

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG)
Drucksache 19/26822 -

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

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

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

Berlin, den 04.Juni 2021

Die Diakonie Deutschland bedankt sich für die Zusendung der Änderungsanträge und für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme im Rahmen der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

Vorwort

Die Diakonie Deutschland begrüßt die Verbesserungen, die durch die Änderungsanträge für die Pflegekräfte vorgesehen sind. Die Tarifbindung als Voraussetzung zur Zulassung einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines ambulanten Pflegedienstes ist ein wichtiger Schritt, um Pflegekräften langfristig ein besseres Gehalt zu ermöglichen. Gerade hat die Pandemie gezeigt, welchen unersetzlichen Beitrag für das Funktionieren unserer Gesellschaft die Altenpflegerinnen und Altenpfleger leisten. Um den Pflegeberuf nachhaltig aufzuwerten und dafür zu sorgen, dass sich auch zukünftig viele qualifizierte Menschen in diesem wichtigen Arbeitsfeld engagieren, müssen sich aber noch mehr Rahmenbedingungen ändern.

Nach umfangreichen politischen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskursen in den letzten Jahren sind die vorliegenden Änderungsanträge an ein bereits laufendes Gesetzgebungsverfahren erschreckend dünn. Auch wenn die Diakonie Deutschland vielen der vorgeschlagenen Maßnahmen zustimmt und sie teilweise selbst seit Jahren einfordert, fehlt diesem Vorschlag der wichtigste Baustein zu einem guten Gelingen. Es fehlt eine ausreichend solide finanzielle Grundlage für die vorgeschlagenen Reformen, die über Beitragserhöhungen und punktuellen Steuerzuschüssen hinausgeht. Die zusätzlichen Kosten für die hier vorgeschlagenen Reformvorschläge sollen weiterhin von den pflegebedürftigen Menschen selbst gezahlt werden. Eine prozentuale Erstattung der Eigenanteile für Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen ist keine Deckelung der Eigenanteile. Die Pflegekosten müssen aber für die Betroffenen und ihre Familien kalkulierbar sein und deshalb klar begrenzt werden. Das ist eine Grundforderung der Diakonie Deutschland für eine Pflegereform.

Die Diakonie Deutschland nimmt im Folgenden zu den vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen Stellung. Des Weiteren verweist sie auf weiteren Änderungsbedarf wie insbesondere die zwingend erforderliche Verlängerung des Schutzschirms Pflege nach § 150 SGB XI, die Verlängerung des Schutzschirms für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen und das Erfordernis einer Tarifbindung für die Familienpflegeleistungen/die Haushaltshilfe im SGB V

Fachfremde Änderungsanträge zu Artikel 1 (SGB V)

Änderungsantrag 11a

§ 37 Absatz 2a S. 1 und 2 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 Satz 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 die zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI refinanziert werden für die Zukunft gesichert, wenn diese Stellen entsprechend des Änderungsantrags 7 zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI in den Pflegegesetz integriert werden. Dies ist weiterhin nur ein erster Schritt im Zusammenhang mit der systemgerechten Finanzierung der Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus der GKV. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich deshalb dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege auch in stationären Einrichtungen grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb fordern die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege 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. Die Diakonie Deutschland schlägt deshalb vor, den Kostenanteil für die medizinische Behandlungspflege pauschal zu beziffern, den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken und die Pauschale aus der Krankenversicherung zu refinanzieren.

§ 37 Absatz 8, 9, 10 neu Blankverordnung

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

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 „Blankoverordnung“ 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. 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.“

Wir begrüßen diese Aufnahme der Blankoverordnung 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.

Des Weiteren sind unserer Auffassung nach die verordnungsfähigen Maßnahmen, die in der Begründung genannt sind (Positionswechsel bei Dekubitus, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen oder Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes) zu stark eingeschränkt und auf alle nicht-medikamentösen HKP-Leistungen auszuweiten. Insbesondere sollte der Bereich der Wundversorgung ausdrücklich genannt werden.

