



Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), Ausschuss-Drs. 19(14)320.1

Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 4.6.2021

Zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass in den letzten Wochen dieser Legislatur doch noch wichtige Teile der dringend erwarteten Pflegereform auf den Weg gebracht werden sollen. Angesichts der Erfahrungen in der Pandemie ist überdeutlich, dass Ergebnisse der Konzentrierten Aktion (KAP) für Verbesserungen in der Pflege nicht auf die lange Bank geschoben werden dürfen, sondern zeitnah gesetzlich umgesetzt werden müssen.

Verbesserungen bei Personalbemessung und der Kurzzeitpflege sowie die Einführung einer Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalt sind für die Leistungsfähigkeit des Pflegesystems von großer Bedeutung. Von entscheidender Bedeutung ist, dass für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte gesetzliche Weichenstellungen erfolgen. Dazu enthält das vorliegende Paket Regelungen zur Tariftreue, die aus Sicht der Caritas – mit einigen wichtigen Korrekturen im Detail – unbedingt jetzt beschlossen werden müssen: Die Verpflichtung der Träger der Altenhilfe, Tariflöhne zu zahlen bzw. für die Entlohnung geltende Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsregelungen anzuwenden, stellt die entscheidende Stellschraube dar, um für die Arbeit der Pflegekräfte nachhaltig eine leistungsgerechte Vergütung abzusichern. Gute Pflege für die Pflegebedürftigen braucht gute Arbeitsbedingungen für die Pflegenden – in der stationären und der ambulanten Pflege, in den Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Umfeld.

Die vorliegenden Änderungsanträge zum GVWG setzen wichtige pflegepolitische Anliegen um. Allerdings sehen wir in einigen Punkten Nachbesserungsbedarf. Aus unserer Sicht geht das stufenweise Modell einer Reduzierung der Eigenbeteiligung an den pflegebedingten Kosten durchaus in die richtige Richtung, mit der Entlastungswirkung erst nach 12 Monaten des Lebens in einer Pflegeeinrichtung bleibt der Vorschlag allerdings hinter den Caritas-Vorschlägen (Karenzzeit: 6 Monate) zurück. Die konkrete Gestaltung einer stufenweise prozentualen Reduzierung ist grundsätzlich nachvollziehbar, allerdings in ihrer Wirkung auf Preis- und Qualitätswettbewerb nicht ausreichend diskutiert. Eine wirksame Reduzierung der Eigenanteile ist jedoch flankierend zur Tariftreuregelung noch in dieser Legislatur geboten.

Um genügend Raum für die gesellschaftlich zu führende Debatte über den besten Weg zur Reduzierung der Eigenanteile zu haben und gleichzeitig kurzfristig die notwendige Begrenzung zu

bewirken, sollten mit dieser Reform in einem ersten Schritt die Leistungssätze für alle pflegerischen Leistungen, gestaffelt nach Pflegegraden, erhöht werden. Dieser Schritt wäre eine Sofortmaßnahme zur Senkung der Eigenanteile. Eine Leistungserhöhung ist übrigens auch für den Bereich der häuslichen Pflegeleistungen dringend geboten, die aufgrund der fehlenden Dynamisierung ebenfalls in den letzten Jahren entwertet wurden. Die Caritas begrüßt, dass die Leistungssätze für die ambulanten Pflegesachleistungen mit den hier vorgenommenen Änderungsanträgen immerhin um 5 Prozent erhöht werden. Dies wird vorliegend mit dem Ausgleich des zu erwartenden Kostenanstiegs aufgrund der Tarifierbindung der vielen noch nicht tariflich gebundenen ambulanten Pflegedienste begründet. Unverständlich ist uns, warum die Leistungssätze der Tagespflegeeinrichtungen, nicht angehoben werden, obwohl auch für diese Einrichtungen künftig Tariftreue gefordert wird. Die großen Probleme in der stationären Pflege dürfen den Blick auf die dringend gebotene Stärkung der häuslichen Pflege nicht verstellen. Vier von fünf der insgesamt 4,1 Mio. pflegebedürftigen Menschen werden zuhause versorgt, davon wiederum mit 71 Prozent mehr als zwei Drittel allein von ihren An- und Zugehörigen ohne Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst. Diese Leistung gilt es wertzuschätzen. Daher müssen auch Pflegegeld nach § 37 SGB XI sowie die Entlastungsleistungen im Alltag nach § 45b SGB XI um 5 Prozent angehoben werden. Wir bedauern, dass die im Arbeitsentwurf vom März 2021 vorgesehene Regelung zur Förderung der legalen Beschäftigung von Live-In-Kräften nicht umgesetzt werden soll. Die Regelung hat sich in wesentlichen Elementen am bewährten und bundesweit bekannten Modell „Carifair“ des Diözesan-Caritasverbandes Paderborn orientiert. Dies sowie auch weitere Schritte zur Stärkung der pflegenden Angehörigen, wie z.B. eine bessere rentenrechtliche Absicherung oder die Schaffung einer „Pflegekarenz“ mit steuerfinanzierter Lohnersatzleistung, ist – wenn jetzt zurückgestellt - unverzüglich zu Beginn der kommenden Legislaturperiode in Angriff zu nehmen.

Der Finanzrahmen des vorliegenden Reformpakets ist sehr auf Kante genäht: Der Steuerzuschuss von 1 Mrd. Euro pro Jahr und 400 Mio. Euro Einnahmen aus den zusätzlichen Beiträgen für Kinderlose stellen die zentralen Pfeiler der Finanzierung der Reformschritte dar. Dem gegenüber stehen Ausgaben allein für die Reduzierung des Eigenanteilsmodells nach § 43c in Höhe von mindestens 2,5 Mrd. Euro. Auch die anderen Leistungsverbesserungen verursachen Ausgaben im jeweils dreistelligen Millionenbereich. Wir begrüßen, dass nunmehr erstmalig ein Steuerzuschuss in die Pflegeversicherung fließt. Gleichzeitig setzt sich die Caritas, auch vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit, sowohl für eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage als auch für eine Ausgabenstruktur ein, die auch in Zukunft noch Leistungsverbesserungen ermöglicht.

Zur Reduzierung der Eigenanteile im vollstationären Bereich müssen in der kommenden Legislatur zwei weitere Meilensteine gesetzt werden: 1. die vollumfängliche Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege analog zur häuslichen Krankenpflege, in der die Krankenkasse diese bezahlt und 2. Die wirksame Durchsetzung der auskömmlichen Beteiligung der Länder an den Investitionskosten (§§ 8 und 9 SGB XI).

Der Deutsche Caritasverband sieht in den Regelungen zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflegekräfte ein starkes Potenzial, um die Attraktivität des Berufs zu steigern. Sowohl die neuen Modellvorhaben zur selbständigen Ausübung von Heilkunde nach § 64d als auch die Blankverordnung und die Kompetenz der Pflegekräfte zur Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln sind wichtige Signale. Die Änderungsanträge sehen hier allerdings noch zu viele Hürden vor. So

müssen ausgebildete Pflegefachkräfte Blankoverordnungen und Hilfsmittlempfehlungen ohne weitere Voraussetzungen ausstellen dürfen, denn dies gehört zu ihren Kernkompetenzen. Pflegekräfte in Deutschland haben eine gute Ausbildung, sind jedoch in der Praxis durch gesetzliche Vorgaben reglementiert, ihre Kompetenzen zum Wohle der Patient_innen auch ausüben zu können. Dies ist in fast allen anderen Ländern Europas und in vielen außereuropäischen Ländern anders. Daher sind die jetzt vorgesehenen Maßnahmen überfällig, um eine Trendwende zu einer Neuverteilung der Aufgaben in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den Ärzt_innen einzuleiten.

Die mit den vorliegenden Änderungsanträgen vorgesehenen Maßnahmen zur verbindlichen Umsetzung des Personalbemessungssystems, die den Beratungen der KAP folgen, müssen dringend in die Wege geleitet werden. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die vorgesehene Bestandsschutzregelung rechtssicher ausgestaltet werden muss. Es muss gewährleistet sein, dass Bundesländer mit einer guten Personalausstattung durch ein einheitliches Personalbemessungssystem ihre gute Personalausstattung auch unter neuen Rahmenbedingungen erhalten können.

