nachhaltig zu stärken. Den Einrichtungsträgern wird ebenfalls Planungssicherheit gegeben, was die Inbetriebnahme weiterer fester Kurzzeitpflegeplätze oder solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen angeht, so dass mittel- und langfristig ein Aufwuchs an Kurzzeitpflegeplätzen gefördert werden soll.

Zu Absatz 2

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0, 0a, 4 bis 6 (Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)) und Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Gesetzliche Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalanhaltswerte je Pflegegrad ab 1. Juli 2023 (2. Stufe der Umsetzung; Konvergenzphase); dabei Umsetzung des personellen Mehrbedarfs nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekts in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln; Konkretisierung der Umsetzung durch Bundesempfehlung der Selbstverwaltung sowie Überarbeitung der Landesrahmenverträge insbesondere zur vorgesehenen personalbezogenen Ausstattung stationärer Einrichtungen; Integration des 13.000-Pflegefachkraftstellenförderprogramms und des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms in das allgemeine Vertragsrecht im ersten Pflegesatzverfahren nach dem 1. Juli 2023; Übergangsfrist für beschiedene und vereinbarte Vergütungszuschläge bis 31. Dezember 2025; Prüfung durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ und dem BMAS, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte möglich und notwendig ist)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Die folgenden Nummern 0 und 0a werden vorangestellt:

0. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 113c wie folgt gefasst:

„§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“.

0a. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

bb) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 und 4“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 9 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Die folgenden Nummern 4 bis 6 werden angefügt:

4. § 84 Absatz 9 wird aufgehoben.

5. § 85 Absatz 9 bis 11 wird aufgehoben.

6. § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder

2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und
2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:
 - a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes und
 - b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufgesetzes.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltswerten für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für die Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können.

Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.

(6) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 3, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltswerte nach Absatz 5 Nummer 1 möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die in den Ländern durchschnittlich nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 1. April 2025 die erforderlichen Daten und Ergebnisse für die Prüfung nach Satz 1 und 2 zur Verfügung. Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat innerhalb von sechs Monaten nach der Vorlage der Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.'

2. Dem Artikel 16 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Artikel 2 Nummer 0a Buchstabe b und c, Nummer 4 und 5 tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt es sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 0a

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI.

Zu Buchstabe b

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Buchstabe c

Mit dem Auslaufen der Vergütungszuschläge wird auch die Finanzierungsbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, hierzu beendet.

Zu Nummer 4

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Hilfskräfte nach § 84 Absatz 9 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung und Aufhebung des § 84 Absatz 9.

Zu Nummer 6

Zu § 113c (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

Das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“. Im Abschlussbericht wird ein Personalbemessungsverfahren vorgeschlagen, das sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert und das sich in Form eines so genannten Algorithmus 1.0 abbilden lässt. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet. Als Konsequenz wird insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) wurde in einem ersten Umsetzungsschritt bereits zum 1. Januar 2021 die Möglichkeit geschaffen, einen personellen Mehrbedarf in Höhe von rund 20 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus dem oben genannten Abschlussbericht als gesonderten Vergütungszuschlag zu vereinbaren (§ 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 – Pflegehilfskraftstellenprogramm). Diese zusätzlichen Stellen schreiben die unterschiedliche personelle Ausstattung in den Ländern zunächst fort.

Perspektivisch führt das im PeBeM-Abschlussbericht dargestellte Personalbemessungsverfahren zu bundeseinheitlichen Stellenschlüsseln. In einem zweiten Umsetzungsschritt werden daher mit dieser Regelung bundeseinheitliche Stellenschlüssel als Personalanhaltswerte durch das Gesetz vorgegeben.

Der PeBeM-Abschlussbericht macht zwar deutlich, dass der Algorithmus 1.0 zu einem Algorithmus 2.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven weiterentwickelt werden sollte (siehe hierzu auch § 8 Absatz 3b SGB XI). Der Algorithmus 1.0 wird jedoch bereits jetzt für die Berechnung der Personalanhaltswerte zu Grunde gelegt.

Die Personalanhaltswerte berücksichtigen dabei den personellen Mehrbedarf, der sich nach dem Algorithmus 1.0 ergibt, in Höhe von 40 Prozent gegenüber den bereinigten,

bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln (siehe S. 367 des Abschlussberichts). Die Personalanhaltswerte berechnen sich dabei wie folgt:

1. Soll-Stellenschlüssel nach Algorithmus 1.0 – Ist-Stellenschlüssel = Differenz
2. 40 Prozent der Differenz aus 1. + Ist-Stellenschlüssel = Personalanhaltswerte

Die genaue Berechnung der Personalanhaltswerte ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Status Quo Stellenschlüssel lt. Abschlussbericht auf S. 367					
QN 1-2	0,06630844	0,09300737	0,12467792	0,16321235	0,18457027
QN 3	0,02730671	0,04303132	0,06154819	0,07472733	0,0824805
QN 4	0,09361515	0,13603869	0,1862261	0,23793968	0,26705077
2. Algorithmus 1.0 Stellenschlüssel lt. Abschlussbericht auf S. 367					
QN 1-2	0,11864871	0,16108353	0,17522211	0,16199059	0,16265138
QN 3	0,09992923	0,10409951	0,17611995	0,24118549	0,15188704
QN 4	0,05201332	0,05523959	0,10835817	0,25878736	0,55995844
3. Differenz aus Status Quo (1.) und Algorithmus 1.0 (2.)					
QN 1-2	0,05234027	0,06807616	0,05054419	-0,00122176	-0,02191889
QN 3	0,07262252	0,06106819	0,11457176	0,16645816	0,06940654
QN 4	-0,04160183	-0,0807991	-0,07786793	0,02084768	0,29290767
4. 40 % der Differenz (3.)					
QN 1-2	0,02093611	0,02723046	0,02021768	-0,00048870	-0,00876756
QN 3	0,02904901	0,02442728	0,04582870	0,06658326	0,02776262
QN 4	-0,01664073	-0,03231964	-0,03114717	0,00833907	0,11716307
5. Personalanhaltswerte nach Absatz 1 = Status Quo (1.) + 40 % der Differenz (4.)					
QN 1-2 (Absatz 1 Nummer 1)	0,0872	0,1202	0,1449	0,1627	0,1758
QN 3 (Absatz 1 Nummer 2)	0,0564	0,0675	0,1074	0,1413	0,1102
QN 4 (Absatz 1 Nummer 3)	0,0770	0,1037	0,1551	0,2463	0,3842

Aus der Tabelle wird auch ersichtlich, dass sich die Personalanhaltswerte zwischen den aktuellen Stellenschlüsseln und den Stellenschlüsseln des Algorithmus 1.0 bewegen. Es handelt sich bei den Personalanhaltswerten somit um Hilfwerte, mit denen perspektivisch die Stellenschlüssel des noch nicht entwickelten Algorithmus 2.0 über mögliche weitere Personalausbaustufen (siehe hierzu Absatz 7) erreicht werden können.