Darüber hinaus ist eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten anzustreben. Die Gesetzesbegründung ist hier entsprechend zu ergänzen.

Änderungsvorschlag

§ 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

Nach § 37 Absatz 9 erheben die Krankenkassen zur Feststellung des tatsächlichen Ausgaben- volumens 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 diese Daten dem 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 dann drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung die Evaluation auf der Basis der nach § 37 Absatz 9 erhobenen Daten erfolgen. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Die gemeinsame Beauftragung halten wir für richtig. Darüber hinaus fehlt in § 37 Absatz 10 aber eine Aussage zur Finanzierung der Evaluation. Die Finanzierung hat unserer Auffassung nach durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erfolgen.

Des Weiteren halten wir es für 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 der Daten und der Evaluation dieser. 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.

Änderungsvorschlag

§ 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.“

Änderungsantrag 1 Nr.1 c) und g)

§ 39e SGB V neu Übergangspflege im Krankenhaus und § 132m neu SGB V Übergangspflege im Krankenhaus; Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Wir begrüßen ausdrücklich die Einführung der Möglichkeit für die Übergangspflege im Krankenhaus mit § 39e SGB V. Sie stellt eine wichtige Ergänzung bei der Versorgung von Menschen in unmittelbarem Anschluss an die Krankenhausbehandlung dar, sofern zum Entlasszeitpunkt keine zumutbaren Angebote der häuslichen Kurzzeitpflege, Kurzzeitpflege, Reha oder insbesondere Pflege nach dem SGB XI zur Verfügung stehen. Aus der Erfahrung der Krankenhäuser ist dies häufig der Fall, selbst wenn im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V die Suche nach einem zumutbaren Pflegeplatz frühzeitig eingeleitet wurde. Es ist wichtig, dass die Krankenhäuser auch

dann ihre Verantwortung für die Patientinnen und Patienten übernehmen können, ohne finanzielle Einbußen durch Überschreitung der medizinisch begründbaren Verweildauer hinnehmen zu müssen. Dies ist durch den vorliegenden Änderungsentwurf zum GVWG weitgehend gewährleistet.

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit, für die Aufnahme der von uns geforderten Ergänzung in § 132m SGB V, die den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesgesellschaft die Vereinbarung der Vergütung für die Übergangspflege ermöglicht.

Unverändert sehen wir weiterhin Veränderungsbedarf. Mit dieser Regelung sollen auch die Angehörigen von Patientinnen und Patienten, insbesondere pflegende Angehörige, entlastet werden. 80 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, bei rund der Hälfte von Ihnen findet die Pflege ausschließlich durch ihre Angehörigen statt. Das sind 2,1 Millionen Pflegebedürftige.

Bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus in die Obhut pflegender Angehöriger können wenige Tage Aufschub notwendig werden, damit diese das Wohnumfeld entsprechend vorbereiten können. Für eine effektive Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf pflegender Angehöriger im Rahmen dieser Regelung schlagen wir folgende Ergänzung zur Gesetzesbegründung vor (zu Buchstabe c):

„Von den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen oder gesetzlichen Betreuungspersonen wird aber nicht verlangt, dass sie einen erheblichen Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung.“

Änderungsanträge 18a (Artikel 1) und 19 (Artikel 9a Änderung des Pflegeberufgesetzes)

§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Die Diakonie Deutschland begrüßt nachdrücklich die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegekräfte. Die bisherigen Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf den Vorschriften nach § 63 Absatz 3b und 3c, die sich bislang als Sackgasse und als Innovationsbremser erwiesen haben, sowohl in Bezug auf die übertragbaren Tätigkeiten als auch in Bezug auf die fehlenden Regelungen zur Weiterbildung der Pflegekräfte. Daher gibt es auch nach mehr als 10 Jahren kaum Modellvorhaben. Daher wurde in der AG 3 des Strategieprozesses zur Konzentrierten 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, beziehungsweise 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 3c formuliert. Wenn der Gesetzgeber eine verpflichtende Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 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 selbstständigen 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.

Die Diakonie Deutschland 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.