Sehr positiv bewertet werden die Neuregelungen zur Kurzzeitpflege, die darauf abzielen, endlich eine wirtschaftlich tragfähige Basis zu schaffen. Fast alle Bürger_innen kennen das Problem, für eine_n Angehörige_n nach Krankenhausentlassung in weitem Radius keinen Kurzzeitpflegeplatz zu finden. Die im Änderungsantrag vorgesehenen Rahmenbedingungen einschließlich der Möglichkeit, für bis zu 10 Tage Übergangspflege als Krankenhausnachsorge im Krankenhaus in Anspruch nehmen zu können, gehen in die richtige Richtung.

Der Caritasverband und seine Fachverbände erwarten, dass mit dieser Reform auch der Schutzschirm für die Pflegeeinrichtungen, der die Pflegeeinrichtungen durch die hohen Wellen der Pandemie getragen hat, nochmals verlängert wird. Fehlanreize gehen von diesem Schutzschirm nicht aus, denn er wird nur in Anspruch genommen, wenn nachweislich pandemiebedingte Mindereinnahmen und Mehraufwendungen zu verzeichnen sind.

Mit großer Sorge betrachten wir das Auslaufen der Ausgleichszahlungen für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zum 15. Juni 2021. Die Einrichtungen sind aufgrund von Abstands- und Hygieneregeln, Nichtanreisen, vorzeitigen Abreisen bei Infektionen oder ausbleibender Anschlussreha in Folge nicht stattfindender elektiver OP bei weitem noch nicht so ausgelastet, dass sie ihre Einrichtungen wirtschaftlich betreiben können. Das betrifft auch in besonderer Weise den sensiblen Bereich der Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen. Geht diese Infrastruktur kaputt, bricht ein wesentlicher Baustein für die Prävention und Gesundung der Patient_innen unwiederbringlich weg. Wir appellieren daher mit Vehemenz dafür, im Rahmen des GVWG den Schutzschirm für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen möglichst bis zum 31. Dezember 2021 zu verlängern und gesetzliche Rahmenbedingungen für die Verhandlung pandemiebedingter Kosten auf Bundesebene zu schaffen.

Im Einzelnen nehmen wir zu den Änderungsanträgen wie folgt Stellung:

Änderungsantrag 1: Zu Artikel 1

Nummer 11a

§ 37 Absatz 2a Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Mit § 37 Absatz 2a S. 1 und 2 wird die pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 640 Mio. Euro geregelt. Damit wird nun der Betrag aus dem aktuell das die zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Absatz 6 refinanziert werden für die Zukunft gesichert, wenn diese Stellen entsprechend des Änderungsantrags 7 zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI in den Pflegesatz integriert werden. Der Deutsche Caritasverband setzt sich jedoch dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege auch in stationären Einrichtungen grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb fordern wir den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

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

§ 37 Absatz 8 neu i.V. mit § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V Blankverordnung HKP

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

Wir begrüßen diese Aufnahme der Blankverordnung in die Häusliche Krankenpflege als einen ersten Schritt im Rahmen der überfälligen Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte. Für uns

ist es jedoch nicht nachvollziehbar, warum die geplante Kompetenzerweiterung nur entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften vorbehalten werden sollten und nicht zu den genuinen Aufgaben jeder Pflegefachkraft gehört. Daher wird auch die Änderung des § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 abgelehnt, wonach die Rahmenempfehlungspartner Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte, die Blankoverordnungen ausstellen können sollen, festlegen.

Des Weiteren sind die verordnungsfähigen Maßnahmen, die in der Begründung genannt sind (Positionswechsel bei Dekubitus, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbands) zu stark eingeschränkt; sie sollten grundsätzlich auf alle nicht-medikamentösen HKP-Leistungen ausgeweitet werden. Insbesondere sollte der Bereich der Wundversorgung ausdrücklich genannt werden. Die Gesetzesbegründung ist hier entsprechend zu ergänzen. Darüber hinaus ist eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten anzustreben

Änderungsbedarf

§ 37 Absatz 8 neu ist wie folgt zu fassen:

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

§ 37 Absatz 9 und Absatz 10 SGB V Abrechnungsprüfung

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

Nach § 37 Absatz 10 soll drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung eine Evaluation auf der Basis der nach § 37 Absatz 9 erhobenen Daten stattfinden. Die Evaluation 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. Die gemeinsame Beauftragung halten wir für sachgerecht. Darüber hinaus fehlt in § 37 Absatz 10 aber eine Aussage zur Finanzierung der

Evaluation. Die Finanzierung hat unserer Auffassung nach durch den Spitzenbund Bund der Krankenkassen zu erfolgen.

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

Änderungsbedarf

§ 37 Absatz 9 ist um folgenden Satz zu ergänzen:

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

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

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

Nummer 13a

§ 39e Übergangspflege im Krankenhaus

In Deutschland gibt es einen großen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der Probleme bei der pflegerischen Anschlussversorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Daher ist die Einführung einer Übergangspflege, nach der Patient_innen einen Anspruch auf Anschlussversorgung für bis zu 10 Tagen nach Krankenhausbehandlung erhalten können, aus Sicht des Deutschen Caritasverbands und des Katholischen Krankenhausverbands (kkvd) grundsätzlich als komplementäres Angebot der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI positiv zu bewerten.

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

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

Ebenfalls begrüßt wird, dass die Übergangspflege gegenüber der Entwurfsfassung jetzt nicht mehr Leistungen zur Frührehabilitation umfassen soll, wie von uns gefordert. Diese sind nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Bestandteil der Krankenhausbehandlung und als solche in Komplexcodes abgebildet.

Nummer 39a

§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Begrüßt wird, dass gegenüber der Entwurfsfassung nun ausdrücklich festgelegt ist, dass die Verträge Regelungen zur Vergütung umfassen müssen. Unklar ist jedoch nach wie vor, welche weiteren Inhalte die Verträge haben sollen. Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39e stellt bereits klar, dass Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbracht werden.

Änderungsbedarf

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über ~~die Einzelheiten der Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e sowie deren~~ die Vergütung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e.

Nummern 18a (Artikel 1) i.V.m. Änderungsantrag 19 (Artikel 9a Änderung des Pflegeberufgesetzes)

§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte. Die bisherigen Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Basis der Vorschriften nach § 63 Absatz 3b und 3c haben sich eher als „Sackgasse“ und als „Innovationsbremser“ erwiesen, sowohl was die übertragbaren Tätigkeiten als auch die fehlenden Regelungen zur Weiterbildung der Pflegefachkräfte betrifft. Daher gibt es auch nach mehr als 10 Jahre kaum Modellvorhaben. Daher wurde in der AG 3 des Strategieprozesses zur Konzertierte(n) Aktion Pflege ein neuer Typ von Modellvorhaben diskutiert. Dieser fand sowohl in den bekannt gewordenen Arbeitsentwurf zur Pflegereform als auch in die Entwurfsfassung zu diesen Änderungsanträgen, beziehend auf § 63 SGB V, Eingang. Eine Bezugnahme auf § 63 SGB V ist notwendig, denn sie bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Daher bedarf es dieser Grundlage auch in Bezug auf die neuen Modellvorhaben nach § 64d. Völlig unverständlich ist uns, dass Absatz 1 Satz 1 der hier vorliegenden Kabinettsfassung nun als Ziel des § 64d die Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c formuliert. Wenn der Gesetzgeber eine verpflichtende Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V, die im Rahmen von Selektivverträgen und nicht gemeinsamen und einheitlichen Verträgen der Kassen auf Länderebene durchgeführt werden sollen, bewirken will, muss er dies in § 63 Absatz 3c und nicht in § 64d regeln. Im Ergebnis ist in § 64d somit der Bezug auf § 63 Absatz 3c in Satz 1 dringend zu streichen und der Bezug auf § 63 SGB V wiederherzustellen. § 64d bietet die Chance, endlich Modellvorhaben zur selbständigen Ausübung von Heilkunde auf den Weg zu bringen. Diese darf nicht behindert werden.