Die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm) sind Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte. Stellenanteile für zusätzliche Betreuungskräfte im Sinne von § 43b SGB XI sind in den Personalanhaltswerten nicht enthalten. Diese Stellen müssen weiterhin über die Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 in Verbindung mit § 85 Absatz 8 vereinbart werden. Perspektivisch sollen – wenn die Ergebnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Absatz 3b vorliegen – auch diese Stellenanteile in die Personalanhaltswerte integriert werden.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ab dem 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 eine personelle Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal vereinbaren, die sich an den in Absatz 1 dargestellten bundeseinheitlichen Personalanhaltswerten ausrichtet und mindestens den in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 geltenden Vorgaben zur personellen Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal entspricht. Damit wird das Ziel verfolgt, dass sich die Personalanhaltswerte, die für die einrichtungsindividuell vereinbarte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu Grunde gelegt werden, innerhalb eines Korridors in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte schrittweise angleichen können (Konvergenzphase). Die Personalanhaltswerte müssen somit nicht zwingend für die personelle Ausstattung zu Grunde gelegt werden, um die zugeordnete Anzahl an Pflegebedürftigen versorgen zu dürfen. Die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung wird weiterhin in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 festgelegt (siehe hierzu Absatz 5). Auf Grundlage der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte kann die Pflegeeinrichtung eine über die Rahmenverträge hinausgehende personelle Ausstattung vereinbaren, soweit die Pflegeeinrichtung das vereinbarte Personal auch entsprechend vorhalten kann.

Zu Absatz 2

Abweichend von Absatz 1 kann nach Absatz 2 Nummer 1 eine höhere als die sich aus den Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung vereinbart werden, wenn die zuvor bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vorsieht, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung tatsächlich vorgehalten wird. Dadurch soll insbesondere sichergestellt werden, dass vorhandenes Fachkraftpersonal auch weiterhin beschäftigt werden kann.

Wenn der Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 zum 30. Juni 2023 bereits eine höhere personelle Ausstattung mit Fachkräften vorsieht als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, gilt nach Absatz 2 Nummer 2 die Vorgabe im Rahmenvertrag als Höchstgrenze. Dieser Ausnahmetatbestand dürfte aber nur dann einschlägig sein, wenn die Pflegeeinrichtung in der Vergangenheit Fachkraftpersonal nicht in entsprechender Höhe vorhalten konnte und somit die Ausnahmeregelung nach Nummer 1 nicht bereits einschlägig ist.

Ebenso ist nach Absatz 2 Nummer 3 eine Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sachliche Gründe können u.a. zusätzliche Personalbedarfe aufgrund besonderer Einrichtungskonzepte oder Versorgungsschwerpunkte zum Beispiel bei der Versorgung von demenziell Erkrankten sein.

Zu Absatz 3

Sofern eine personelle Ausstattung vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, sollen die Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 Nummer 1 zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Dies gilt erst, wenn verwertbare Erkenntnisse aus dem Modellprogramm vorliegen und den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

Darüber hinaus schreiben Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung

nach dem Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 hinausgeht, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Pflegehilfskräfte, für die die Pflegeeinrichtung Vergütungszuschläge nach § 85 Absatz 9 Nummer 1 c erhalten hat, werden bis zum Beginn der berufsbegleitenden Ausbildung über Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 1 (Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Ziffer 2) finanziert.

Zu Absatz 4

Zur Konkretisierung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens soll von der Selbstverwaltung eine Bundesempfehlung erarbeitet werden, die die Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 auf Landesebene vorbereitet und zu einer einheitlichen Umsetzung beiträgt. Dies betrifft die in Absatz 5 genannten Inhalte. Die Bundesempfehlung soll bis zum 30. Juni 2022 vereinbart werden. Ein Konfliktlösungsmechanismus stellt sicher, dass die Empfehlung rechtzeitig zustande kommt.

Zu Absatz 5

Auf der Ebene der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 sind von den Vereinbarungspartnern Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 zu treffen. Dies betrifft folgende Inhalte:

Zu Absatz 5 Nummer 1

Die in den Rahmenverträgen bisher festgelegten Personalanhaltswerte für das Pflege- und Betreuungspersonal sollen geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan die personelle Ausstattung definieren, die mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Landesspezifische Besonderheiten können damit auch weiterhin abgebildet werden. Dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht (zum Beispiel zur Vermeidung von Alleinarbeit) sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen (zum Beispiel bezüglich einer Mindestausstattung mit Pflegefachkräften) und Einrichtungskonzeptionen (zum Beispiel bei Einrichtungen, die einen besonderen Schwerpunkt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben) einzubeziehen.

In der auf Basis einer Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ wird die Erwartung an die Länder formuliert, die landesheimrechtlichen Vorgaben so zu gestalten, dass sie der geplanten, schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nicht entgegenstehen. Die Fortgeltung einer mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung nach dem bisherigen Rahmenvertrag soll dies unterstützen. Der bisher im Landesheimrecht geregelte, mindestens vorzusehende Fachkraftanteil beim Pflege- und Betreuungspersonal sollte sich künftig nur noch auf die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung der Rahmenverträge beziehen und in den Rahmenverträgen auch entsprechend abgebildet werden. Damit soll sichergestellt werden, dass Einrichtungen von den geltenden landesheimrechtlichen Vorgaben bezüglich des Anteils an Fachkräften nur abweichen können, wenn sie zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren, aber nicht, wenn sie Fachkräfte abbauen.

Zu Absatz 5 Nummer 2

Die Rahmenverträge können Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen.

Zu Absatz 5 Nummer 3

Die Qualifikationsanforderungen von Fachkräften sowie von Hilfskräften sind in den Rahmenverträgen zu regeln. Der Abschlussbericht des PeBeM-Projekts hat Vorschläge für die Qualifikationsniveaus (QN) 1 und 2 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 1), QN 3 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) und QN 4 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) unterbreitet. Insbesondere im Fachkraftbereich könnte jedoch von den Vorschlägen des Abschlussberichts abgewichen werden, die das Qualifikationsniveau (QN) 4 ausschließlich Pflegefachkräften zuordnet. Aktuell arbeiten in den Einrichtungen eine Vielzahl an Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; diese werden bereits entsprechend der verschiedenen landesheimrechtlichen Regelungen auf die Fachkraftquote angerechnet. Auch das Pflegestellenförderprogramm nach § 8 Absatz 6 wurde für die Finanzierung zusätzlicher Fachkraftstellen geöffnet, die mit Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich neu besetzt werden könnten. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) sind bei der Zuordnung der Qualifikationen zu berücksichtigen. Nach Satz 2 kann in den Rahmenverträgen auch geregelt werden, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. Die Personalanhaltswerte für Hilfskraftpersonal der QN 1 und QN 2 nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projektes sind in Absatz 1 Nummer 1 bisher zusammenfasst.

Enthalten die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 keine eigenen Regelungen zu den in Nummer 1 bis 3 genannten Inhalten, gilt die Bundesempfehlung mit ihren entsprechend konkreten Inhalten in der Zwischenzeit für die Beteiligten im Land insoweit unmittelbar verbindlich.

Zu Absatz 6

Mit dem ersten, nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren soll die Überführung der bisherigen, gesonderten Vergütungszuschläge in das allgemeine Vergütungsrecht beginnen.

