

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)347(8)
gel VB zur öffent Anh am
07.06.2021 - ÄA GVWG
04.06.2021



Bundesverband e.V.

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

AWO Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62/63
10961 Berlin
Telefon: (+49) 30 – 263 09 – 0
Telefax: (+49) 30 – 263 09 – 325 99
E-Mail: info@awo.org
Internet: awo.org

Verantwortlich: Prof. Dr. Jens Schubert
Ansprechpartnerin: Claudia Pohl, Claus Bölicke
E-Mail: claus.boelicke@awo.org

© AWO Bundesverband e. V.

Berlin, 4. Juni 2021

Allgemeine Bemerkungen und zusammenfassende Bewertung

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt im Grundsatz das Vorhaben, insbesondere im Bereich der sozialen Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern, pflegebedürftige Menschen zu entlasten sowie die Situation der Pflegenden zu verbessern. Unsere Erwartung wäre allerdings gewesen, dies rechtzeitig in einer eigenständigen, grundlegenden Pflegereform unter Aufwand der dafür gebotenen Zeit zu tun, um die Pflegeversicherung langfristig inhaltlich und finanziell nachhaltig und zukunftsfest aufzustellen. So bleibt, trotz einzelner Schritte in die richtige Richtung, eine grundlegende Pflegereform Aufgabe einer nächsten Bundesregierung.

Hinsichtlich einer flächendeckenden, besseren und tariflichen Bezahlung von Pflegenden leisten die vorliegenden Änderungen keinen Anreiz für Träger, einen Tarifvertrag abzuschließen und ihre Mitarbeitenden besser zu bezahlen, stattdessen wird der Status Quo erhalten. Auch beim Thema Eigenanteile bei den pflegebedingten Kosten in der vollstationären Pflege bleiben die Vorschläge weit hinter den Erwartungen zurück und werden für mindestens die Hälfte der Bewohner*innen keine nennenswerte Entlastung bringen. Viel mehr werden durch Personalausbau etc. die Eigenanteile wohl erst einmal steigen und mit den vorgeschlagenen Zuschüssen zu den Eigenanteilen der pflegebedingten Kosten maximal die steigenden Kosten ausgeglichen.

Bis auf die jährlich eine Milliarde Euro aus dem Bundeshaushalt, die Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose und die geringfügige pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege werden die großen Fragen der nachhaltigen Finanzierung von Pflege durch die Erweiterung der Einnahmenbasis im Umlagesystem sowie die weiteren Zuschüsse aus den Mitteln des Bundeshaushalts für andere „versicherungsfremde“ Leistungen ausgeklammert. Die Forderungen zur Weiterentwicklung und Finanzierung der Pflegeversicherung der Fraktionen von BÜNDNIS/DIE GRÜNEN (Drs. 19/14827) und DIE LINKE (Drs. 19/2448) weisen hier den einzuschlagenden Weg.

Die noch im Arbeitsentwurf für eine Pflegereform aus dem Mai dieses Jahres angekündigte Dynamisierung der Leistungen, wenn auch dort schon in deutlich zu geringem Umfang, ist hier nun bis einschließlich 2025 voraussichtlich vom Tisch, sieht man von der Anhebung der Leistungsentgelte in der ambulante Pflege von 5% einmal ab. Diese Anhebung wird auch in der ambulanten Pflege wohl die steigenden Kosten nicht decken und ist schon gar nicht dazu geeignet vergangene Kaufkraftverluste aus den Pflegeleistungen auszugleichen. Zusammen mit der dem Begrenzten Zuschuss ist von daher für die nächsten Jahre mit einem weiteren Kaufkraftverlust der Leistungen der Pflegeversicherung und damit mit steigenden Eigenanteilen in der Pflege zu rechnen.

Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1 (Änderungen im SGB V):

Änderungsantrag 1, Nummer 11a

Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

§ 37 Absatz 2a S. 1 und 2

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 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 AWO Bundesverband 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.

Änderungsvorschlag

Ausweislich der Begründung soll die pauschale Refinanzierung eines Teils der Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V weiter zur finanziellen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen in vollstationärer Versorgung beitragen. Dafür ist es jedoch erforderlich, dass der pflegebedingte Eigenanteil der Pflegebedürftigen um die Kostenanteile der medizinischen Behandlungspflege reduziert wird. Der AWO Bundesverband schlägt deshalb 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.