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

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

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

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

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

Aufgrund von § 14 Absatz 7 PflBG ist die aus Sicht der Caritas wesentliche Anforderung erfüllt, dass bereits ausgebildete, erfahrene Pflegefachkräfte und nicht nur grundständig neu auszubildende Pflegefachfrauen und -männer die erweiterten Kompetenzen für die Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c und § 64d im Wege der Weiterbildung, auch berufsbegleitend, erwerben können.

Erprobungsziele sollten sein:

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

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

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

Änderungsbedarf

Die Überschrift des § 64d neu sollte lauten: „Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur besseren Versorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen“

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

In Absatz 1 ist nach Satz 1 folgender Satz zu ergänzen:

„Dabei ist der Vielfalt der Träger der Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.“

Absatz 1 Satz 3 lautet wie folgt:

„Die Vorhaben beginnen frühestens am 1. Januar 2023, spätestens jedoch am 1. September 2023“.

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

Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 wird wie folgt formuliert:

„Rahmenvorgaben für die Erprobungsziele der interprofessionellen Zusammenarbeit“

Änderungsantrag 3

Gegenfinanzierung

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Die Einführung eines Steuerzuschusses in die Pflegeversicherung wird grundsätzlich begrüßt. Ab dem 1.1.2022 sollen 1 Mrd. Steuermittel jährlich in die Pflegeversicherung fließen. Der Bundeszuschuss wird als „pauschale Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung“ bezeichnet.

In diesem Zusammenhang deutlich zu kritisieren ist, dass der hier vorliegende Reformvorschlag keinerlei Verbesserungen für pflegende Angehörige enthält, sondern sich auf Verbesserungen im professionellen Leistungsbereich konzentriert. Dies ist nicht nachvollziehbar. Auch bei knappen Finanzrahmen bedarf es mindestens einer linearen Erhöhung des Pflegegelds um 5 Prozent, wie für den Bereich der Pflegesachleistungen und der Kurzzeitpflege vorgesehen. Von den 4,1 Mio. pflegebedürftigen Menschen werden 3,28 Mio. häuslich versorgt und wiederum 2,33 Mio. dieser Menschen durch pflegende Angehörige ohne Unterstützung eines Pflegedienstes. Deren Leistung gilt es in gleicher Weise zumindest durch Anpassung der Leistungssätze des Pflegegelds zu honorieren.

Änderungsantrag 4

§ 43c Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

Die pflegebedingten Eigenanteile sind in den letzten Jahren insgesamt stark angestiegen. Wesentliche Ursachen waren dringend notwendige Lohnsteigerungen (Tarifsteigerungen bei tarifgebundenen Trägern wie der Caritas ebenso wie Steigerungen der Mindestlöhne durch die Pflegekommission), der fast vollständige Rückzug der Länder und Kommunen aus der Beteiligung an den Investitionskosten und die fehlende Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V. Die weiter dringenden Verbesserungen der Einkommen und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte über eine wirksame Tariftreue- und eine bessere Personalausstattung, die durch die Einführung eines Personalbemessungssystems erreicht werden soll, dürfen, gerade bei lang währender Pflegebedürftigkeit nicht voll zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Ehepartner gehen. Daher setzt sich der Deutsche Caritasverband für eine Begrenzung der Eigenanteile in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein, die ab dem 6. Monat in der Einrichtung greifen soll.

Der Deutsche Caritasverband kann sich als Einstieg in die Eigenanteilsbegrenzung grundsätzlich ein Stufenmodell vorstellen. Eine Spanne von 3 Jahren in den Blick zu nehmen ist dabei durchaus sinnvoll, denn einerseits verstirbt ein großer Teil der Heimbewohner_innen bereits im ersten Jahr nach Einzug in die Pflegeeinrichtung, andererseits lebt mehr als ein Drittel aller Heimbewohner_innen drei Jahre und länger in der Einrichtung. Für die Menschen, die mehr als drei Jahre in der Einrichtung leben, ist das Risiko besonders groß, dass durch die Eigenanteile die Vermögen aufgebraucht sind und der Aufenthalt in der Einrichtung zum Armutsrisiko wird. Daher ist es sachgerecht, die Entlastung um so höher ausfallen zu lassen, je länger jemand in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt. Gegenüber der Entwurfsfassung wurde im vorliegenden Kabinettsentwurf geändert, dass die Menschen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen nun vom ersten Tag ihres Einzugs eine Entlastung in Höhe von 5 Prozent des von ihnen zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Kosten erhalten. Aus Sicht der Caritas sollte die erste Entlastungsstufe 6 Monate nach dem Einzug in die Pflegeeinrichtung beginnen. Sollte der Gesetzgeber an dem vorliegenden Modell der stufenweisen prozentualen Entlastung festhalten, schlagen wir vor, die erste Stufe bei 10 Prozent nach sechs Monaten anzusetzen. Positiv zu bewerten ist, dass das hier vorgestellte Modell auch ausdrücklich einen Ausgleich für die Ausbildungskosten vorsieht, Es muss sichergestellt werden, dass die Ausbildungskosten, die mit einem Zuschuss aus der Pflegeversicherung zur Reduzierung der Eigenanteile umfasst sind, im gleichen Umfang reduziert werden wie die restlichen pflegebedingten Kosten, denn sie müssen in den Rechnungen der Heimbewohner_innen gesondert ausgewiesen werden.

Generell spricht sich der Deutsche Caritasverband dafür aus, den Vorschlag eines prozentualen im Vergleich zu einem Stufenmodell in absoluten Zahlen bei der Begrenzung der Eigenanteile noch einmal kritisch abzuwägen. Es soll für die Einrichtungen keine Fehlanreize geben, die notwendige Mehrpersonalisierung letztlich aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit auf dem Pflegemarkt nicht durchzuführen.

Bevor ein Stufenmodell zur Begrenzung der Eigenanteile – sei es prozentual oder absolut ausgestaltet -, eingeführt wird, bedarf es somit einer sorgsamsten Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile. Dafür besteht in den zwei verbleibenden Sitzungswochen dieser Legislatur nicht mehr

die erforderliche Zeit für eine sorgsame Beratung. Daher schlagen wir vor, ein solches Stufenmodell, das zudem mit erheblichen Einführungskosten verbunden ist, zunächst zurückzustellen. Für den Deutschen Caritasverband wäre als **Übergangslösung** eine Dynamisierung der Leistungssätze für die vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegesachleistung sowie für das Pflegegeld im Umfang von 5 Prozent denkbar. Ein Teilschritt dieses Entlastungsmodells wird mit der vorliegenden Reform ohnehin vorgesehen, da die ambulante Pflegesachleistung um 5 Prozent angehoben werden soll, um die Kostenwirkung der Tarifbindung der vielen nicht tarifgebundenen Pflegedienste zu kompensieren. Dieser Schritt würde 1,8 Mrd. Euro kosten und könnte mit dem vorgesehenen Mittelzuwachs problemlos gegenfinanziert werden.

In der kommenden Legislaturperiode könnte dann entweder die Einführung eines Stufenmodells oder aber eine Reduzierung der pflegebedingten Kosten auf dem Wege einer weiteren Dynamisierung diskutiert werden.