Die Diakonie Deutschland begrüßt ausdrücklich, dass der Auftrag der Fachkommission zur curricularen Entwicklung für die erweiterten Kompetenzen der Pflegefachkräfte zur Ausübung von Heilkunde nach § 14 PfIBG 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 PfIBG ist die aus Sicht der Diakonie 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 selbstständigen 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.

Änderungsvorschlag

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 Absatz 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“

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 3 Gegenfinanzierung

Zur Gegenfinanzierung der Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils sind zwei Maßnahmen geplant.

Zum einen soll mit der Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte von 0,25 auf 0,35 Beitragssatzpunkte in § 55 Absatz 3 Satz 1 die Beitragsdifferenzierung zwischen Versicherten mit und ohne Kinder erhöht werden. Dies dient dem Ziel, der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005, dem Jahr der Einführung des Beitragszuschlags für Kinderlose, wieder besser zu entsprechen und leistet einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen.

Zum anderen wird mit § 61a neu eine Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung eingeführt. Danach leistet der Bund zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab 2022 jährlich 1 Milliarde Euro an den nach § 65 eingerichteten Ausgleichsfonds.

Wir stimmen beiden Maßnahmen zu. Da aber kein Finanztableau hinterlegt ist, können wir nicht einschätzen, ob sie wirklich ausreichend sind, um das angestrebte Ziel der Gegenfinanzierung der Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils und die Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen zu erreichen.

Unabhängig davon stellen die beiden Maßnahmen kein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die Pflegeversicherung dar. Dies wird schon dadurch deutlich, dass die Änderungsanträge abgesehen von den Leistungen nach § 36 SGB XI und § 42 SGB XI keine Anhebung der seit 2016 unveränderten Leistungshöhen beinhalten noch Aussagen zu einer dringend erforderlichen Leistungsdynamisierung machen. Dies betrifft auch die dringend erforderliche pflegegradbezogene Ausgestaltung der Leistungen nach 43a SGB XI analog zu den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Unserer Auffassung nach ist die Pflegeversicherung zwingend auf eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage zu stellen. Für die Finanzierung der Pflegeversicherung ist eine Kombination aus verschiedenen Elementen sinnvoll.

Die Kombination zur Erhöhung der Einnahmen der Pflegeversicherung sollte aus den folgenden Elementen bestehen:

- Heranziehung anderer Einkommensarten wie Kapital- und Mieterträge bei der Beitragsbemessung neben dem Arbeitsentgelt,
- Beitragssatzerhöhungen,
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das höhere Niveau der Rentenversicherung,
- Weitere Steuermittel neben der Gegenfinanzierung der Alterssicherung der pflegenden Angehörigen.

Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine Umkehr der Finanzierungslogik der Pflegeversicherung hin zu einer Pflegevollversicherung ein. Die Teilleistungsversicherung in ihrer bisherigen Form führt

zu einer langfristigen Benachteiligung von pflegebedürftigen Menschen und denjenigen, die ihre Pflege und Betreuung übernehmen. Die kurzfristige Entlastung des Systems ohne langfristiges tragbares Finanzierungskonzept ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Die Pflege sollte in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung von allen Versicherten getragen werden. Das muss auch aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland ein wichtiges sozialpolitisches Anliegen sein.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 4 Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege)

Buchstabe a und b

§ 43c SGB XI neu

Die Eigenanteile in der vollstationären Pflege sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Wesentliche Ursachen waren Lohnsteigerungen, eine Steigerung der Ausbildungskosten und die fehlende Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V bei den pflegebedingten Aufwendungen. Hinzu kam, dass die Heimentgelte auch im Bereich Unterkunft und Verpflegung deutlich stiegen und durch den fast vollständigen Rückzug der Länder und Kommunen aus der Beteiligung an den Investitionskosten auch dieser Kostenbereich sehr stark zunahm.