Blankoverordnung häusliche Krankenpflege (HKP)

§ 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.“

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 sollte 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 festlegen, die Blankoverordnungen ausstellen können.

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.

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.“

Abrechnungsprüfung

§ 37 Absatz 9 und Absatz 10 SGB V

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 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 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 Blaukoverordnung 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, Nummer 13a

Übergangspflege im Krankenhaus

§ 39e

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 AWO Bundesverband 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.

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

Änderungsantrag 1, Nummer 18a

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

§ 64d

Der AWO Bundesverband begrüßt nachdrücklich die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstän-

dige 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 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 daher, 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 AWO Bundesverband 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 erscheint aus Sicht des AWO Bundesverband unrealistisch. Daher wird vorgeschlagen – auch unter Berücksichtigung der Frist für ein mögliches Schiedsverfahren – für den Abschluss des Rahmenvertrags alternativ den 30. Juni 2022 zu setzen. 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 ebenfalls nicht realistisch, da zudem die Krankenkassen auf Länderebene die Modellvorhaben pro Bundesland noch gemeinsam vereinbaren müssen. Es wird daher vorgeschlagen, 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 Sicht des AWO Bundesverband 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.

Der AWO Bundesverband begrüßt, 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 AWO Bundesverband begrüßt ausdrücklich, dass der Auftrag der Fachkommission zur Curricularentwicklung 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 sinnvoll und sachgerecht ist.

Aufgrund von § 14 Absatz 7 PfIBG ist die aus Sicht des AWO Bundesverband 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.

Der AWO Bundesverband begrüßt daneben 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 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 1, Nummer 39a

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m

§ 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.

Änderungsvorschlag

„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.“

Artikel 2 (Änderungen im SGB XI):

Änderungsantrag 4

Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege

§ 43c

Mit dem § 43c soll ab dem 1. Januar 2022 gelten: Je länger eine pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim lebt, desto geringer ist deren pflegebedingter Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege. Demnach erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die bis einschließlich 12 Monate vollstationäre Leistungen beziehen, künftig einen Leistungszuschlag in Höhe von 5% und ab 12 Monaten von 25% ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Ab dem zweiten Jahr in stationärer Langzeitpflege steigt dieser Zuschlag auf 45% und ab dem dritten Jahr dauerhaft auf 70%.

Auch wenn hier gegenüber den Formulierungsvorschlägen vom 3. Mai 2021 ein wenig nachgebessert wurde, bleibt der vorliegende Entwurf weit hinter den Erwartungen zurück und stellt keine nachhaltige Lösung für die rasant ansteigenden Eigenanteile in naher Zukunft dar. Es bedarf vielmehr einer finanzwirksamen Deckelung der Eigenanteile und einer echten Umkehr der Finanzierungslogik, entsprechend des so genannten „Sockel-Spitze-Tauschs“. Demnach würden Pflegebedürftige nur noch einen zeitlich begrenzten und festen Eigenanteil (den neuen Sockel) zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit zahlen. Alle Belastungen darüber hinaus (die neue Spitze) für eine bedarfsgerechte Versorgung müssten von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen werden und Mehrkosten, die u.a. durch Qualitätsverbesserungen oder Entgeltsteigerungen entstehen, verteilen sich somit auf die gesamte Versichertengemeinschaft.

Schon jetzt übersteigen die zu zahlenden Eigenanteile die durchschnittlichen Renten bei weitem, denn zu den pflegebedingten Kosten fallen zusätzlich stets Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen an. Im Bundesdurchschnitt muss ein*e Pflegeheimbewohner*in aktuell 2.068 Euro (davon 831 Euro für Pflege, 458 Euro Investitionskosten und 779 Euro für Unterkunft/Verpflegung) monatlich selbst aufwenden (vdek-Basisdaten 2021). Zum Vergleich: im Rentenbestand Ende 2019 lag der Bundesdurchschnitt für die Altersrente bei 1.021 Euro im Monat. Mit der aktuell vorgesehenen Bezuschussung sind das nach zwei Jahren noch immer 1.694 Euro und nach drei Jahren 1.486 Euro Kosten für Heimbewohner*innen im Monat. Ein erheblicher Teil der Heimbewohner*innen weist jedoch sogar eine Verweildauer unter 12 Monaten in Einrichtungen der Langzeitpflege auf und wird mit einer Bezuschussung von 5 % allenfalls marginal mit bundesdurchschnittlich 42 Euro im Monat unterstützt; und eventuell noch mit 25 % im zweiten Jahr.