Pflegebedürftigkeit darf kein Armutsrisiko sein. Da die Pflegeversicherung immer nur die pflegebedingten Kosten und nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionen tragen kann, verbleibt ohnehin ein Großteil der Kostenlast bei den Betroffenen bzw. bei den Sozialhilfeträgern. Der Deutsche Caritasverband kritisiert in diesem Zusammenhang, dass der Entwurf nicht die Länder in die Pflicht nimmt, die Pflegebedürftigen gemäß § 9 Satz 1 Nummer 1 bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten Investitionsaufwendungen zu unterstützen. Der Investitionskostenanteil liegt im Bundesdurchschnitt immerhin bei 22 Prozent der Gesamtkosten. Eine Beteiligung der Länder an den Investitionskosten würde daher zu einer erheblichen Reduzierung des Eigenanteils führen. Ein zweiter Hebel, der die pflegebedingten Kosten für die Menschen in stationären Einrichtungen erheblich reduzieren könnte, wäre die Übernahme der Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V. Damit würde auch die Ungerechtigkeit beseitigt, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei den häuslich versorgten Pflegebedürftigen über § 37 SGB V aus der Krankenversicherung finanziert werden, während sie die in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Pflegebedürftigen weitgehend aus eigener Tasche tragen müssen.

§ 141 Aufhebung der Regelungen zum Besitzstandsschutz

Der Gesetzgeber plant die Aufhebung von § 141 Absatz 3 bis 3c mit der Begründung, dass der in § 141 Absatz 3 bis 3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr entfaltet, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, werden die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufgehoben. Des Weiteren wird in der Begründung argumentiert, materiell-rechtlich ergäbe sich daraus für die Pflegebedürftigen keine Verschlechterung. Dies ist für uns nicht nachvollziehbar. Auch wenn vermutlich viele Pflegebedürftige, die Ende 2016 in der vollstationären Pflege übergeleitet wurden, verstorben sind, kann es dennoch z.B. jüngere Heimbewohner*innen geben, die 2016 in der Pflegestufe eingestuft waren und einen niedrigen pflegebedingten Eigenanteil bezahlt haben, z. B. 100 € pro Monat. Dies ist ihr/sein Besitzstandsschutz. Die/der Heimbewohner*in lebt weiterhin in der gleichen Pflegeeinrichtung und dort trägt der pflegebedingte einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Jahr 2021 831 €. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf des prozentualen Stufenmodells müsste diese/r Heimbewohner*in nun 30 % von den 831 € nach Inkrafttreten des

Gesetzes bezahlen. Dies wäre dann 249,30 €. Dies stellte eine materiell rechtliche Verschlechterung dar und widerspricht auch den Ausführungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, wonach ein wesentliches Ziel der Übergangsregelungen sei, dass sich bisherige Leistungsbeziehende durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter stellen dürften.

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

Änderungsbedarf

Streichung der Nummer 5 des ÄA 4.

Änderungsantrag 5

Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen bezüglich tariflicher Entlohnung, Konkretisierung der Nachweispflichten von Pflegeeinrichtungen

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband VKAD begrüßen ausdrücklich, dass der Änderungsantrag in § 72 Absatz 3a und § 82c Absatz 1 Tariftreuerregelungen im SGB XI verankern und die Zulassung von Einrichtungen daran knüpft, dass Tariflöhne gezahlt werden. Wir begrüßen mit Nachdruck, dass bei der tariflichen Entlohnung nicht mehr - wie noch im bekannt gewordenen Arbeitsentwurf - auf die ortsübliche Vergütung abgestellt wird. Die neuen Formulierungsvorschläge stellen eine große Verbesserung dar. Allerdings sollten die Regelungen bereits zum 1. Juli 2022 und nicht erst zum 1. September 2022 in Kraft treten, um eine Tarifbindung aller Pflegeeinrichtungen so rasch wie möglich zu erreichen.

Im Einzelnen sieht der Deutsche Caritasverband in einigen Punkten Korrekturbedarf:

§ 72 Absätze 3a und 3b: Versorgungsverträge

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Regelung des geltenden § 84 Absatz 2 Sätze 5 und 6, die vorsieht, dass tarifvertragliche Regelungen oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen, in § 82c Absatz 1 Satz 1 überführt wird. Zudem ist ausdrücklich zu begrüßen, dass nach § 72 Absatz 3a und 3b Versorgungsverträge nur mit Einrichtungen, die entweder tarifvertraglich oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen oder sich anwendbaren Tarifen unterwerfen, einen Versorgungsvertrag erhalten können. Dies stellt einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der bislang geltenden Gesetzeslage dar. Dabei erscheint es sachgerecht, dass Einrichtungen, die nicht an einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelung gebunden sind, einen räumlich, zeitlich, fachlich oder persönlich geltenden Tarifvertrag oder auch eine entsprechende kirchliche Arbeitsrechtsregelung anwenden und auf dieser Grundlage einen Versorgungsvertrag abschließen können. Um die Tarifbindung beziehungsweise -anwendung in der Pflege zu forcieren, sollten die Regelungen jedoch bereits ab dem 1. Juli 2022 und nicht erst ab dem 1. September 2022 gelten, wie noch in der Entwurfsfassung der ÄA vorgesehen.

Der Wortlaut des Absatzes 3a nennt ausdrücklich lediglich die Beschäftigten im Betreuungs- und Pflegebereich und nicht andere Beschäftigungsgruppen, z.B. in der Hauswirtschaft, dies müsste aus Sicht der Caritas korrigiert werden.

Änderungsbedarf:

Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen im Pflege- und Betreuungsbereich **sowie in den Pflege- und Betreuungsprozess unterstützenden Bereichen** eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind.“

Absatz 3f Evaluation

Besonders positiv bewerten wir die Pflicht des BMG, die neuen Regelungen auf ihre Wirkung und Wirksamkeit hin zu 31. Dezember 2025 zu evaluieren. Der Evaluationsbericht sollte dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden, um ggf. weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf daraus abzuleiten.

§ 82c Absatz 1 und 2: Anerkennung von Vergütungen bei den Vergütungsverhandlungen

Nach § 82c Absatz 1 ist eine Bezahlung von Gehältern, die auf der Grundlage von Tarifverträgen oder tariflichen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart worden sind, nie als unwirtschaftlich abzulehnen. Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass hier – anders als im Vorentwurf – nicht mehr auf den Begriff der Entlohnung abgestellt wird, damit etwa auch eine tarifvertraglich oder in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte betriebliche Altersversorgung weiter refinanziert wird.

§ 82c Absatz 2 bestimmt ferner, dass eine Entlohnung nicht tarifgebundener Einrichtungen, die regional übliche Tarifverträge nach § 72 Absatz 3b anwenden, ebenfalls nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Dabei ist in Absatz 2 Satz 2 vorgesehen, dass das Entgeltniveau der Tarifanwender die regional übliche Entlohnung um bis zu 10 Prozent überschreiten und auch dann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Aus der Begründung geht hervor, dass diese Regelung die Anhebung niedriger regionaler Tarifniveaus befördern soll. Dieses Ziel teilt der Deutsche Caritasverband ausdrücklich. Gleichzeitig sollte im Gesetzestext aber eine starre prozentuale Angabe vermieden werden. Die Angabe von 10 Prozent sollte in der Begründung als Anhalt dienen, jedoch nicht als Obergrenze benannt werden. So sollte die Refinanzierung der Anwendung eines Tarifvertrages oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung, der oder die die regional übliche Entlohnung um wenig mehr als 10 Prozent überschreitet, nicht bereits an einer im Gesetzestext genannten starren Obergrenze scheitern beziehungsweise von dem Vorliegen eines sachlichen Grundes nach Absatz 3 abhängig sein.

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 ist Satz 2 zu streichen; stattdessen soll in der Begründung erläutert werden, dass ein deutliche Überschreitung des regional üblichen Entgeltlevels erst ab mehr als 10 Prozent angenommen werden kann.

§ 82c Absatz 4: Richtlinien des GKV zur Festlegung der Verfahren nach Absatz 1 bis 3 und 5

Bei den Inhalten der Festlegung der Verfahren in der Richtlinie des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, die bis Oktober 2021 festzulegen ist, sollte darauf geachtet werden, dass die Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene bei Verhandlungen zu Landesrahmenverträgen und Pflegesätzen gewahrt bleibt. Dies sollte in der Begründung ergänzt werden.