Da die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 finanzierten Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und somit künftig von vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihren Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 zu vereinbaren sind, ist es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich, neue Anträge auf eine gesonderte Finanzierung dieser zusätzlichen Fachkraftstellen einzureichen oder neue Zuschlagsvereinbarungen über die Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen zu treffen. Vergütungszuschläge dieser beiden Förderprogramme, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden demzufolge in diesem Pflegesatzverfahren sachgerecht in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 sowie in die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Hierfür ist eine Übergangsfrist von zweieinhalb Jahren bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen. Ein etwaiger Abbau des bisher durch diese Förderprogramme in stationären Pflegeeinrichtungen erreichten Stellenzuwachses soll damit nicht verbunden sein.

Mit der Überführung der Vergütungszuschläge in die Pflegesätze entfällt der bisherige Finanzierungsmechanismus, der sich nicht auf die pflegebedingten Eigenanteile der Pflegebedürftigen auswirkte. Die dadurch perspektivisch freiwerdenden Mittel können als

Beitrag zur Finanzierung der Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile genutzt werden. Von der Eigenanteilsbegrenzung profitieren somit die Pflegebedürftigen in allen vollstationären Einrichtungen, unabhängig davon, ob die Pflegeeinrichtung die Stellen aus den Vergütungszuschlägen bisher besetzen konnte oder nicht.

Zu Absatz 7

Bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist zu bedenken, dass angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation in der Pflege der daraus entstehende zusätzliche Bedarf an Pflegefach- und Pflegehilfskräften möglicher Weise nicht sofort gedeckt werden kann. Wie in der „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ beschrieben soll das Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen daher schrittweise eingeführt werden. Die Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege müssen gleichzeitig konsequent weiter umgesetzt werden, damit beruflich Pflegende gewonnen, gehalten und entlastet werden können. Dazu gehören auch Maßnahmen, um zusätzliches Personal zu gewinnen oder zu qualifizieren. Darüber hinaus wird das Personalbemessungsverfahren auf der Grundlage von § 8 Absatz 3b modellhaft eingeführt; dabei wird auch der Algorithmus 1.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven zum Algorithmus 2.0 weiterentwickelt. Bei der Weiterentwicklung zum Algorithmus 2.0 werden auch Leistungen der zusätzlichen Aktivierung und Betreuung nach § 43b berücksichtigt, die bisher noch über Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 in Verbindung mit § 85 Absatz 8 finanziert werden. Perspektivisch sollen somit auch diese Stellen in die Personalanhaltswerte integriert und in die Pflegesätze überführt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltszahlen für die mindestens zu vereinbarende Personalausstattung möglich und notwendig ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit die hierfür erforderlichen Daten und Ergebnisse bis zum 1. April 2025 zur Verfügung. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet diese nach ihrem Eingang unverzüglich an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales weiter. Die für die Prüfung nach Satz 1 und 2 erforderlichen Daten und Ergebnisse werden in einer begleitenden Evaluation und in Modellprojekten ermittelt, die nach § 8 Absatz 3b vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert werden.

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

Die Bundesregierung berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen den gesetzgebenden Körperschaften über das Ergebnis der Prüfung und legt einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

Zu Nummer 2 (Artikel 16, Inkrafttreten)

Nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Regelungen zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fach- und Hilfskräfte mit Wirkung ab dem 1. Januar 2026 aufgehoben.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1a (Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften (Konzertierte Aktion Pflege))

(Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben)

Nach Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

b) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden.“

bb) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt.

Begründung:

Zu Nummer 1a

Zu Buchstabe a

Im Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich, der auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) gestartet wurde, wurden Möglichkeiten für eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte, zum Beispiel für Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, beraten. Im Expertengremium zum Strategieprozess wurden eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte insbesondere für Pflegehilfsmittel und bestimmte doppelfunktionale Hilfsmittel als geeigneter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung und Entbürokratisierung der Genehmigungsverfahren angesehen.

Ziel der Regelung ist, dass Pflegebedürftige zügiger für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, indem Pflegefachkräfte, die den Pflegebedürftigen versorgen oder beraten und daher die häusliche Pflegesituation gut kennen, bereits bei Antragstellung durch den Pflegebedürftigen eine Empfehlung für ein Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dient, abgeben können. In diesen Fällen wird für die empfohlenen Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 bzw. die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet, wenn die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Eignung verfügt. Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung durch die Kranken- oder Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Kranken- oder Pflegekasse. Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fortgilt. Die Empfehlung ist gemeinsam mit dem Antrag des Versicherten in Textform der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln und darf dabei nicht älter als zwei Wochen sein.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, in Richtlinien bis zum 31. Dezember 2021 die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sich für das Verfahren eignen, und die hierfür erforderliche Eignung der Pflegefachkraft sowie das Nähere zur Empfehlung bei Antragstellung festzulegen. Dabei sind insbesondere diejenigen (doppelfunktionalen) Hilfsmittel und diejenigen Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit nach einer Empfehlung durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung ebenfalls vermutet wird (§ 18 Absatz 6a), einzubeziehen. Der

Medizinische Dienst Bund, die Bundespflegekammer sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind bei der Erarbeitung der Richtlinien zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird zudem mit der Evaluation der in den Richtlinien enthaltenen Festlegungen zu den genannten Verfahrensarten aus fachlicher wie wirtschaftlicher Sicht beauftragt. Er hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 dazu einen Evaluationsbericht vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über eine Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0 (Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege)

(Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen um Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflegekräften und zum Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle)

Dem Artikel 2 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

„0. § 8 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.“

b) In Satz 10 wird nach dem Wort „Bundesebene“ ein Komma und das Wort „erstmal“ eingefügt und wird nach der Angabe „31. März 2019“ ein Komma eingefügt.“

Begründung:

Zu Nummer 0

Zu Buchstabe a und b

Mit der Änderung von § 8 Absatz 7 werden die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen erweitert. Damit besteht für die einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und stationären Versorgung bereits im Jahr 2021 die Möglichkeit, für die Konzeptentwicklung zur Rückgewinnung von Pflegekräften sowie zum einrichtungsspezifischen Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle einen jährlichen Zuschuss von bis zu 7 500 Euro zu erhalten.