Eine relative Bezuschussung der Eigenanteile pflegebedingter Aufwendungen führt zumindest in diesen ersten Stufen lediglich zu einem Abfedern der regulären Steigerungen der Eigenanteile, nicht aber zu einer tatsächlichen Entlastung der seit langem finanziell überforderten Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen. Schaut man sich die Entwicklung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) an, sind diese seit Einführung im Bundesdurchschnitt jährlich stetig um 10-12% (insgesamt um über 50%) angestiegen (vgl. vdek-Daten 2017-2021). Neben den regulären Steigerungen werden steigende Löhne und verbindliche Tarifverträge in Kombination mit dem notwendigen Personalaufbau nach dem Per-

sonalbemessungsinstrument spätestens nach der vorgesehenen Konvergenzphase die Pflegesätze und damit den Eigenanteil zusätzlich weiter erhöhen. Damit ist klar, dass die 5 % im ersten Jahr nicht zu einer Entlastung führen, sondern nicht einmal reguläre Kostensteigerungen abdecken. Für einen Großteil der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen kommt es somit nicht zu einem Entlastungseffekt.

Der Begriff der „Begrenzung“ aus der Überschrift des § 43c ist damit irreführend, da durch die relative Bezuschussung das Risiko von Kostensteigerungen in der Pflege nach wie vor von den Pflegebedürftigen mitgetragen wird und damit keine kalkulierbare Begrenzung für Pflegebedürftige gegeben ist.

Die originäre Funktion der Pflegeversicherung bei ihrer Einführung, die Bürger*innen vor dem Risiko der Armut durch Pflege abzusichern, gilt lange nicht mehr als erfüllt. Im Jahr 2019 stieg die Zahl der Empfänger*innen von „Hilfe zur Pflege“ in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem Rückgang in 2017 erneut an. Die vorliegenden Änderungsvorschläge des § 43c treten diesem Risiko für Pflegebedürftige nicht strukturell entgegen. Vielmehr handelt es sich um eine marginale Verbesserung des bestehenden Systems, welche sich über den Zeitverlauf relativieren wird.

Änderungsvorschlag

Der AWO Bundesverband e. V. spricht sich weiterhin für den von der Wissenschaft vorgeschlagenen „Sockel-Spitze-Tausch“ – die Umkehr von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze – aus. Maßgeblich muss hierbei die Verhinderung von Armut und zukünftiger Sozialhilfebedürftigkeit sein.

Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

§ 141

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 die AWO nicht nachvollziehbar. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es Heimbewohner*innen gibt, die 2016 in einer Pflegestufe eingestuft waren und einen niedrigen pflegebedingten Eigenanteil bezahlt haben, z. B. 100 € pro Monat. Diese Bewohner*innen würden mit den Regelungen aus § 43c schlechter gestellt sein. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf müsste diese Pflegebedürftigen nun durchschnittlich 30 % von den 831 € (bundesdurchschnittlicher EEE) zahlen, also 249,30 €. Dies stellt eine materiell rechtliche Verschlechterung dar, die zumindest nicht ausgeschlossen werden kann. Ein unbefristeter Anspruch auf Bestandsschutz wurde bewusst vom Expertenbeirat empfohlen und vom Gesetzgeber umgesetzt:

„Ein wesentliches Ziel der Ausgestaltung der Übergangsregelungen ist, dass bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter

gestellt werden (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013 S. 132)

„Der Expertenbeirat empfiehlt mehrheitlich, keine Befristung des Bestandsschutzes vorzusehen“. (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs S. 146). Daran hat sich dann auch der Gesetzgeber orientiert und einen unbefristeten Bestandsschutz ins das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) aufgenommen.

Einer Beibehaltung des Bestandsschutzes nach § 141 Absatz 3-3c steht nichts entgegen bis ausgeschlossen werden kann, dass sich aus dieser materiell rechtlich keine Verschlechterung gleichwohl im Einzelfall ergibt.

Änderungsvorschlag

Streichung der Nummer 5 des ÄA 4.