Die aktuell von allen Seiten geforderte und dringend notwendige Anerkennung von tariflicher Bezahlung der Pflegekräfte, mit der eine Steigerung der Gehälter in der Pflege einhergehen soll, bedeutet höhere Kosten für die Pflegeeinrichtungen und damit auch eine Erhöhung der Eigenanteile für die pflegebedürftigen Menschen. Gleiches gilt auch für die dringend notwendige verbesserte Personalausstattung, die durch die Einführung eines Personalbemessungssystems nach § 113c erreicht werden soll. Auch diese hat höhere Kosten für die Pflegeeinrichtungen und damit auch eine Erhöhung der Eigenanteile für die pflegebedürftigen Menschen zur Folge. Dies bedeutet, dass durch jede Qualitätssteigerung (und hierzu zählen auch die Mehrpersonalisierungen und die Tarifsteigerungen) die Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner erhöht werden, während die Anteile, die durch die Pflegeversicherung übernommen werden, konstant bleiben.

Die mit dem § 43c SGB XI beabsichtigte Zielsetzung, einer Begrenzung der Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege wird grundsätzlich begrüßt und zwingend für erforderlich gehalten. Sie stellt eine langjährige Forderung der Diakonie Deutschland dar. Die Anpassungen greifen aus unserer Sicht aber zu kurz und bringen keine ausreichende Entlastung für die Pflegebedürftigen, da die Eigenanteile nicht begrenzt, sondern nur prozentual reduziert werden.

Der vorgelegte Änderungsantrag sieht beim pflegebedingten Eigenanteil eine prozentuale Entlastung in Höhe von 5 % im ersten Jahr nach dem Heimeinzug und 25 % ab dem zweiten Jahr vor, die sich sukzessive auf 70 % ab dem dritten Jahr erhöht – dann aber gleichbleibt und nicht ganz entfällt.

Damit liegt im Änderungsantrag ein weiteres Modell gegenüber dem Eckpunktepapier des BMG vom November 2020 vor. Während dort ein Pauschalbetrag i. H v. 700 Euro Eigenbetrag für pflegebedingte Kosten vorgesehen war, ist nun ein prozentualer Beitrag abhängig vom

einrichtungsbezogenen Eigenanteil zugrunde gelegt. Nach verschiedenen Berechnungen leben zu jedem Stichtag mehr als ein Viertel der Heimbewohnenden weniger als 12 Monate im Heim. Sie werden durch den vorgelegten Änderungsantrag nur mit 5 % entlastet. 5 % wären bei einem durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteil von 831 Euro nur 41,55 Euro und dies bei einem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt von 2.068 Euro im ersten Jahr. Circa. 40 % der Heimbewohnenden leben länger als 36 Monate im Heim. Sie sollen eine Entlastung von 70 % bei den pflegebedingten Aufwendungen erhalten. Durch die in § 43c SGB XI neu vorgesehenen Regelungen werden sie deutlich weniger entlastet als durch die Regelungen in den Eckpunkten. Nur bei einem verbleibenden Drittel der Heimbewohnenden ist die Entlastungswirkung des Arbeitsentwurfs teilweise höher als der Effekt der Eckpunkte. Bei einem weiteren Anstieg der Pflegesätze führt aber auch für sie der Übergang von den Eckpunkten zum Arbeitsentwurf zu einer Verringerung der Entlastungswirkung.

Bei dem auch im Eckpunktepapier des BMG beschriebenen Vorschlag eines Systemwechsels im Sinne eines „Sockel-Spitze-Tausches“ werden die Kosten zukünftiger Qualitätssteigerungen von den Pflegebedürftigen auf alle Versicherte verlagert – und machen Eigenanteile erstmals kalkulierbar und versicherbar. Nach Berechnungen von Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) wird dadurch die Sozialhilfequote unmittelbar und nachhaltig reduziert und es kann mittel- und langfristig mehr und besser bezahltes Personal eingesetzt werden, ohne die Heimbewohner zu belasten. Der mit § 43c neu vorgelegte Vorschlag erreicht diese Ziele nicht. Bei seiner Umsetzung bleiben die Eigenanteile unkalkulierbar und es ist eine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Lebensstandardsicherung nicht möglich.