Durch diese Ausweitung der Zweckbestimmung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 sollen die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, verstärkt Anreize und

Unterstützungsangebote für einen Wiedereinstieg von Pflege- und Betreuungskräften in den Beruf nach geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Eltern- oder Pflegezeit, zu schaffen oder auszubauen. Dadurch soll der Anteil der Pflege- und Betreuungskräfte erhöht werden, die wieder in den Beruf einsteigen. Damit werden auch Vereinbarungen zur Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP-Maßnahmen der Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld 2.3 Nummer 1, Nummer 2; Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld VI, Nummer 8) umgesetzt, die auf die Rückgewinnung von Pflegekräften abzielen, die vorübergehend aus familiären Gründen, aufgrund der Pflege von Angehörigen, oder dauerhaft aufgrund der physischen oder psychischen Belastungen aus dem Beruf ausgestiegen sind („Rückgewinnungsprogramm“), sich aber einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen können. Diese Regelung geht auch auf die Erkenntnisse aus dem Projekt des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, um dem hohen Zeitdruck der Pflegekräfte im Arbeits- und Privatleben, physischen und psychischen Belastungen, mangelnder Führung und unzureichender Wertschätzung bis hin zu fehlenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Mit der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte sollen betriebliche Strukturen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung geschaffen werden, insbesondere für eine kompetenzorientierte und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung für Pflege- und Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen. Auch der Anteil unfreiwilliger Teilzeitarbeit kann so reduziert werden. Die Mitarbeiter sind bei der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte einzubeziehen. Die Finanzierung der Entwicklung der Konzepte erfolgt bis zu 50 Prozent aus den Mitteln des Förderprogrammes.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 4 und 5 (Vereinfachungen und Klarstellungen in der ambulanten Pflege)

(Klarstellung zu Einzugsgebieten ambulanter Pflegedienste; Vereinfachung des Verhandlungsgeschehens durch erweiterte Bezugnahme auf Verfahren im SGB V)

1. Dem Artikel 2 werden die folgenden Nummern 4 und 5 angefügt:

4. In § 72 Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „die Leistungen“ die Wörter „ressourcenschonend und effizient“ eingefügt.

5. § 89 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2)

Zu Nummer 4

Nach § 4 Absatz 3 haben Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden und nach § 29 Absatz 1 Satz 1 müssen die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Das bedeutet auch, dass in der ambulanten Pflege ein ressourcenschonender, effizienter Einsatz insbesondere mit dem eingesetzten Pflegepersonal zu gewährleisten ist. So haben bereits die Vereinbarungspartner in den Landesrahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung unter anderem zu regeln, dass die örtlichen und regionalen Einzugsbereiche von Pflegeeinrichtungen so von der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene zu bestimmen sind, dass Pflegeleistungen möglichst ohne lange Wegestrecken orts- und bürgernah angeboten werden können.

Zu Nummer 5

Durch das zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde für ambulante Pflegedienste geregelt, dass bei der Vergütungsbemessung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches die Krankenkassen die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Damit wurde, was die Anerkennung tariflicher bzw. kirchenrechtlicher Entlohnung der Mitarbeiter bei der Vergütungsbemessung anbelangt, Gleichklang mit den Bemessungsgrundsätzen des Elften Buches hergestellt. Die dafür nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches vorgesehenen, bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen für alle Krankenkassen wurden zwischenzeitlich von den Beteiligten verhandelt bzw. durch die Schiedsstelle mit Wirkung ab 1. Januar 2021 festgesetzt.

Durch die gesetzliche Regelung in § 89 sollen die Vergütungsverhandlungen von ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach diesem Buch und dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erleichtert werden, indem die bereits geregelte Verknüpfung mit den Grundsätzen für die Vergütung von längeren Wegezeiten in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 Fünften Buches ergänzt wird. Dadurch sollen geeignete Inhalte dieser Rahmenempfehlung, insbesondere was den Beleg der prospektiven personellen Gestehungskosten in der Preisverhandlung nach § 132a Absatz 4 Satz 1 Fünften Buches angeht, grundsätzlich auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach § 89 für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe angewendet werden können, sofern die jeweiligen Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine abweichenden Vorgaben im Detail enthalten. Damit wird sichergestellt, dass die Entlohnung der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes gleichermaßen bei der Vergütungsbemessung für häusliche Krankenpflege wie auch für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt werden kann. Dadurch soll das Verhandlungsgeschehen insbesondere in Bezug auf die Darlegung der prospektiven Personalaufwendungen von Bürokratie für die Beteiligten deutlich entlastet werden und Hemmnisse bei der Entlohnung der Mitarbeiter bis zur Wirtschaftlichkeitsgrenze abgebaut werden. Zur Umsetzung ist, das Einverständnis der betreffenden Pflegeeinrichtung vorausgesetzt, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen zweckdienlich.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0, 4 und 5 (Weiterentwicklung Qualität)

(Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsgrundlage für den Qualitätsausschuss Pflege; Verpflichtende Ergänzung eines Krisenkonzepts im Qualitätsmanagement; Sicherstellung der pflegfachlichen und technischen Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Qualitätssysteme durch Qualitätsausschuss; Rechtsweg bei Entscheidungen des Qualitätsausschusses)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

1. Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

0. § 8 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ durch die Wörter „des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung“ ersetzt und wird die Angabe „§ 113b Absatz 4“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 und 4a“ ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

2. Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

4. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ambulanten und stationären Pflege“ durch die Wörter „ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.“

b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.

5. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 113 legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben und Vorhaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und die Möglichkeit der Ersatzvornahme entsprechend Absatz 8 Satz 3 bis 5.“

b) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „nach Absatz 4“ die Wörter „und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

„(10) Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 2, 3, 5 und 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Begründung:

Zu Nummer 0

Zu Buchstabe a

Die Regelung schafft eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absätze 4 und 4a übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Eine fiskalische Trennung dieses Aufgabenbereichs von den Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Absatz 3 ist aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten (hier Qualitätsausschuss Pflege als Organ der Vertragsparteien nach § 113 bzw. dort allein Spitzenverband Bund der Pflegekassen) geboten. Bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurde der zunächst bis 31. Mai 2021 befristete Arbeitsauftrag für die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses als dauerhaft bestimmt. Für den Qualitätsausschuss Pflege besteht ein dauerhaft eigenständiger Handlungsbereich. Über die dem Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 4 mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz übertragenen Aufgaben hinaus ist bei den vom Qualitätsausschuss zu bearbeitenden Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege von einer nachhaltigen Aufgabenstellung auszugehen. Dies wird in der gleichzeitigen Einfügung eines neuen § 113b Absatz 4a inhaltlich ausgeführt. Dort ist geregelt, dass auch zukünftig von den Vertragsparteien unabhängige wissenschaftliche Institutionen beauftragt werden können, wenn die Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung dies erfordert; diese Aufträge werden aus Gründen der Sachnähe in die Finanzierungsregelung des § 8 Absatz 4 eingeschlossen.

Zu Buchstabe b

Im Hinblick auf das Verfahren und die Auszahlungen wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 113 die Einzelheiten des Auszahlungsverfahrens vereinbaren und die jeweiligen Auszahlungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

In Satz 1 wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit nunmehr konkretisiert, dass die Vereinbarungspartner für den ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungsbereich sowie für die Versorgungsform der Kurzzeitpflege Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu erarbeiten haben. Bei den Regelungen zur Kurzzeitpflege ist der mit diesem Gesetz neu eingefügte § 88a „Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“ zu beachten, wonach der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 insbesondere für die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege abgeben. In den Maßstäben und Grundsätzen für die Kurzzeitpflege sind spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege abzubilden; insoweit sind die Empfehlungen zu berücksichtigen. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder hinsichtlich je nach Bedarf auch ärztlich verordneten oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen.