Änderungsantrag 5

Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 72 Absatz 3a und Absatz 3b

Versorgungsverträge sollen ab 1. September 2022 nur noch mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden dürfen, die ihren Arbeitnehmer*innen im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart sind oder, wenn sie eine Entlohnung zahlen, die der Höhe eines räumlich, zeitlich, fachlich oder persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreiten. Dabei gilt als Tarif auch derjenige einer anderen Pflegeeinrichtung im Geltungsbereich, wenn dieser mit einer Gewerkschaft abgeschlossen wurde.

Der Vorsatz, dass nur noch mit Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge abgeschlossen werden dürfen, die nach Tarif zahlen, ist im Grundsatz zu begrüßen. Allerdings beinhalten Tarifverträge nicht nur Regelungen zur Entlohnung, sondern auch zu Arbeitszeiten, Urlaubstagen u. a., die sich indirekt auf die Entlohnung auswirken. Hierzu werden jedoch keine Aussagen getroffen. Gleichzeitig besteht mit der vorgeschlagenen Regelung wenig Anreiz für Pflegeeinrichtungen einen Tarifvertrag abzuschließen, da auch Einrichtungen Versorgungsverträge erhalten sollen, die keinen Tarifvertrag haben, sondern ihren Beschäftigten eine Entlohnung zahlen, die mindestens der Entlohnung eines Tarifvertrags eines anderen Trägers in der Region entspricht. Es ist zu befürchten, dass es durch diese Regelung keine Veranlassung gibt, die Löhne in der Pflege anzuheben bzw. ein einheitliches, höheres Lohnniveau zu schaffen. Sie wird stattdessen dazu führen, das vorherrschende Lohnniveau festzuschreiben. Zudem ist offen, ob im Falle mehrerer Tarifverträge gleichwohl jeder für sich als wirtschaftlich gilt. An Klarheit fehlt es auch bezüglich einer Heranziehung der Entgeltwerte aus einem Haustarifvertrag. Anreize werden mithin gesetzt, „gelbe Gewerkschaften“ einzubeziehen, was den Druck auf andere Einrichtungen erhöht.

§ 72 Absatz 3c

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, unter Hinzuziehung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe,

Richtlinien zu erlassen, die die Verfahren- und Prüfgrundsätze für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a und Absatz 3b festlegen.

Diese Regelung ist nur deshalb von Bedeutung, weil auch Einrichtungen zugelassen werden, die keinen Tarif abgeschlossen haben. Darüber hinaus ist die Rolle des Spitzenverband Bund der Pflegekassen unklar und es besteht Unsicherheit, inwieweit durch die Richtlinien die gesetzlichen Regelungen interpretiert werden. Um hier mehr Klarheit zu schaffen, welche Tarifverträge anzuerkennen sind, sollte der Gesetzgeber einheitliche Kriterien formulieren. Im Übrigen ist zu befürchten, dass die Doppelrolle der Pflegekassen (Richtliniengeber und Verhandler) zu kritisieren und von Seiten des Gesetzgebers zu überdenken.

Begrüßt wird, dass in die Genehmigung der Richtlinien im Einvernehmen auch mit dem Bundesarbeitsministerium erfolgen soll.

§ 72 Absatz 3d

Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a und 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche arbeitsrechtlichen Regelungen sie gebunden sind bzw. die für sie maßgeblich sind. Änderungen nach Abschluss des Versorgungsvertrages sind unverzüglich mitzuteilen. Einrichtungen mit bestehenden Versorgungsverträgen haben erstmalig die entsprechenden Mitteilungen bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 den Pflegekassen mitzuteilen. Die Mitteilung gilt auch als automatischer Antrag auf Anpassung des Versorgungsvertrages zum 1. September 2022, sofern die Einrichtung dem nicht aktiv widerspricht.

Da der Versorgungsvertrag nach Absatz 3a künftig an eine Entlohnung nach Tarif gebunden sein wird, sind entsprechende Meldepflichten nachvollziehbar.

§ 72 Absatz 3e

Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder kirchliches Pendant sie gebunden sind. Dabei sind die maßgeblichen Inhalte der Tarifverträge zu übermitteln.