§ 82c Absatz 5: Veröffentlichung der Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen durch die Landesverbände der Pflegekassen

Es ist sachgerecht, dass die Einrichtungen durch das Register der Landesverbände der Pflegekassen eine transparente Übersicht erhalten, welche Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im jeweiligen Bundesland und in der jeweiligen Region zur Anwendung kommen können. Wir kritisieren, dass entgegen der Entwurfsfassung dieser Änderungsanträge nunmehr die Verbände der Pflegeeinrichtungen nicht mehr am Prozess der Veröffentlichung durch Anhörung beteiligt werden. Unverständlich ist zudem, dass auch die Gewerkschaften als maßgebliche Akteure ebenfalls nicht beteiligt werden. Die Beteiligung der Gewerkschaften, Pflegeverbände sowie der Arbeitsrechtlichen Kommissionen der Kirchen ist zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

Satz 1 soll wie folgt ergänzt werden:

„Zur Information der Pflegeeinrichtungen sollen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene **nach Anhörung der der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, der Gewerkschaften und der Arbeitsrechtlichen Kommissionen der Kirchen**, 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.“

Änderungsantrag 6

§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege

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

Der Regelungsinhalt geht in die richtige Richtung. Kurzzeitpflegeplätze stehen derzeit bei weitem nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Grund für diesen Mangel ist vorrangig die Schwierigkeit, insbesondere solitäre, aber auch eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirtschaftlich zu betreiben. Die Ursachen sind, dass Kurzzeitpflegegäste häufig wechseln und meist einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. In Folge dessen schwankt die Auslastung stark. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer unzureichenden Vergütung der Leistungen. Der vorgesehene Änderungsvorschlag stellt die Weichen in die richtige Richtung, indem er in § 88a Absatz 1 vorsieht, dass die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten aller Arten und Formen von Kurzzeitpflege wie z.B. hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen angepasst werden können. Abzulehnen ist jedoch ein Ermessen der Pflegekassen, nur „bei Bedarf“ die Rahmenverträge auf der Grundlage der nach § 88a Absatz 1 abzugebenden Bundesrahmenempfehlungen anzupassen. Der Änderungsantrag gibt sachgerechter Weise in der Begründung Kriterien für die Empfehlungen vor. Gegenüber dem Entwurf der Änderungsanträge wurde die Frist zur Abgabe der Bundesrahmenempfehlungen für die Kurzzeitpflege von ursprünglich 6 auf jetzt 9 Monate erweitert. Diese Frist erachten wir angesichts der komplexen Materie der Verhandlungen für sachgerecht.

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

Eine mit den gesetzlichen Änderungen einhergehende Erhöhung der Vergütungen führt bei unveränderten Regelungen des § 42 SGB XI zu einer unzumutbaren Erhöhung der Eigenanteile und damit zu erhöhten finanziellen Belastungen der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher begrüßen die Anhebung der Leistungsbeträge nach § 42 SGB XI, wie von uns gefordert, um linear 10 Prozent nachdrücklich.

In der kommenden Legislaturperiode sind zudem Kostenbestandteile wie medizinische Behandlungspflege oder Unterkunft und Verpflegung von der Pflegekasse zu tragen (s. Vorschläge zum weitergehenden Änderungsbedarf unten).

Änderungsbedarf

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

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

Für die Anpassung der Landesrahmenverträge ist ein Schiedsverfahren vorzusehen. Daher ist § 88a Absatz 1 Satz 3 nach dem Semikolon wie folgt zu ergänzen:

„§ 75 Absatz 4 gilt entsprechend“.

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

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, Kurzzeitpflege für die Krankenhausnachsorge nachhaltig zu stärken und auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Daher soll künftig zwischen Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege (z. B. bei Urlaub, krankheitsbedingter Abwesenheit der Pflegeperson) einerseits und als Krankenhausnachsorge andererseits unterschieden werden. Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege soll den Leistungen nach § 39 SGB XI zugerechnet werden. Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge soll in § 42 SGB XI geregelt werden. Das bedeutet, dass nur noch Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 42 SGB XI abgeschlossen haben, Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge erbringen können. Konzeptionell soll die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge als rehabilitative Pflege ausgestaltet werden. Neben den pflegebedingten Aufwendungen soll die Pflegekasse auch vollumfänglich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Wege der Sachleistung der Einrichtung pro Versicherter/Versichertem pauschal in vollem Umfang bedarfs- und leistungsgerecht aus der Pflegeversicherung erstattet. Die Kosten für die Behandlungspflege werden der Pflegeversicherung aus dem SGB V pauschal refinanziert.

Zum Angebot einer Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge sollen ausdrücklich therapeutische Leistungen wie Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie gehören. Diese werden weiterhin vom SGB V erbracht, die therapeutischen Kräfte gehören jedoch zum multiprofessionellen Team. Idealerweise sollten solche Kurzzeitpflegeeinrichtungen ins Quartier geöffnet werden, damit auch in der Häuslichkeit versorgte pflegebedürftige Menschen Zugang zu den spezifischen therapeutischen Angeboten haben und im Sinne einer wohnortnahen geriatrischen Rehabilitation so stabilisiert werden können, dass ihre Versorgung im häuslichen Umfeld gesichert werden kann.

Generell benötigen wir im ambulanten Setting eine Flexibilisierung der Leistungen, um passgenauer die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen abzubilden, wie z.B. die Möglichkeit des Aufenthalts in einer Gastfamilie, einen Mix aus Tages- und Kurzzeitpflege oder Kooperationen zwischen ambulanten Pflegediensten und Therapeuten. In anderen Ländern, wie den USA, finden sich viele Formen der ambulanten Übergangsversorgung, die sich in der Praxis bewährt haben. Vereinzelt werden solche Ansätze auch in Deutschland erprobt, wie z.B. im Projekt TIGER des Innovationsfonds in Bayern.

Änderungsantrag 7

§ 113c KAP: Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens

§ 113c SGB XI:

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

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

Zu begrüßen ist, dass das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun gesetzlich verbindlich eingeführt werden soll. Diese gesetzliche Festschreibung auf Grundlage der Ergebnisse des gleichnamigen Projektes zur „Entwicklung und Erprobung“ gemäß § 113c (PeBeM)“ wird in den Ergebnissen der AG2 der Konzertierte Aktion Pflege explizit gefordert. Der Bezug sollte folglich auch immer die Grundlage der Projektergebnisse sein. Gegenüber der Formulierungshilfe vom 03.05.2021 wurde dieser Bezug in Absatz 1 herausgenommen, was nicht nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es allerdings aus unserer Sicht diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen der Stellungnahme der BAGFW zur Konzeption der Road Map eingebracht worden, aber leider unberücksichtigt geblieben. So ist z.B. nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzbildungen in der Pflege hinwirken, um in allen Bundesländern tatsächlich ein einheitliches Qualitätsniveau zu erreichen.

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

“Um schrittweise eine Konvergenz der Personalanhaltswerte hin zu bundeseinheitlichen Werten zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden kann, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die ab dem 1. Juli 2023 auf Grund der Rahmenverträge nach §

75 Absatz 1 mindestens zu vereinbaren ist, in einem nächsten Schritt als bundeseinheitliche Vorgabe erhöht werden kann. Eine solche Erhöhung kommt jedoch nur in Betracht, wenn die pflegerische Versorgung dabei nicht gefährdet wird.“

Die Schwierigkeit besteht in der Konvergenzphase darin, Vorgaben zu treffen, mit der sowohl die Bundesländer mit hoher als auch die Bundesländer mit geringerer Personalausstattung umgehen können. Da nur ein Teil der Ergebnisse als Personalanhaltswerte vorgegeben werden, stellt sich dabei unwillkürlich die Frage nach Erhalt des Personals auf der einen Seite. Auf der anderen Seite stellt sich so oder so die Frage, wie viel Mehrpersonalisierung ist im zeitlichen Kontext erreichbar ist, ohne diese ins Belieben zu stellen?

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

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

Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass sich die Personalbedarfsberechnungen ausschließlich auf Pflegekräfte beziehen und Hauswirtschaftskräfte und andere Funktionsstellen nicht Bestandteil dieses Personalbemessungssystems sind und sich insoweit auch keine Grundlage dafür ergibt, dass diese Stellen wegfallen. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben hierzu bereits mehrfach angeregt, dass das hinter dem sog. „Algorithmus 1“ und später auch „Algorithmus 2“ liegende Rechenmodell – mit allen seinen Parametern, wie z.B. der konkreten Nettojahresarbeitszeit und den weiteren Einstelloptionen – transparent und nachvollziehbar offengelegt werden muss und somit in der Praxis überprüft werden kann. Dadurch, dass in den bisherigen und folgenden Ausbaustufen fixe „Werte“ verwendet werden, gerät aus dem Fokus, dass es unserer Auffassung nach im Ergebnis ein Rechenmodell

geben soll, welches in Unterschiede berücksichtigt. so z.B. auch die unterschiedlichen Feiertagsregelungen in den Ländern.

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

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

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

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach § 113c Absatz 5 Nummer 1 des dann angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt und erprobt werden, durchführen (§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1). Das

ist in Anbetracht der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig erachteten Umsetzung von Ergebnissen der nun anlaufenden Modellprogramme folgerichtig. Allerdings fehlt eine weitere Verankerung finanzieller Förderung bzw. die Bereitstellung von Schulungsmaterialien im Sinne einer Implementierungsstrategie. Darauf sollte entsprechend in der Begründung mit Verweis auf die Road Map Bezug genommen werden.

Gemäß § 113c Absatz 5 sollen die in den Rahmenverträgen bisher festgelegten Personalanhaltswerte für das Pflege- und Betreuungspersonal geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan die personelle Ausstattung definieren, die mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Hierbei geht es um die Konkretisierung der Vereinbarungspartner zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1. Mit Blick auf die Bundesländer mit einer vergleichsweise geringen Personalausstattung ist dies ein wesentlicher neuralgischer Aspekt der Konvergenzphase. Verfügbarkeit von Personal, Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen usw. stehen im Spannungsfeld zu verpflichtenden Vorgaben. Dies wird auch anhand der oben zitierten Gesetzesbegründung zu Absatz 7 deutlich. Gleichwohl kann die Umsetzung der Personalausstattung nach Absatz 1 nicht im Belieben der Landesrahmenvertragspartner gestellt werden, Das Ziel muss ein die dort genannten Anhaltswerte auch tatsächlich umzusetzen; zumindest den Anspruch der Einrichtungen auf diese Anhaltswerte, auch wenn diese auf Grund der Arbeitsmarktsituation evtl. nicht in einem Schritt umzusetzen sind. Hierzu sollten die ggf. notwendigen Schritte in den in § 113c Absatz 4 genannten Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die zum 30. Juni 2022 vereinbart werden müssen, mitbehandeln und konkretisieren werden.

Nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 können Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 01. Juli 2023 Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen. Wir regen an, in der Gesetzesbegründung einen expliziten Bezug zu den Verhandlungsthemen der KAP-AG 2 aufzunehmen, um die personellen Ressourcen zu Themen wie Leitungs- und Führungsaufgaben bei der der Pflegedienstleitung z.B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz etc. zu schaffen. Lt. KAP geht es ebenso um die Berücksichtigung und Refinanzierung der personellen und sächlichen Ressourcen für den Arbeitsschutz, einschließlich der Gefährdungsbeurteilung, bei der Personalausstattung, bspw. um die Entwicklung von Ausfallkonzepten, z. B. sog. „Springerpools“.

Änderungsbedarf:

Zu § 113c Absatz 1 SGB XI:

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

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

Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben ist, vereinbart werden:

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

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

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

2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkräfte geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, **oder wenn in Beschlüssen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI eine höhere personelle Ausstattung geregelt ist,**

3. bislang über gesonderte Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 finanzierte Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal vereinbart sind und von der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden. Diese sind zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Nr. 1 und 2. zu berücksichtigen,

4. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Zu § 113c Absatz 3 SGB XI:

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

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

Zu § 113c Absatz 4 SGB XI:

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

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. **Insbesondere sind darin Konkretisierungen**

zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 für Verträge nach Absatz 5 mit dem Ziel vorzunehmen, eine höhere personelle Ausstattung zu erreichen.

Zu § 113c Absatz 5 SGB XI:

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

Änderungsantrag 8

KAP: § 40 Absätze 6 und 7 Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften

Nach § 40 Absatz 6 sollen Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Dies begrüßen wir. Nach der geplanten Regel wird, wenn ein Pflegehilfsmittel von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen wird, in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist dann der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln.

Dies entspricht im Wesentlichen den Ausführungen in § 18 Absatz 6a SGB XI. Wir halten die hier dargelegten Regelungen des § 40 Absatz 6 neu für sachgerecht. Diese Erweiterung der sogenannten Verordnungskompetenz für Pflegefachkräfte überträgt die bisher beim Verfahren zur Pflegebedürftigkeit üblichen Regelungen auch auf die Pflegefachkräfte außerhalb der MDK-Gemeinschaft. Eine unnötige bürokratische Hürde stellt dar, dass die Empfehlung der Pflegefachkraft, die gemeinsam mit dem Antrag des Versicherten der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln ist, nicht älter als zwei Wochen sein darf. Es liegt im Interesse des Versicherten, einen Antrag auf Genehmigung von Hilfs- oder Pflegehilfsmittel der Kasse gegenüber so rasch als möglich zu stellen, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten.

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

Der Gesetzesbegründung ist des Weiteren zu entnehmen: „Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“ Den Ausführungen der Gesetzesbegründung stimmen wir zu. In den Änderungsanträgen der Kabinettsfassung wurde die Prüfung der Qualifikation durch den GKV-SV durch die Prüfung der „Eignung“ der Pflegefachkraft ersetzt. Auch dies können wir nicht nachvollziehen, denn die Qualifizierung einer Pflegefachkraft umfasst auch ihre Eignung für die jeweilige Leistungserbringung. Zur Klarstellung sind diese beiden Sätze aus der Begründung in den Gesetzestext aufzunehmen und der Halbsatz „dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll“ ist zu streichen.

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

Änderungsbedarf

Streichung von Satz 3

§ 40 Absatz 6 neu ist wie folgt anzupassen:

Nach Satz 4 sind die folgenden Sätze aufzunehmen:

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

Der bisherige Satz 6 ist wie folgt zu formulieren:

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

Änderungsantrag 9

§ 8 Absatz 7: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

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

Der Deutsche Caritasverband weist erneut darauf hin, dass diese Maßnahmen – ebenso wie auch die Anschubfinanzierung der Digitalisierung – Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung sind, deren Finanzvolumen aus Steuermitteln refinanziert werden sollte. Es sollte überlegt werden, auch die Fördermaßnahmen der §§ 8 Absätze 7 und 8 in den Bundeszuschuss einzubeziehen.

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

Änderungsantrag 11

Weiterentwicklung Qualität

§ 8 Absatz 4: Finanzierung des Qualitätsausschusses Pflege

Bewertung:

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

§ 113 Absatz 1: Aufnahme der Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege in die Maßstäbe und Grundsätze

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

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

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

Änderungsvorschläge:

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

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

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

§ 113b Absatz 4a (neu) i. V. mit § 114c Absatz 3: Aufgaben der Vertragsparteien

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

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

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

Änderungsbedarf:

§114c Absatz 3

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

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und

2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

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

§ 113b Absatz 10 (neu): Klagemöglichkeiten

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

Änderungsbedarf

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

Weitere Änderungsvorschläge:

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

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

Änderungsantrag 14

Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen

§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

Mit der Neuregelung wird erreicht, dass auch Kostenerstattungsansprüche nach dem SGB XI, wie z.B. bei Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 oder den Unterstützungsangeboten im Alltag nach den §§ 45a und b auch nach dem Tod des Versicherten nicht erlöschen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Dies begrüßt der Deutsche Caritasverband. Damit wird eine Gesetzeslücke geschlossen, denn Versicherte gehen im Rahmen von Leistungen, die nur im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können, in Vorleistung. Die Schließung dieser Gesetzeslücke ist besonders wichtig, wenn verstorbene Versicherte ihren Erb_innen Schulden hinterlassen.