Darüber hinaus wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 1 verankert, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören. Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pandemischen Lage haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass beim Betrieb einer Pflegeeinrichtung regelhaft rechtzeitig Vorbereitungen für mögliche Krisensituationen getroffen werden, damit auch unter veränderten Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung und soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen erfolgen kann. Diese Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit ihre Anwendbarkeit auf verschiedene Krisensituationen (z.B. pandemische Notlagen, Naturkatastrophen, Großschadensereignisse) gewährleistet ist und jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann.

Notwendige Bestandteile des Konzeptes sind die Darstellung einer nachhaltigen Strategie zur Vermeidung von Engpässen in von den Vereinbarungspartnern näher zu definierenden Bereichen (bspw. entsprechende Vorratshaltung von Schutzausrüstungen), die Priorisierung von Aufgaben während einer Krise, die Festlegung von Steuerungskompetenzen, die Beschreibung des Umgangs mit personellen und sachlichen Ressourcen unter Extrembedingungen, die Vorbereitung von Mechanismen zur Abstimmung und Zusammenarbeit insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, betroffenen Behörden und Organisationen sowie die Vorbereitung von Strategien zur Gestaltung der Kommunikation mit allen für die Versorgung und Teilhabe wesentlichen Zielgruppen (zum Beispiel Angehörige, gesetzliche Vertreter, Nachbarn).

Die Konzepte sind mit weiteren regional zuständigen Stellen, wie z. B. Gesundheitsämtern und Heimaufsichten abzustimmen. Das Qualitätsmanagement muss auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet sein, das heißt auch, dass die Konzepte für Maßnahmen in Krisensituationen regelmäßig auf ihre Belastbarkeit zu überprüfen und weiter zu entwickeln sind.

Zu Buchstabe bb

Der neue Satz 4 schafft eine einheitliche Regelung für Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von Betreuungsmaßnahmen. Qualifikationsanforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betreuungsdiensten, die Betreuungsleistungen erbringen (die Richtlinien nach § 112a verweisen diesbezüglich auf die Richtlinien nach § 53b), sind derzeit höher als die Qualifikationsanforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsleistungen erbringen. Es ist fachlich geboten, die Voraussetzungen für alle Erbringer von ambulanten Betreuungsleistungen gleichzusetzen. Deshalb werden nunmehr die Anforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben in beiden Diensten angeglichen: Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte), müssen eine Qualifikation entsprechend den Richtlinien nach § 112a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 53b erbringen. Gleichzeitig wird in beiden Fällen durch eine Ergänzung in § 112a die Möglichkeit geschaffen, die nach den Richtlinien gemäß § 112a erforderlichen Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Mitarbeitergewinnung in beiden Diensten zu erleichtern.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist durch Zeitablauf obsolet.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 4a überträgt den Vertragsparteien die Verantwortung für die medizinisch-pflegefachliche und technische Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären und ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der stetigen Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse ist eine Daueraufgabe. Wichtig ist, dass die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen in die Bewertung, ob und welche Nachjustierungen erforderlich sind, einfließen. Deshalb wird explizit geregelt, dass die Vertragsparteien insbesondere die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5, die die Umsetzung der entwickelten Verfahren betreffen und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme zu berücksichtigen haben. Letztere betreffen die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten, der Qualitätsdarstellung und den Qualitätsprüfungen. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festgelegten Bewertungssystematik enthalten.

Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit haben die Vertragsparteien erforderlichenfalls fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Die Sätze 2 bis 5 des Absatzes 5 gelten analog und regeln Vorgaben für die Aufträge. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Wie bei den Aufträgen nach Absatz 4 wird ein Genehmigungsvorbehalt, eine

Informationspflicht und die Möglichkeit der Ersatzvornahme angeordnet (analoge Anwendung des Absatzes 8 Sätze 3 bis 5).

Zu Buchstabe b

Es ist sachgerecht, die Aufträge und Vorhaben, die der Sicherstellung der Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse dienen, wie die Entwicklungsaufträge nach Absatz 4 aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Entscheidungen des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und die Beanstandungen, Auflagen und Festsetzungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 vor den Sozialgerichten anfechtbar sind. Aus Gründen der Prozessökonomie und im Interesse der Rechtssicherheit entfällt ein Vorverfahren. Gleichzeitig wird angeordnet, dass die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass die angefochtene Entscheidung vollzogen werden kann, bevor über das Rechtsmittel abschließend entschieden ist.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 4 bis 6 (Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste)

(Verlängerung der Weiterbildungsfrist für verantwortliche Fachkräfte in Betreuungsdiensten bis zum 1. Januar 2023; Anpassung der Benennung der zuständigen Träger der Sozialhilfe; berufs begleitender Erwerb der in den Richtlinien festgelegten Qualifikationen durch Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben)

1. Dem Artikel 2 werden die folgenden Nummern 4 bis 6 angefügt:

4. In § 71 Absatz 3 Satz 7 wird die Angabe „1. Juni 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ ersetzt.

5. In § 75 Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe“ die Wörter „oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger“ eingefügt.

6. Nach § 112a Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufs begleitend erwerben.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 4

Zur Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen soll die mit Einführung der Betreuungsdienste vorgesehene Übergangsfrist für leitende Fachkräfte von Betreuungsdiensten verlängert werden.

Insbesondere durch die Corona-Pandemielage wurde die Gründung von neuen Betreuungsdiensten und die Durchführung der in diesem Zusammenhang erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen für verantwortliche Fachkräfte erschwert, so dass eine Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2023 zweckmäßig ist.

Zu Nummer 5

Die Zuständigkeit der Träger für Leistungen der Sozialhilfe ist auch mit Einführung des Bundesteilhabegesetzes im Wesentlichen föderal unterschiedlich ausgestaltet. Nach aktueller

Rechtslage ist unter anderem die örtliche Zuständigkeit der Träger der Leistungen der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bundesgesetzlich geregelt, im Landesrecht können allerdings, wie bisher auch schon, davon abweichende Regelungen zur Zuständigkeit der Träger (örtlich wie sachlich) getroffen werden, insofern erfolgt eine Anpassung. Hiermit wird inhaltlich weitgehend ein Vorschlag des Bundesrates aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz aufgegriffen (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss) Nummer 20).

Zu Nummer 6

Die Neuregelung der Möglichkeit der berufsbegleitenden Qualifikation ist in Zusammenhang mit der Neuregelung in § 113 zu sehen, die die Qualifikationsvoraussetzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen in ambulanten Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten erbringen, gleichsetzt. Insoweit in den Richtlinien gemäß § 112a die erforderlichen Qualifikationen bestimmt werden, wird mit dem neuen Satz 3 für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben die Möglichkeit geschaffen, diese Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Gewinnung von Mitarbeitenden für beide Dienste zu erleichtern.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1a (Anpassungen Vorgaben für MD Bund als RL Geber)

Nach Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 53d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. Januar 2022 zu erheben und in nicht personenbezogener Form an den Medizinischen Dienst Bund zu übermitteln. Der Medizinische Dienst Bund wertet die übermittelten Daten unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste aus.“

c) Im bisherigen Satz 2 werden nach dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt.“

Begründung:

Zu Nummer 1a

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung wird festgelegt, dass die vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten übertragenen Aufgaben enthalten müssen. Diese Richtwerte gelten für alle Medizinischen Dienste einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Medizinischen Dienste weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind (vgl. auch Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77).