Die Meldepflicht zur Tarifvertragsbindung einer Pflegeeinrichtung ist bereits in Absatz 3d geregelt; wie auch, dass Änderungen nach Abschluss eines Versorgungsvertrags anzuzugeben sind. Die Meldepflichten in Absatz 3e sollen dabei der Ermittlung des regionalüblichen Entgeltniveaus dienen. Dadurch entsteht den Einrichtungen allerdings ein bürokratischer und nicht refinanzierter Mehraufwand, der abzulehnen ist. Es ist nicht die Aufgabe von Pflegeeinrichtungen, regelmäßige Datensammlungen zur Erhebung eines regional üblichen Entgeltniveaus durchzuführen. Pflegeeinrichtungen haben die pflegerische Versorgung Ihrer Klient*innen sicherzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3e ist zu streichen.

§ 72 Absatz 3f

Das Bundesgesundheitsministerium wird verpflichtet bis zum 31. Dezember 2025 unter Beteiligung des Bundesarbeitsministeriums zu evaluieren, wie sich die Regelungen der Absätze 3a bis 3e und des § 82c auswirken.

Die Evaluation der Auswirkungen ist zu begrüßen, insbesondere ob sie dazu beigetragen haben, die Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen sowie das Lohnniveau zu erhöhen. Da die Regelungen schon Ende 2022 in Kraft treten werden, regt der AWO Bundesverband an, die Evaluation ggf. ein Jahr vorzuziehen.

§ 82c Abs. 1

Ab dem 1. September 2022 dürfen bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Tarifverträge nicht als unwirtschaftlich gelten können. Abhängig vom Vorgesagten ist auch das Datum der Umstellung ambitioniert und kann Einrichtungen zusätzlich zu den Folgen der Pandemie stark belasten. Darüber hinaus muss vom Gesetzgeber klar gemacht werden, dass er mit dem Gehaltsgriff an dieser Stelle mehr umfassen will, als mit dem ansonsten verwendeten Entlohnungsbegriff.

§ 82c Absatz 2

Bei Einrichtungen ohne Tarifvertrag kann eine Entlohnung in Höhe bis zu einem anderen, regional üblichen Tarif nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ferner wird mit Absatz 2 sichergestellt, dass in begründeten Ausnahmen über die Tarifverträge hinausgehende Löhne ebenfalls nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen, wenn Sie nach Absatz 1 angewendete Tarifverträge nicht um mehr als zehn Prozent übersteigen.

Die Ausnahmeregelungen für Einrichtungen ohne Tarifvertrag kann dazu führen, dass weniger Anreize geschaffen werden, einen Tarifvertrag abzuschließen. Es reicht, nach einem regional üblichen Tarifvertrag zu entlohnen. Ist die regionale Entlohnung niedrig, orientiert man sich an niedrigen Löhnen. Untere Haltelinie wäre nur noch der Pflegemindestlohn, dessen Absicherung im Gesetz fehlt. Jedenfalls steht zu befürchten, dass durch die Regelung eher der Status quo festgeschrieben wird, als dass dadurch Pflegenden künftig höhere Löhne erhalten. Die Komplexität der Regelung kann in Ausnahmefällen sogar dazu führen, dass der tarifungebundene Arbeitgeber besser dasteht als der tarifgebundene und jener dies gleichwohl refinanziert bekommt.

§ 82c Absatz 3

In Ergänzung zu Absatz 2 wird hier eine Überschreitung des regional üblichen Tarifes bei Vorliegen eines sachlichen Grundes ermöglicht. Diese Öffnung ist richtig. Zu große Hürden

sind aber auch nicht aufzubauen, je nach dem auf welchem Niveau sich der regional übliche Durchschnitt befindet.

§ 82c Absatz 4

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll Richtlinien, unter Hinzuziehung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, zu den Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 erlassen.

Es ist jedoch keine Aufgabe der Kassen Tarifverträge zu bewerten und zu entscheiden, welche Tarif zugelassen werden oder nicht. Unsicher ist auch wieder, inwieweit die Richtlinien des Gesetzestext interpretieren werden. Klarheit müssen daher gesetzliche Kriterien schaffen. Wie bereits oben erwähnt, sieht der AWO Bundesverband die damit entstehende Doppelrolle des Spitzenverband Bund der Pflegekassen sehr kritisch: einerseits bestimmt dieser über die Anerkennung von Tarifverträgen, darüber was regional üblich ist und andererseits verhandelt dieser als Pflegesatzpartner auf Basis dieser Einschätzung Pflegesätze. Der AWO Bundesverband weist hier noch einmal ausdrücklich auf diesen deutlichen Interessenkonflikt hin.

§ 82 Abs. 5

Zur Information der Pflegeeinrichtungen sollen die Landesverbände der Pflegekassen unter der Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung und der Träger der Sozialhilfe auf Länderebene unverzüglich nach der Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 4 spätestens innerhalb eines Monats, eine Übersicht die Tarifverträge und der entsprechenden Entlohnung im Land veröffentlichen.

Mit dieser Veröffentlichung wird sodann das Instrument für nicht tarifgebundene Träger geschaffen, sich über regional herrschende Lohnniveaus zu informieren, um sich dann ggf. ohne eigenen Tarifvertrag analog an der niedrigsten, regional üblichen Entlohnung zu orientieren. Auch hier wird wieder deutlich, dass mit den Regelungen weder das Ziel verfolgt wird, in der Pflege flächendeckend zu Tarifverträgen zu gelangen, noch die Entlohnung in der Pflege entsprechend zu steigern. Vielmehr wird der Status auf niedrigem Niveau zementiert. Zumindest werden durch diese Regelungen wohlmeinende Träger nicht davon abgehalten, Tarifverträge zu schließen und ihre Mitarbeitenden angemessen und gut zu entlohnen. Also auch hier die Zementierung des Status Quo.

Änderungsantrag 6

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege

§ 88a

Der AWO Bundesverband 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).

Änderungsvorschlag

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 sozialen Kurzzeitpflege

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) 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 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 wird im ambulanten Setting eine Flexibilisierung der Leistungen benötigt, um passgenauer die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen erfüllen zu können, 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

Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 113c

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.

Die Umsetzung in § 113c SGB XI orientiert sich grundsätzlich 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“. Der AWO Bundesverband begrüßt, 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 Konzentrierten 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 jedoch herausgenommen, was nicht nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es allerdings aus Sicht des AWO Bundesverband diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen der Stellungnahme der BAGFW zur Konzeption der Roadmap eingebracht worden, aber leider unberücksichtigt geblieben. So ist z.B. nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzausbildungen 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?

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, 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 Verbände 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.

Der AWO Bundesverband spricht sich 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. Der AWO Bundesverband hofft indes, dass die Mehrpersonalisierung schnell erreicht werden kann, weist 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. der 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 Sicht des AWO Bundesverband auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Außerdem muss mit weiteren Maßnahmen sichergestellt werden, 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 Roadmap 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 in das Belieben der Landesrahmenvertragspartner gestellt werden. Das Ziel muss sein 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. notwendige 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, mitbehandelt und konkretisiert 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. Der AWO Bundesverband regt 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. 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“.

Änderungsvorschlag

§ 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.“

§ 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 vereinbarenden 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.“

§ 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.**“

§ 113c Absatz 5 SGB XI:

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

Änderungsantrag 8

Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 40 Abs. 6 und 7

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. Der AWO Bundesverband begrüßt dies. 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. Der AWO Bundesverband hält 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 Pflegehilfsmitteln 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 hält der AWO Bundesverband 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 stimmt der AWO Bundesverband zu. In den Änderungsanträgen der Kabinettsfassung wurde die Prüfung der Qualifikation durch den GKV-SV durch die Prüfung der „Eignung“ der Pflegefachkraft ersetzt. Dies ist aus Sicht des AWO Bundesverband nicht nachvollziehbar, 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.

Der AWO Bundesverband regt darüber hinaus an, diese Regelungen auch auf die vollstationäre Pflege auszuweiten.

Änderungsvorschlag

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

Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzentrierten 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 Arbeiterwohlfahrt 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 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 der Entlastung der Pflegekräfte, kann aber einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen leisten.

Änderungsantrag 11

Weiterentwicklung der Qualität

§ 8 Absatz 4

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

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, lehnt der AWO Bundesverband 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.

Änderungsvorschlag

§ 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 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 wird. Dies ist in § 114c Absatz 3 zu regeln.

Änderungsvorschlag

§114c Absatz 3

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 berichten 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 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 bestehenden Rechtsweggarantie. Unklar bleibt hingegen, wer klagebefugt ist.

Änderungsvorschläge:

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

Weitergehende Änderungsbedarfe:

Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

§ 113a

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

Erlöschen der Leistungsansprüche

§ 35

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 AWO Bundesverband. 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 von Kostenerstattungsansprüchen

§ 7b

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

Der AWO Bundesverband 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 Hilfe-Mix 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 des AWO Bundesverbandes 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 und je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden können. 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 vom AWO Bundesverband 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 des AWO Bundesverband 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.

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.

Änderungsvorschlag

Der AWO Bundesverband schlägt für die Förderung der regionalen Netzwerke folgende gesetzliche Formulierung vor:

Absatz 9 Satz 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 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.

Änderungsantrag 18

Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege

§ 36

Der AWO Bundesverband begrüßt, dass die Leistungsbeträge für die ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI angehoben werden sollen. Angedacht ist eine Anhebung von jeweils fünf Prozent. Diese fünf Prozent 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 fünf 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 verwundert es sehr, warum sich die Anhebung um fünf Prozent 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 setzt sich der AWO Bundesverband dafür ein, auch das Pflegegeld und die Leistungen der Verhinderungspflege anzuheben. Die pflegenden Angehörigen sind der größte Pflegedienst der Nation. Für sie erfolgen mit diesem Reformschritt keinerlei Leistungsverbesserungen. Dies ist nicht hinnehmbar.

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. Der AWO Bundesverband fordert, dass auch der

Leistungssatz für die Verhinderungspflege um zehn 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 der AWO Bundesverband die Erhöhung der Leistungen der Kurzzeitpflege um zehn 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.

Artikel 9a (Änderungen im PfIBG):

Änderungsantrag 19

Änderung des Pflegeberufgesetzes

Der AWO Bundesverband begrüßt die in den Änderungsanträgen des GVWG vorgeschlagenen Anpassungen des Pflegeberufgesetzes, wonach sich die Regelungen zur Vermittlung von heilkundlichen Kompetenzen nach § 14 PfIBG, neben den Modellprojekten nach § 63 Abs. 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 Abs. 3c SGB V bestehen können.

Änderungsvorschlag

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 Abs. 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 Ausbildungsoffensive 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 PfIBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgte, diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen, nach wie vor über die Pflegesätze geltend gemacht werden 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 Verbände der freien Wohlfahrtspflege bereits in mehreren Stellungnahmen die Streichung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden, auch für das 2. und 3. Ausbildungsjahr gefordert.

Nach Auffassung des AWO Bundesverband sind Auszubildende in den Pflegeberufen in erster Linie Lernende, die in den Einrichtungen unter ständiger Begleitung und Aufsicht durch Pflegefachkräfte theoretische und praktische Kompetenzen erwerben und vertiefen.

Es ist daher nur von einer geringfügigen Wertschöpfung auszugehen. Die Anrechnung auf den Personalschlüssel ist aus unserer Ansicht somit nicht gerechtfertigt. 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 AltPfIBG und KrPfIBG noch der Fall war, ist daher praktisch nicht mehr möglich.

Weitere Änderungsbedarfe:

Verlängerung des Corona-Schutzschirms für Pflegeeinrichtungen nach § 150

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 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 der AWO Bundesverband 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 Corona-Schutzschirms für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

1. 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 Corona- bedingte Minderbelegung zu erhalten, bis Jahresende zu verlängern.

Änderungsvorschlag

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

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

2. 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 Ausgleich von Corona-bedingten Mehrkosten bzw. Mindereinnahmen durch 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 Corona-bedingter Mehraufwände lediglich die Fortführung eines seit September 2020 gewährten Hygienezuschlags (stationär 8 €/ ambulant 6 €). Die Höhe des Hygienezuschlags 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 Corona-bedingten 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 Einnahmehinbußen 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.

Die erheblichen Umsetzungsprobleme zeigen, dass es notwendig ist, die im GPVG vorgesehenen Einzelverhandlungen mit weiteren Maßnahmen zu stützen. Zur Unterstützung der vorgesehenen 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 Corona-bedingten Vergütungssatzanpassungen auf der Grundlage von § 111 Absatz 7 SGB V zu verhandeln, wurde bislang mit dem Verweis auf eine fehlende Rechtsgrundlage abgelehnt. Der AWO Bundesverband 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.