Auch werden mittel- und langfristig die Eigenanteile und die Sozialhilfeabhängigkeit wieder deutlich steigen. Letztlich wird nur Zeit erkaufte.

Mit den vorgelegten Regelungen sehen wir daher keine spürbare Verbesserung für die die Hauptlast tragenden Pflegebedürftigen. Der mit Änderungsantrag Nr. 4 vorliegende Entwurf bleibt weit hinter den Erwartungen zurück und stellt keine nachhaltige Lösung für die ansteigenden Eigenanteile in naher Zukunft dar. Aus Sicht der Diakonie Deutschland bedarf es einer finanzwirksamen Deckelung der Eigenanteile und einer echten Umkehr der Finanzierungslogik. Die im Änderungsantrag gewählte Form wird abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Diakonie Deutschland fordert weiterhin, die bisherige Pflegeversicherung in eine Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung zu überführen. Damit wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit über die Sozialversicherung abgesichert; für die begrenzte Eigenbeteiligung kann privat vorgesorgt werden.

Buchstabe c Nr. 5

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 Euro pro Monat. Dies ist ihr/sein Besitzstandsschutz. Die/der Heimbewohner*in lebt weiterhin in der gleichen Pflegeeinrichtung und dort beträgt der pflegebedingte einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Jahr 2021 831 Euro. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf des prozentualen Stufenmodells müsste diese/r Heimbewohner*in nun 30 % von den 831 Euro nach Inkrafttreten des Gesetzes bezahlen. Dies wären dann 249,30 Euro. 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.

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

Änderungsvorschlag

Streichung der Nummer 5 des Änderungsantrags 4.

Änderungen zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 5

**Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen bezüglich tariflicher Entlohnung;
Konkretisierung der Nachweisverpflichtungen von Pflegeeinrichtungen**

§ 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag) und 82c (Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)

Die Diakonie Deutschland hält grundsätzlich an ihrer Begründung zum Entwurf des BMG vom 3. Mai 2021 fest. Um in der Praxis mit den Kostenträgern Unklarheiten zur Frage der Tarifbindung bzw. der Bindung an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen zu vermeiden, sollte zumindest in der Gesetzesbegründung ausgeführt werden, wie die Tarifbindung nachgewiesen werden kann.

Außerdem sollte für die Fälle, in denen eine Bindung an einen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung nicht besteht, eine Prüfung, ob in der Pflegeeinrichtung einer der in Satz 1 genannten Tarife oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen zur Anwendung kommt, für die Anerkennung der Entlohnung ausreichend sein. Dadurch würde sich auch die in den Neuregelungen in § 72 Abs. 3 d) und Abs. 3 e) vorgesehene aufwendige Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus erübrigen.

Nach § 82 c Abs. 3 n.F. bedarf es eines sachlichen Grundes, wenn Beschäftigte über den Tarifvertrag bzw. die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen hinaus entlohnt werden. § 82 c Abs. 3 ersetzt § 84 Abs. 2 Satz 6 a.F. Hier sollten zumindest in der Gesetzesbegründung die sachlichen Gründe näher

definiert werden, um Unsicherheiten in der Praxis zu vermeiden. Die aktuelle Begründung ist hier aus Sicht der Diakonie zu ungenau und bedarf auf jeden Fall der Ergänzung um konkrete Regelbeispiele.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 6

Stärkung der Kurzzeitpflege und Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch: Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung

Die Diakonie Deutschland 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 oft 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 wirtschaftlichen Belastungen der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher begrüßen wir die Anhebung der Leistungsbeträge nach § 42 SGB XI, wie von uns gefordert, um linear 10 % 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).