Zu Buchstabe b

Gegenstand der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind MD-übergreifende Richtwerte für die Tätigkeitsfelder der Medizinischen Dienste im Bereich der

Pflegeversicherung. Absatz 2 Satz 2 dient der Unterstützung des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste bei der Erfüllung dieser Aufgabe und gewährt ihnen die nötige Zeit für die Umsetzung.

Die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste stellt eine methodisch komplexe Aufgabe dar, die ein einheitliches Vorgehen und einen zeitlichen Vorlauf erfordert.

Satz 3 schreibt daher vor, dass in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben ist, die nach § 280 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches in Verbindung mit § 69 Absatz 6 des Vierten Buches von den Medizinischen Diensten zur Begründung der Ausbringung von Planstellen und Stellen zu beachten sind. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

Für eine belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zielführend und methodisch wesentlich ist es, die in allen Medizinischen Diensten vergleichbar anfallenden Aufgaben typischen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Bezogen auf die Aufgabenbereiche der Medizinischen Dienste nach dem Elften Buch ergibt sich eine relativ große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen Medizinischen Diensten. Der Arbeitsaufwand hängt insbesondere von der Art der Durchführung der Aufgaben (zum Beispiel persönliche Untersuchung oder Gutachten nach Aktenlage) und der unterschiedlichen Qualität der den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten ab. Die in Satz 3 genannten Aufgabenbereiche Begutachtungen (als Voraussetzung für einen Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung), Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen Medizinischen Diensten, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung wird in Satz 4 vorgegeben, dass diese nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erfolgen haben und vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste koordiniert werden. Die Erhebung der Daten erfolgt zwar in den einzelnen Medizinischen Diensten personenbezogen, jedoch ist auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund nur eine anonymisierte Auswertung zulässig. Die Verarbeitung richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere des Beschäftigtendatenschutzes. Der Personenbezug ist also vor einer Übermittlung der Daten durch die MD zu entfernen. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. Januar 2022 bei allen Medizinischen Diensten zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 30. Juni 2022 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe b.

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1a (Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen)

Nach Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

„Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1a

Gemäß § 59 des Ersten Buches erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen dieses Buches gilt jedoch grundsätzlich, dass der Berechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Verstirbt der zu Pflegenden vor der Abrechnung der ausgelegten Kosten, besteht für Erben kein Anspruch auf Kostenerstattung. Nach geltender Gesetzeslage betrifft dies insbesondere die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Absatz 4 und § 45b sowie den Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann. Mit der neuen Regelung in Satz 3 soll daher ausdrücklich auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche nach diesem Buch ermöglicht werden.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0 und 0a (Beratung)

(Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Die folgenden Nummern 0 und 0a werden vorangestellt:

0. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 7b wie folgt gefasst:

„§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

0a. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder

2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 0a

Zu Buchstabe a

Zu § 7b (Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine)

Die Überschrift wird an den Regelungsinhalt angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 wird angepasst und um die hierin bislang noch nicht enthaltenen Leistungstatbestände (Wohngruppenzuschlag nach § 38a, Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 (ohne zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4, Einsatz digitaler Pflegeanwendungen gemäß § 40b und Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e) ergänzt.

Um den Wortlaut zu vereinheitlichen, wird der Begriff „Antragsteller“ durch den Begriff „Versicherten“ ersetzt. In den gesetzlichen Regelungen betreffend die Pflegeberatung wird dieser bereits überwiegend verwendet, vergleiche § 7a Absatz 2, Satz 3, § 7b Absatz 1 Satz 3 und § 7c Absatz 1 Satz 1. Die Aufnahme des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit fasst den bisherigen Verweis auf § 18 Absatz 3 in eine klare Form. Ein formaler Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird von Seiten der Pflegebedürftigen nicht gestellt.

Ferner wird vorgeschrieben, dass beim Beratungsangebot ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären ist. Dadurch erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Regelung der Pflicht zum Angebot einer Beratung sind die Kostenerstattungsansprüche im Rahmen des SGB XI bislang nicht mit aufgeführt. Dies hat den Hintergrund, dass es sich hierbei oftmals um monatlich wiederkehrend bezogene Leistungen handelt, bei denen regelmäßig Anträge auf Erstattung der jeweiligen Kosten gestellt werden, diese Anträge in der Mehrzahl der Fälle allerdings der reinen finanziellen Abwicklung dienen, ohne dass neue Fragen zu dem Anspruch oder seinen Besonderheiten aufgetreten sind. Insofern dient die bisherige Herausnahme dieser

Kostenerstattungsansprüche aus der Regelung der Entlastung von unnötiger Bürokratie. Anders zu beurteilen sind jedoch Erstanträge auf diese Leistungen. Gerade bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen des SGB XI oder dem Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann, treten zu Beginn häufig Fragen auf, wofür der Anspruch genutzt werden kann, wie die Abwicklung funktioniert und gegebenenfalls, welche Besonderheiten zu beachten sind. Darüber hinaus handelt es sich gerade bei diesen Ansprüchen um Leistungen, die regelmäßig neben anderen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Daher ist es relevant, wie der Anspruch in die Gesamtversorgung eingebunden wird. Bei einem Anspruch auf Kostenerstattung gilt zudem grundsätzlich, dass der Anspruchsberechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Bei verschiedenen Ansprüchen wird häufig aber auch von den zivilrechtlichen Möglichkeiten der Abtretung, Stellvertretung oder Stundung Gebrauch gemacht oder es gibt in bestimmten Fällen verwaltungspraktische Vereinfachungen. Je nachdem, von welchen Möglichkeiten hier Gebrauch gemacht wird, gibt es dabei Vorteile und Nachteile, zu denen die Anspruchsberechtigten gegebenenfalls Informationen erhalten sollten. Vor diesem Hintergrund kann sich hier insbesondere die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als nützlich erweisen.

Ähnliches gilt für den Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Leistung wird zwar von ihrer Konzeption her nicht regelmäßig monatlich in Anspruch genommen, sondern adressiert bestimmte punktuelle Anlässe. Auch hier stellen sich die Fragen aber zumeist beim erstmaligen Leistungsbezug und der Anspruch wird danach in Kenntnis der hierbei zu beachtenden Besonderheiten in der Regel ohne besondere Schwierigkeiten gehandhabt.

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag).

Davon unbeschadet bestehen Beratungsansprüche auch dann, wenn sich Änderungen bei der Inanspruchnahme der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen ergeben.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1a (Stärkung regionaler Netzwerke) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Ausweitung der regionalen Netzwerke durch eine Aufstockung der Fördermittel um zehn Millionen Euro jährlich zur Verbesserung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung. Damit wird die vom BMG verantwortete Maßnahme 1.3.5 in der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.)

1. Nach Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 45c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „10 Millionen“ durch die Angabe „20 Millionen“ ersetzt.

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

bb) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.“ ‘

2. Artikel 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Artikel 2 Nummer 1a Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb und Artikel 3 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2)

Zu Nummer 1a

Die bisher in § 45c Absatz 1 und Absatz 9 geregelte Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen wird geändert, um die Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung zu stärken.

Zu Buchstabe a

Es erfolgt ein deutlicher Ausbau der von der Pflegeversicherung zur Förderung dieser Netzwerke zur Verfügung gestellten Mittel von derzeit 10 Millionen Euro auf 20 Millionen Euro. Damit wird auch eine vereinbarte Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Je Kreis und kreisfreier Stadt soll künftig eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken, in Kreisen und kreisfreien Städten ab 500 000 Einwohnerinnen und Einwohnern von bis zu vier Netzwerken möglich sein. In den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken je Bezirk möglich. Als Grundlage gilt hierbei die zum jeweiligen Zeitpunkt gültige Zuordnung der kreisfreien Städte und Landkreise des Statistischen Bundesamtes. Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag erhöht sich um 25 Prozent auf 25 000 Euro je Kalenderjahr. Mit diesen Ausweitungen soll die strukturierte Vernetzung bundesweit gestärkt werden. Im Rahmen der zu aktualisierenden Empfehlungen nach Absatz 7 soll diese Stärkung der Netzwerke durch weitere Verfahrensvereinfachungen der Förderung wie z.B. zweijährige Förderzusagen vor allem für sich neu gründende Netzwerke, um eine ausreichende finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, zusätzlich unterstützt werden.

Um eine Transparenz über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Damit soll das Wissen über die Netzwerke und der Austausch unter den Netzwerken verbessert werden. In den Empfehlungen nach Absatz 7 ist der Umfang der dafür erforderlichen Angaben zu regeln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der Ergänzungen in § 45c Absatz 9 gelten nun die Sätze 1 bis 5 entsprechend für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aufgrund der Änderungen in Absatz 1 und Absatz 9 sind die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, bis zum 31. Dezember 2021 neu zu regeln. Damit wird gewährleistet, dass die Änderungen entsprechend fundiert ab dem 1. Januar 2022 zum Tragen kommen können.

Zu Nummer 2 (Artikel 16)

Das Inkrafttreten zum Jahresbeginn 2022 erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Empfehlungen zur Förderung der regionalen Netzwerke noch bis zum Jahresende 2021 anzupassen sind. Dementsprechend tritt dieser Teil der Regelung am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 1a bis 1c und 4 (Rechtstechnische Anpassungen) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Rechtstechnische Bereinigungen, Folgeänderungen, Klarstellungen und Vereinfachungen)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1a bis 1c eingefügt:

1a. Dem § 44 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

1b. Dem § 44a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

1c. § 45a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind.“

b) Nach dem bisherigen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrages der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet.“

c) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „5, 7 und 8“ durch die Wörter „5 und 7 bis 9“ ersetzt.

d) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 angefügt:

„4. In § 143 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „§ 12b Absatz 1 und 1a“ durch die Wörter „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.“

2. Nach Artikel 16 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Artikel 2 Nummer 1c tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 1a

Mit der Ergänzung wird die Grundlage für elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen unter Bezug auf die beim Krankengeld bereits geltenden Regelungen (§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches) geschaffen und zugleich für die Beteiligten verbindlich vorgeschrieben. Die Meldungen betreffen Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen als Pflegeperson erfüllen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind. Durch die elektronischen Meldungen werden die Verfahrensabläufe vereinfacht und effektiviert.

Zu Nummer 1b

Hier gilt die Begründung zu der Ergänzung des § 44 Absatz 2 in gleicher Weise.

Zu Nummer 1c

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Regelung des § 45a Absatz 4 im Hinblick auf die Antragstellung an die Regelung des § 45b Absatz 2 angepasst. Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs kann damit auch nachträglich geltend gemacht werden, ohne dass zuvor ein gesonderter Antrag gestellt worden ist, dass der Umwandlungsanspruch grundsätzlich genutzt werden soll. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bereits möglich, ohne dass vom Pflegebedürftigen zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt worden sein muss. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 45a Absatz 4 bleibt aber, dass die Leistungserbringung durch die Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem jeweiligen Kalendermonat, für den die Umwandlung genutzt werden soll, durch Belege nachweisbar auch tatsächlich stattgefunden hat. Der ambulante Sachleistungsbetrag für diesen Kalendermonat darf zudem insoweit nicht bereits für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft worden sein. Ferner darf die Maximalgrenze für die Umwandlung nicht überschritten werden und für dieselben Leistungen darf nicht bereits eine Kostenerstattung in der jeweiligen Höhe – gegebenenfalls auch nach anderen Vorschriften – erfolgt sein.

Zu Buchstabe b

Insbesondere wenn der Umwandlungsanspruch für einen bereits vorausgegangenen Kalendermonat nachträglich geltend gemacht wird, ohne dass der Pflegebedürftige dies seiner Pflegekasse vorab angezeigt hat, kann es dazu kommen, dass für den entsprechenden Kalendermonat bereits Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden ist. Da der umgewandelte Leistungsbetrag im Rahmen der Kombinationsleistung wie die Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung behandelt wird, hat die Höhe des beantragten Kostenerstattungsbetrags Einfluss darauf, wieviel anteiliges Pflegegeld der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung der Umwandlung noch beanspruchen kann. Wie bereits in der Begründung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (BT-Drucksache 18/1798, Seite 32) dargestellt, kann in diesem Fall die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragte Kostenerstattung mit dem jeweils bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet werden, soweit der ausgezahlte Pflegegeldbetrag den Pflegegeldbetrag übersteigt, den der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages noch beanspruchen kann. Nutzt der Pflegebedürftige mit dem umgewandelten Betrag und in dem entsprechenden Monat bezogenen Sachleistungen ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste den Leistungsbetrag nach § 36 insgesamt zu 100 Prozent aus, verbleibt daneben kein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld mehr. In diesem Fall ist ein bereits ausgezahlter Pflegegeldbetrag folglich in vollem Umfang mit dem beantragten Kostenerstattungsbetrag zu verrechnen. Um diese Rechtswirkung für die Normadressaten transparenter zu machen, wird eine entsprechende Regelung jetzt ausdrücklich in § 45a Absatz 4 mit aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen infolge der Änderungen des § 37 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Zu Buchstabe d

Die bisher in Satz 7 normierte Evaluation des Umwandlungsanspruchs wurde durchgeführt, so dass die Regelung hierzu durch Zeitablauf überholt ist.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur eines Verweises.

Zu Nummer 2 (Artikel 16)

Die rechtstechnische Anpassung in Nummer 1c tritt am 1. Juli 2021 in Kraft, die anderen rechtstechnischen Anpassungen treten am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1a und 1b (Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege) und Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Anhebung der Leistungsbeträge der §§ 36 und 42 SGB XI)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1a und 1b eingefügt:

1a. § 36 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „689“ durch die Angabe „724“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „1 298“ durch die Angabe „1 363“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 693“ ersetzt.

dd) In Nummer 4 die Angabe „1 995“ durch die Angabe „2 095“ ersetzt.

1b. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 774“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „3 224“ durch die Angabe „3 386“ ersetzt.

2. Nach Artikel 16 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Artikel 2 Nummern 1a und 1b tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (zu Artikel 2)

Zu Nummer 1a

Die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 werden um 5 Prozent angehoben. Die Anhebung dient zum Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstiegs.