Änderungsantrag 15

Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung der Kostenerstattungsansprüche

§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

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

Änderungsantrag 16

Stärkung regionaler Netzwerke

§ 45c Absatz 1 und 9

Die Caritas begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. Akteuren ist wesentlich, um einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen zu sichern, einen guten Hilfemix zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Die vorgesehene Erhöhung der aus dem Ausgleichsfond zur Verfügung stehenden Mittel zur strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken auf 20 Millionen Euro je Kalenderjahr stärkt aus Sicht der Caritas das Wirken der Akteure vor Ort.

In Verbindung mit dieser Erhöhung stehen die vorgesehenen Änderungen in Satz 3 des Absatzes 9. Darin wird vorgeschlagen, dass je Kreis oder kreisfreie Stadt können zwei regionale Netzwerke und je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohnern können bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25.000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Im Vergleich zu den Änderungsanträgen Anfang Mai ist nicht mehr vorgesehen, dass die nicht in Anspruch genommenen Fördermittel auch im Folgejahr der Förderung regionaler Netzwerke zur Verfügung stehen.

Die Änderungen in §45c verfolgen das Ziel, bundesweit eine gleichmäßige Verteilung der Netzwerke zu ermöglichen. Dabei wird auf Regionen mit besonders hohen Bevölkerungszahlen Rücksicht genommen. Diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wird von der Caritas geteilt. Richtig ist, dass auch große Landkreise oder kreisfreie Städte ab 500.000 Einwohnern mit bis zu 4 regionalen Netzwerken gefördert werden können, jedoch sollte die Förderung von Regionen mit großer Einwohnerzahl bereits ab 300.000 Einwohnern greifen.

Die Steigerung des Förderbetrages von 20.000 € auf 25.000 € seitens des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wird begrüßt, jedoch wird eine Gesamt-Fördersumme pro Netzwerk von insgesamt max. 45.000 € für erforderlich erachtet, um netzwerkbezogene Personalkosten im erforderlichen Umfang zu ermöglichen (vgl. Positionierung zu §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken). Vor diesem Hintergrund ist eine gemeinsame Förderung durch Mittel des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft sowie vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesetzlich zu verankern. Angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und der damit verbundenen steigenden Zahl von auch größtenteils älteren pflegenden Angehörigen oder Angehörigen mit Doppelbelastungen von Beruf, Familie und Pflege sind der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken wesentlich und bedürfen einer deutlicheren strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden.

Den gestrichenen Aspekt der Möglichkeit nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, ist aus Sicht der Caritas wieder aufzugreifen und den Netzwerken zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht Zielstellungen der Netzwerke weiter zu verfolgen und z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abzusichern. Die originär vernetzende Rolle der Freien Wohlfahrtspflege sollte auch im Kontext der Regionalen Netzwerke stärker berücksichtigt und

hervorgehoben werden. Dazu wäre eine klarstellende Formulierung in der Begründung ein erster Schritt.

Darüber hinaus halten wir es weiterhin für erforderlich, dass die Pflegekassen auch hier, wie im SGB XI üblich, gemeinsam handeln. Vor diesem Hintergrund wird ein Änderungsbedarf in Absatz 9 Satz 2 formuliert.

Änderungsbedarf

Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen ~~einzel~~ oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen.

Absatz 9 Satz 3 neu ist wie folgt zu ändern:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 300 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden.“

Absatz 9 nach Satz 5 neu wird folgender Satz eingefügt:

Fördermittel nach Absatz 9 Satz 5, die in dem jeweiligen Kalenderjahr vom Netzwerk nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Absatz 9 Satz 5.

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

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

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

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

Verknüpfung der Begründung der Leistungserhöhung mit der künftigen tariforientierten Anbindung der Löhne tariflich nicht gebundener Träger für nicht sachgerecht. Es muss auch darum gehen, die Leistungsentwertung der Versicherten, die wegen der über die Jahre gestiegenen Kosten weniger Leistungen einkaufen können, als Intention für die Leistungserhöhung in den Blick nehmen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum sich die 5 % Anhebung ausweislich der hier vorgetragenen Begründung nicht auf alle Pflegesachleistungen bezieht wie z.B. auch die Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI, deren Einrichtungen ja ebenfalls der Tarifbindung unterliegen werden.

Des Weiteren setzen wir uns vehement dafür ein, auch das Pflegegeld und die Leistungen der Verhinderungspflege anzuheben. Für sie erfolgen mit diesem Reformschritt keinerlei Leistungsverbesserungen. Dies ist nicht hinnehmbar.

Des Weiteren ist es für uns nicht hinnehmbar warum nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung zumindest eine 5 % Erhöhung auf der Basis des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung erfahren.

Bislang waren die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Verhinderungspflege nach § 39 und die Kurzzeitpflege nach § 42 identisch. Da Kurzzeitpflege auch als Urlaubspflege oder wegen Erkrankung der Pflegeperson genutzt werden kann und soll, war die Identität der Leistungshöhe auch gut begründet. Die Caritas fordert, dass auch der Leistungssatz für die Verhinderungspflege um 10 Prozent auf einen Jahresbetrag von 3.386 Euro angehoben wird. Verhinderungspflege ist ein wesentliches Entlastungsmoment für pflegende Angehörige. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die Leistungen der Verhinderungspflege auch weiterhin zu 50 Prozent aus einer nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflegeleistung finanziert werden können. Gerade Menschen mit Behinderung, aber auch viele pflegende Angehörige, die ohne Entlastung durch einen Pflegedienst, täglich pflegen, sind auf eine gut ausgestattete Verhinderungspflege dringend angewiesen.

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

C. Weitergehende Änderungsbedarfe

1. Verlängerung des Schutzschirms für die Pflegeeinrichtungen

Auch wenn sich die Mindereinnahmen in den Pflegeeinrichtungen aufgrund der Impfungen und des Schutzes, der davon für die pflegebedürftigen Menschen und die Einrichtungen ausgeht, voraussichtlich zügig immer mehr verringern werden, bedarf es vor allem wegen der Mehraufwendungen für die Hygiene- und Schutzmaßnahmen sowie der erforderlichen Testungen z.B. von Mitarbeitenden, Besucher_innen oder auch der Bewohner_innen weiterhin des Schutzschirms nach § 150 SGB XI.. Diese Mehrkosten können auch nicht in die Pflegesätze eingepreist werden, da diese pandemiebedingten Kosten dann den Eigenanteil weiter erhöhen würden.

Des Weiteren kommt es insbesondere in den Pflegeeinrichtungen und Regionen mit hohen Infektionsraten und Reinfektionen trotz Impfung zu einem Nachfragerückgang. Generell sind die Angehörigen vor dem Hintergrund des hohen Infektionsgeschehens im Frühjahr vergangenen Jahres nach wie vor zurückhaltend, ihre pflegebedürftigen Angehörigen in einer Einrichtung versorgen zu lassen. Des Weiteren begünstigt die Kurzarbeit die Pflege zuhause. Sobald sich die Arbeitssituation aber wieder durch Rückkehr an den Arbeitsplatz normalisiert, wird die Nachfrage wieder zunehmen. Daher darf das bestehende Platzangebot nicht abgebaut werden. Des Weiteren können Plätze auch wegen verhängter Quarantänen nicht belegt werden. Diese drei Faktoren bedingen Mindereinnahmen, die wir bitte zu rekompensieren.

Nach wie vor sind die Tagespflegeeinrichtungen wegen des Abstandsgebots und der Hygienevorschriften besonders stark von Belegungsrückgängen betroffen. Hart trifft diese dann auch der Rückgang von Einnahmen zur Deckung der notwendigen Investitionen. Das attraktive, Angehörige entlastende Angebot der Tagespflegen, das mühsam über die Jahre aufgebaut wurde, gilt es zu erhalten.