Änderungsvorschlag

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

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen 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 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 häuslich 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.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 7 Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 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 Konzertierten 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 AG 2 der Konzertierten 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 Stellungnahmen der BAGFW zur Konzeption der Road Map eingebracht worden, aber leider unberücksichtigt geblieben. So ist z. B. nicht gesichert, dass die Länder 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 1. Juli 2023 durch das Gesetz vorgegeben werden,

berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekts in Höhe von rund 40 % 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 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 Nummer 2; Absatz 5 Satz 1 Nummer 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 Ergebnisse 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 ins Belieben der Landesrahmenvertragspartner gestellt werden. Das Ziel muss sein, die dort genannten Anhaltswerte auch tatsächlich umzusetzen. Es muss zumindest der Anspruch der Einrichtungen auf diese Anhaltswerte erhalten bleiben, auch wenn diese auf Grund der Arbeitsmarktsituation evtl. nicht in einem Schritt umgesetzt werden können. Hierzu sollten die ggf. notwendigen Schritte in den Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach § 113c Absatz 4, die zum 30. Juni 2022 vereinbart werden müssen, mitbehandelt und konkretisiert werden.

Nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 können Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. 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 Pflegedienstleitung z. B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz etc. zu schaffen. Laut 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“.

Änderungsbedarfe:

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 Nummer 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 bis 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.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 8 § 40 Absatz 6

Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)

Nach § 40 Absatz 6 neu 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 werden, 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. Auch 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.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 6 neu ist wie folgt anzupassen:

Streichung von Satz 3

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.~~“

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 9

Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege/Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen

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.

Die Diakonie Deutschland weist erneut darauf hin, dass diese Maßnahmen – ebenso wie auch die Anschubfinanzierung der Digitalisierung – gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung sind, deren Finanzvolumen entsprechend aus Steuermitteln refinanziert werden sollte. Mit diesem Gesetzentwurf erfolgt in § 61a SGB XI der Einstieg in die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der Pflegeversicherung aus Bundesmitteln. Es sollte überlegt werden, auch die Fördermaßnahmen von § 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 % 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 der Entlastung der Pflegekräfte, kann aber einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung leisten.

Zu Änderungsantrag 11 § 8 Absatz 4, § 113 Absatz 1 und § 113b Absatz 4

Weiterentwicklung der Qualität

§ 8 Absatz 4

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 Satz 1 und Satz 4

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

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.

Änderungsvorschläge:

§ 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 5

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung der neu eingeführten Regelungen, die sachgerecht ist.

§ 113b Absatz 10 neu

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.

Änderungsvorschläge:

Es sollte eine Klarstellung vorgenommen werden, wer in diesem Fall klagebefugt 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 die Diakonie Deutschland. 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 Erben Schulden hinterlassen.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 15

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

§ 7b SGB XI

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 Petitem, 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.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag 16

§ 45c Absatz 1 und 9 Stärkung regionaler Netzwerke

Die Diakonie Deutschland begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u. a. Akteuren ist wesentlich, um einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen zu sichern, einen guten Hilfe-Mix zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Die vorgesehene Erhöhung der aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung stehenden Mittel zur strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken auf 20 Millionen Euro je Kalenderjahr stärkt aus Sicht der Diakonie Deutschland 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 zwei regionale Netzwerke gefördert werden können. Des Weiteren können je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend davon können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25.000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. 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 weiterhin 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 Diakonie Deutschland 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 Euro auf 25.000 Euro seitens des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wird begrüßt, jedoch wird eine Gesamt-Fördersumme pro Netzwerk von insgesamt max. 45.000 Euro für erforderlich erachtet, um netzwerkbezogene Personalkosten im erforderlichen Umfang zu ermöglichen (vgl. Positionierung zu § 39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken

https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/2021/2021-04-08_Stellungnahme_GVWG.PDF). 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 deutlichen 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 Diakonie Deutschland wieder aufzugreifen und den Netzwerken zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht, Zielstellungen der Netzwerke weiter zu verfolgen und dabei z. B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abgesichert zu wissen.

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

Änderungsvorschlag

Die Diakonie Deutschland schlägt für die Förderung der regionalen Netzwerke folgende gesetzliche Formulierung vor:

Absatz 9 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 9 Satz 3 neu ist wie folgt zu formulieren:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei 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.

Änderungsantrag 18

Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege

Die Diakonie Deutschland 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 %. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer stieg im gleichen Zeitraum um 8,9 %. Vor diesem Hintergrund erscheint aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 % angemessen.