Zu Nummer 1b

Um die Unterstützung der häuslichen Pflege durch die Kurzzeitpflege zu stärken, wird der Höchstleistungsbetrag für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben. Die Anhebung soll

die sich aus den vorgesehenen Verbesserungen im Bereich der Vergütung der Kurzzeitpflege ergebenden Kostensteigerungen ausgleichen.

Zu Nummer 2 (zu Artikel 16)

Die Anhebung der Leistungsbeträge erfolgt zum 1. Januar 2022.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 9a (§ 14 Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes)

(Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V)

Nach Artikel 9 wird folgender Artikel 9a eingefügt:

,Artikel 9a

Änderung des Pflegeberufgesetzes

Das Pflegeberufgesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 13a des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 14 wie folgt gefasst:

„§ 14 Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“.

b) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „§ 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „§ 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.'

Begründung

In Folge der Schaffung des § 64d SGB V wird § 14 PflBG dahingehend angepasst, dass die Regelungen zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher

Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben sich neben den Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V auch auf Modellvorhaben nach § 64d SGB V beziehen. Damit sind auch im Rahmen der verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V die Vorgaben des § 14 PfIBG zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen anwendbar.

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 1 Nummer 52a, 61a (§§ 221a und 272a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ergänzender Bundeszuschuss 2022 an den Gesundheitsfonds
mit Entnahmeregelung aus Liquiditätsreserve)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 52 wird folgende Nummer 52a eingefügt:

52a. § 221a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „im Jahr 2021“ durch die Wörter „in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2022 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Betrag von 42 Millionen Euro. Das Bundesministerium für Gesundheit wird befristet bis zum 31. Dezember 2021 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats einen von Satz 1 abweichenden ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 einschließlich eines vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisenden Betrags festzusetzen. Der in der Rechtsverordnung nach Satz 3 festzusetzende ergänzende Bundeszuschuss ist auf den Betrag festzusetzen, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a im Jahr 2022 bei 1,3 Prozent zu stabilisieren; der vom Gesundheitsfonds an die

landwirtschaftliche Krankenversicherung zu überweisende Betrag ist in der Rechtsverordnung nach Satz 3 entsprechend des Verhältnisses des der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach Satz 2 vom Gesundheitsfonds zu überweisenden Betrags zum ergänzenden Bundeszuschuss nach Satz 1 festzusetzen.“

2. Nach Nummer 61 wird folgende Nummer 61a eingefügt:

61a. Nach § 272 wird folgender § 272a eingefügt:

„§ 272a

Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2022

Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2021 die nach § 271 Absatz 2 Satz 3 festgesetzte Mindesthöhe auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Jahr 2021, werden die über die Mindesthöhe hinausgehenden Mittel abzüglich der Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 im Jahr 2022 den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2022 zugeführt.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Bedingt durch die Wirtschaftskrise, die die COVID-19-Pandemie ausgelöst hat, wird die gesetzliche Krankenversicherung auch im Jahr 2022 noch mit konjunkturbedingten Mindereinnahmen konfrontiert sein. Gleichzeitig stehen den meisten gesetzlichen Krankenkassen nach Abführung eines Betrags von kassenweit insgesamt 8 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 keine nennenswerten überschüssigen Finanzreserven zur Stabilisierung ihrer Zusatzbeitragssätze mehr zur Verfügung. Um daher auch im Jahr 2022 einen erheblichen Anstieg der Lohnnebenkosten zu vermeiden und die Sozialversicherungsbeiträge unter 40 Prozent zu stabilisieren, erhält die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich zum Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro. Dieser Betrag entspricht nach derzeitigem Erkenntnisstand in wesentlichen Teilen einer ohne eine entsprechende Mittelzuführung derzeit zu erwartenden Deckungslücke im Jahr 2022, die die Krankenkassen über eine Erhöhung ihrer Zusatzbeitragssätze finanzieren müssten. Der ergänzende Bundeszuschuss fließt in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a. Der Bund leistet den ergänzenden Bundeszuschuss in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.

Durch die mit dem ergänzenden Bundeszuschuss einhergehende weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a kann eine zusätzliche Belastung des

Faktors Arbeit und damit der Unternehmen sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler im Jahr 2022 vermieden und damit ein erheblicher Beitrag zu einer schnelleren Erholung der deutschen Wirtschaft nach der Pandemie geleistet werden.

Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist, bedarf es in Absatz 3 Satz 2 einer separaten Regelung für den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Bundeszuschuss. Der Anteil, den der Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenkasse überweist, beträgt 42 Millionen Euro. Dieser zusätzliche Bundeszuschuss soll auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung für Beitragsstabilität im Jahr 2022 sorgen.

Eine Einschätzung der zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erforderlichen zusätzlichen Bundesmittel für das Jahr 2022 ist aktuell noch mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel wird erst im Oktober 2021 möglich sein. Bis zu diesem Zeitpunkt werden auch die Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds für das 1. Halbjahr 2021 vorliegen. Zudem liegen auch aktuellere Erkenntnisse und Prognosen über die für die Einnahmeentwicklung der GKV relevanten gesamtwirtschaftliche Eckdaten vor. Daher ermächtigt Absatz 3 Satz 3 das Bundesministerium für Gesundheit, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages ohne Zustimmung des Bundesrates den ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 bis zum 31. Dezember 2021 neu festzusetzen. Festzusetzen ist nach Absatz 3 Satz 4 der Betrag ergänzender Bundesmittel, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a im Jahr 2022 bei 1,3 Prozent zu stabilisieren. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenversicherung am ergänzenden Bundeszuschuss bemisst sich entsprechend des Verhältnisses des der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach Satz 2 vom Gesundheitsfonds zu überweisenden Betrags zum ergänzenden Bundeszuschuss nach Satz 1. Dies entspricht 6 Millionen Euro je 1 Milliarde Euro ergänzendem Bundeszuschuss.

Zu Nummer 2

Mit der im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze durch den neuen § 20i Absatz 3 Satz 13 SGB V vorgesehenen vollständigen Erstattung der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve aufgrund der Coronavirus-Testverordnung und der Coronavirus-Impfverordnung im Jahr 2021 durch den Bund wird der Gesundheitsfonds im Jahr 2021 im Umfang von derzeit geschätzt rund 3 Milliarden Euro entlastet.

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass dieser Betrag vollständig zur Reduzierung der GKV-Finanzierungslücke in 2022 herangezogen wird. Hierfür ist vorgesehen, dass etwaige die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zum Ablauf des Geschäftsjahres 2021 überschreitende Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2022 überführt werden und damit zur Minderung der GKV-Finanzierungslücke im Jahr 2022 beitragen.

Grundlage für die Berechnung dieses Entnahmebetrages ist die Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Herbst 2021 für den Abschluss des Geschäftsjahres 2021. Die Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 im Jahr 2022 in Höhe von insgesamt rund 700 Millionen Euro sind dabei von den Mitteln, die über die nach § 271 Absatz 2 Satz 3 festgesetzte Mindesthöhe hinausgehen, abzuziehen.