Daher bittet der Deutsche Caritasverband dringend, den Schutzschirm gesetzlich bis zum 30. September 2021 zu verlängern, verbunden mit einer Rechtsverordnung, auf deren Grundlage dann auch während der Koalitionsverhandlungen eine Verlängerung erfolgen könnte.

2. Verlängerung des Schutzschirms für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

a) Verlängerung der Frist für die Ausgleichszahlungen nach § 111d Absatz 2 Satz 4 bis zum 31. Dezember 2021

Die geltenden Regelungen zu den Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind aktuell befristet bis zum 31. Mai 2021. Aufgrund der fortbestehenden Pandemie ist davon auszugehen, dass viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterhin nicht die Auslastung erreichen werden, die einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Möglichkeit für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Minderbelegung zu erhalten, bis Jahresende zu verlängern.

Änderungsbedarf:

In § 111d Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

Die Angabe „31. Januar“ ist durch die Angabe „31. Dezember“ zu ersetzen.

b) Gesetzliche Regelung für verbindliche Grundsätze für die Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Absatz 4 Satz 5 und § 111c Absatz 3 Satz 4

Mit Zustimmung des Bundesrates ist eine Verlängerung der Geltungsfristen für Ausgleiche von coronabedingten Mehrkosten bzw. Mindereinnahmen durch die die GKV nach § 111 Absatz 5 Satz 5 und § 111c Absatz 3 Satz 5 über den 01.04.2021 hinaus bis zum 31. Dezember 2021 geplant (noch nicht in Kraft).

Eine Anpassung der Vergütungsvereinbarungen an die pandemiebedingte Situation konnte jedoch bislang noch nicht befriedigend umgesetzt werden. In den dazu von den Rehabilitationseinrichtungen geführten Verhandlungsgesprächen verweisen die Krankenkassen auf einen durch die Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen auf Bundesebene einseitig erarbeiteten Anpassungsvorschlag. Dieser beinhaltet zum Ausgleich coronabedingter Mehraufwände lediglich die Fortführung eines seit September 2020 gewährten Hygieneszuschlags (stationär 8 €/ ambulant 6 €). Die Höhe des Hygieneszuschlags schreibt eine ebenfalls einseitige Festlegung der Deutschen Rentenversicherung fort, die die tatsächlichen Mehraufwände der Einrichtungen durch notwendige Hygiene-, Test- und Abstandsmaßnahmen nicht berücksichtigt. Beispielfähig können bereits die den Einrichtungen im Rahmen der Testungen entstehenden Aufwände dabei noch gar nicht berücksichtigt sein, weil diese erst später aufgetreten sind und für sie eine Finanzierung des Personalaufwandes bisher nicht geregelt ist.

Ein Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung wird kassenseitig nur für die Lücke der Liquiditätshilfe nach § 111d SGB V in der Zeit von 01.10. -17.11.2020 ausgelegt, und auch grundsätzlich erst bei weniger als 95 % Belegung vorgesehen. Aufgrund der gewählten Ausgleichstechnik (zeitlich limitierter Aufschlag auf Vergütungen ab 01.04.) hängt der Umfang des tatsächlichen Ausgleichs von der dann jeweils vorliegenden Auslastung ab, die jedoch aufgrund der unveränderten Pandemie weiterhin fragil bleiben wird. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass es Einrichtungen gibt, die auch außerhalb dieses Zeitraums Einnahme-Einbußen haben, die die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ungeachtet der Liquiditätshilfe nach § 111d SGB V gefährden. Einzelverhandlungen unter Berücksichtigung der spezifischen Einrichtungssituation können mit den Krankenkassen nicht geführt werden, da diese sich an den kassenseitig festgelegten Anpassungsvorschlag gebunden sehen. Somit ist eine gemeinsame Verständigung der Vertragsparteien (Kassen auf Landesebene und Träger der Einrichtungen), wie es das GPVG vorsieht, damit jedoch nicht gegeben.

Auf diese Umsetzungsprobleme hatten der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendrehabilitation sowie die Caritas Suchthilfe (CaSu) und die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung bereits im Rahmen der Beratungen zum Vierten Bevölkerungsschutzgesetz aufmerksam gemacht.

Die erheblichen Umsetzungsprobleme zeigen, dass es notwendig ist, die im GPVG vorgesehenen Einzelverhandlungen mit weiteren Maßnahmen zu stützen. Zur Unterstützung der vorgese-

nenen Einzelverhandlungen sollten die Verbände auf Bundesebene ermächtigt werden, verbindliche Grundsätze der zu verhandelnden Anpassung der Vergütungsvereinbarung zu verhandeln. Dazu gehören insbesondere

- Kriterien zur Definition der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung
- Kalkulationsgrundlagen für anrechenbare Mehraufwände und pandemiebedingte Minderbelegungen
- das Nähere zur Abwicklung der Vergütungsanpassungen.

Der Versuch, eine solche Rahmenvereinbarung für die coronabedingten Vergütungssatzanpassungen auf der Grundlage von § 111 Absatz 7 SGB V zu verhandeln, wurde bislang mit dem Verweis auf eine fehlende Rechtsgrundlage abgelehnt. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, die notwendige Rechtsgrundlage zu schaffen bzw. klarzustellen, dass auf der Grundlage von § 111 Absatz 7 SGB V verbindliche Rahmenempfehlungen für die Verhandlungen nach § 111 Absatz 5 Satz 5 und nach § 111c Absatz 3 Satz 5 SGB V vereinbart werden.

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

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Caritas setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

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

Änderungsbedarf

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

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

4. Wertschöpfungsanteil für das 2. und 3. Ausbildungsjahr

Darüber hinaus möchten wir auf ein bisher ungelöstes Problem im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes hinweisen, welches insbesondere für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege von Bedeutung ist, und im Rahmen der Ausbildungs-offensive Pflege bislang nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte: Der sogenannten Wertschöpfungsanteil der Auszubildenden für das 2. und 3. Ausbildungsjahr.

Der Wertschöpfungsanteil ist die Differenz zwischen der Summe aus dem Ausbildungsfonds zur anteiligen Finanzierung der Ausbildungsvergütung und demjenigen Anteil der Ausbildungsvergütung dar, den die Ausbildungsträger selbst aufbringen müssen. Während in den (wenigen) Bundesländern, in denen bereits vor dem PfIBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgte, diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen, nach wie vor über die Pflegesätze geltend machen können, wird dieses Delta in anderen Bundesländern aktuell durch eine Anrechnung auf das Stammpersonal der Pflegeeinrichtungen kompensiert. Im Ergebnis führt dies zu einer Abschmelzung von Stammpersonal. Dies kann politisch nicht gewollt sein.

Als Lösung haben die in der BAGFW organisierten Verbände, so auch das DRK, haben daher bereits in mehreren Stellungnahmen die Streichung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden, auch für das 2. und 3. Ausbildungsjahr gefordert., was wir nach wie vor als die einzig sachgerechte Lösung ansehen. Denn unserer Auffassung nach sind Auszubildende in den Pflegeberufen in erster Linie Lernende, die in den Einrichtungen, unter ständiger Begleitung und Aufsicht durch Praxisanleitung und beruflich Pflegenden, die zur Berufsausübung benötigten theoretischen und praktischen Kompetenzen erwerben und vertiefen. Es ist daher nur von einer geringfügigen Wertschöpfung auszugehen, die eine Anrechnung auf den Personalschlüssel unserer Ansicht nach nicht rechtfertigen. Zudem durchlaufen die Auszubildenden nach dem PfIBG eine Vielzahl von Ausbildungsstätten, die sich häufig zu einem gemeinsamen Ausbildungsverbund zusammengeschlossen haben. Eine Zurechnung zu einer bestimmten Ausbildungsstätte, wie das in den bisherigen Ausbildungen nach dem AltPflG und KrPflG noch der Fall war, ist daher praktisch nicht mehr möglich.

Berlin/Freiburg, 4. Juni 2021

Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Berliner Büro, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de