Für uns war schon bei der Lektüre des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung schon die Empfehlung von 5% sachlich nicht nachvollziehbar (angesichts des Umstands, dass es sich bei der Pflege um einen personalintensiven Bereich handelt und von etwa 80 % Personalkosten auszugehen ist) und nur mit Finanzierungserwägungen zu begründen.

Nun sollen nur die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI (abgesehen von der Sonderregelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI) um 5 % 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 Diakonie Deutschland fordert, dass auch der Leistungssatz für die Verhinderungspflege um 10 % 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 % aus einer nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflegeleistung finanziert werden können. Gerade Menschen mit Behinderungen, 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 %. 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 die Eigenanteile weiter erhöhen.

Änderungsantrag Nr. 19 (Artikel 9a GVWG) Änderung des Pflegeberufgesetzes

Die Diakonie Deutschland begrüßt die in den Änderungsanträgen des GVWG vorgeschlagenen Anpassungen des Pflegeberufgesetzes, wonach sich die Regelungen zur Vermittlung von heilkundlichen Kompetenzen nach § 14 PflBG, neben den Modellprojekten nach § 63 Absatz 3c SGB V, nun auch auf solche nach § 64d SGB V beziehen sollen.

Vielfalt der Modellvorhaben ermöglichen

Wir interpretieren dies dahingehend, dass die Modellprojekte nach § 64d SGB V, der gesetzgeberischen Intention nach, zusätzlich zu den Modellprojekten nach § 63 Absatz 3c SGB V bestehen können.

Da dies nicht in voller Klarheit aus den Regelungsinhalten zu § 64d SGB V hervorgeht, bitten wir dies in **Artikel 1 Nr. 18a GVWG** entsprechend zu korrigieren, sodass sowohl Modellprojekte nach § 64d SGB V, als auch nach § 63 Absatz 3c SGB V aufgesetzt werden können.

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 Ausbildungsinitiative Pflege bislang nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte: Der sogenannte 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, den die Ausbildungsträger selbst aufbringen müssen.

Während in den (wenigen) Bundesländern, in denen bereits vor dem PflBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgte, diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen sind und nach wie vor über die Pflegesätze geltend machen können. Wird dieses Delta dagegen 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 kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege 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 PflBG 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.

Weitere Änderungsbedarfe

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 bitten 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 die Diakonie Deutschland 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.

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 15. Juni 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 Corona-bedingte 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 sind die Geltungsfristen für Ausgleiche von Corona-bedingten Mehrkosten bzw. Mindereinnahmen durch die die GKV nach § 111 Absatz 5 Satz 5 und § 111c Absatz 3 Satz 5 über den 1. April 2021 hinaus bis zum 31. Dezember 2021 verlängert worden, was die Diakonie Deutschland sehr begrüßt.

Verhandlungen zwischen den Kassen und den Einrichtungen finden aufgrund der einseitigen Festlegungen der Kassen aber nicht statt, da die Kassen keine entsprechende gesetzliche Grundlage sehen. Ersatzweise ist es inzwischen immerhin zu einem Erfahrungsaustausch zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge gekommen. Bei diesem Erfahrungsaustausch sind Grundsätze vereinbart dahingehend vereinbart worden, dass Verhandlungen über eine Rahmenvereinbarung auf der Landesebene stattfinden sollen.

Änderungsvorschlag

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Diakonie Deutschland nachdrücklich, eine Rechtsgrundlage für Rahmenverhandlungen auf der Bundesebene zu schaffen, und zwar wie folgt:

Bis zum 31.07.2021 vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge Rahmenempfehlungen für die Verhandlungen nach § 111 Absatz 5 Satz 5 und nach § 111c Absatz 3 Satz 5 SGB V, die bis zur Beendigung der pandemischen Lage nach § 5 Infektionsschutzgesetz gelten sollen.

§ 132 Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z. B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen. Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehr-Kind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwersterkrank sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsvorschlag

§ 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.“

Berlin, den 4. Juni 2021

Gez.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland