

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)347(13)
gel VB zur öffent Anh am
07.06.2021 - ÄA GVWG
04.06.2021



Stellungnahme

zu den

Formulierungshilfen für Änderungsanträge

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

Ausschussdrucksache 19(14)320.1

7. Juni 2021

Vorbemerkung

Die vorliegenden Änderungsanträge zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) zielen darauf, eine umfassende Pflegereform nunmehr in Teilen und unter großem Zeitdruck umzusetzen. Angesichts der Bedeutung des Vorhabens wäre ein eigenständiges Gesetzgebungsverfahren, in dem eine langfristige und nachhaltige Lösung hätte gefunden werden können, vorzuzugswürdig gewesen. Das jetzige Vorhaben wird den Reformbedarf eher verstärken und ermöglicht keine langfristige Lösung:

- Mit dem Vorhaben werden Leistungen ausgeweitet und zusätzliche Kostenbelastungen für die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler begründet. Dabei fehlt eine nachhaltige Finanzierung. Mehrausgaben von 3,14 Milliarden Euro nach Schätzungen des BMG stehen nur ein Steuerzuschuss von 1 Milliarde Euro und Beitragsmehreinnahmen von 400 Millionen Euro infolge der Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte gegenüber. Es besteht schon jetzt eine Finanzlücke von etwa 1,8 Milliarden Euro.
- Die Einführung eines dauerhaften Steuerzuschusses zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist grundsätzlich kritisch zu sehen. Eine Steuerfinanzierung ist keine Lösung für das demografische Problem. Sie erzeugt eine kurzfristige Illusion von Finanzierungssicherheit und macht die Pflege vom Bundeshaushalt abhängig, wo sie mit anderen Staatszielen konkurriert. Zudem benachteiligt ein Steuerzuschuss zur SPV in verfassungsrechtlich fragwürdiger Weise die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV).
- Bedauerlich ist, dass Ansätze für eine zukunfts- und generationengerechte Stärkung der privaten Vorsorge aufgegeben wurden. Zur langfristigen und zukunftsfesten Sicherung der Pflege muss stärker auf private Pflegevorsorge abgestellt werden. Die Förderung privater und betrieblicher Pflegezusatzversicherungen sollten daher auf jeden Fall Bestandteil einer Pflegereform sein.

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 1

1. Artikel 1 Nummer 13a und 39a (Übergangspflege im Krankenhaus und Verträge über Erbringung und Vergütung von Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus)

Vorgeschlagene Regelung

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung.

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

Bewertung

Die Übergangspflege im Krankenhaus sollte als Annex zur akut-stationären Krankenhausbehandlung statt im SGB V im KHG/KHEntgG verortet werden. Es sollten hierbei auch die Versicherten der Privaten Krankenversicherung berücksichtigt werden. Die Verträge gemäß § 132m Satz 1 SGB V-E zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern sollten einheitlich für alle Benutzer des Krankenhauses gelten.

2. Artikel 1 Nummer 18a (KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen)

Vorgeschlagene Regelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V durchführen. Im Rahmen dieser Modellvorhaben sollen ärztliche Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes übertragen werden. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen bis zum 31. März 2022 die Einzelheiten in einem Rahmenvertrag festlegen.

Bewertung

Der PKV-Verband spricht sich dafür aus, dass vergleichbare Modellvorhaben auch für die Versorgung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ermöglicht werden. Deshalb sollte den privaten Krankenversicherungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Option auf die Vereinbarung solcher Versorgungsmodelle eingeräumt werden. Es könnte z. B. ein Beitrittsrecht zum Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 vorgesehen werden.

Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

I. Änderungsantrag 3

Artikel 2 Nummer 0, 1a, 4 und 5 (Gegenfinanzierung)

Vorgeschlagene Regelung

Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird um 0,1 Beitragssatzpunkte auf 0,35 Beitragssatzpunkte erhöht. Dies soll dem Ziel dienen, der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005, dem Jahr der Einführung des Beitragszuschlags für Kinderlose, wieder besser zu entsprechen und einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen zu leisten.

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) erhält ab dem Jahr 2022 einen jährlichen Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro als pauschale Beteiligung an ihren Aufwendungen.

Bewertung

Die Zahlung eines jährlichen Bundeszuschusses an die SPV legt die Mängel und Probleme der Finanzierung der SPV im Umlageverfahren offen. Diese Art der Finanzierung ist weder nachhaltig noch solide oder generationengerecht. Der Finanzierungsbedarf wird in den kommenden Jahren steigen.

Der Zuschuss ist in den Änderungsanträgen als pauschale Beteiligung des Bundes an den Kosten der Pflegeversicherung ausgestaltet. Eine Verknüpfung mit Sachzwecken wie der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, wie der ursprünglich geplanten Regelung zur Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge der pflegenden Angehörigen, ist entfallen. Mit dem pauschalen Zuschuss an die SPV, der nicht an einen Sachgrund geknüpft wird, wird eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung zu Lasten der PPV begründet, die dieselben Leistungen wie die SPV ohne Steuermittel erbringt.

Für privat Pflegeversicherte bedeutet ein Steuerzuschuss zudem folgende weitere Ungleichbehandlung: Sie finanzieren durch ihre Versicherungsbeiträge die Leistungen der PPV selbst, d. h. ohne Steuerzuschüsse. Gleichzeitig tragen sie in Zukunft mit den von ihnen gezahlten Steuern zum Bundeszuschuss bei und finanzieren so noch zusätzlich die Leistungen für Versicherte der SPV mit.

Zusätzlicher Vorschlag

Die SPV hat 2020 einen Bundeszuschuss in Höhe von 1,8 Milliarden Euro zur finanziellen Stabilisierung erhalten, u.a. als Ausgleich der Zusatzkosten für den Corona-Rettungsschirm, und ihr werden voraussichtlich weitere pandemiebedingte Kosten erstattet. Die PPV hat hingegen bis jetzt ihre anteilmäßigen Kosten an dem Corona-Rettungsschirm getragen und dafür keine Erstattung erhalten. Ihr soll lediglich das Recht eingeräumt werden, einen außerordentlichen befristeten Beitragszuschlag bei den Versicherten zu erheben (Änderungsantrag 12 auf der Ausschussdrucksache 19(14)310 vom 19.3.2021). Gerechter wäre es aber, die Versicherten der PPV, die den Bundeszuschuss für die SPV durch ihre Steuerzahlungen mitfinanzieren, ebenfalls von Zusatzbelastungen durch die Pandemie zu entlasten. Um diese nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung zu beseitigen, sollte in § 153 SGB XI folgender neuer Satz 2 eingefügt werden:

„Pandemiebedingte Kosten, die der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 150 Abs. 2, Abs. 4 Satz 1 - 4 und Abs. 5a Satz 1 - 4 SGB XI entstanden sind, und durch den Bund gemäß Satz 1 erstattet werden, lösen nicht die Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 7 Prozent an diesen Kosten gem. § 150 Abs. 4 Satz 5 - 8, Abs. 5a Satz 5 SGB XI und § 7 Abs. 2 S. 3 Coronavirus-Testverordnung aus.“

II. Änderungsantrag 4

Artikel 2 Nummern 0, 1a, 4 und 5 (Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege)

Vorgeschlagene Regelungen

Der pflegebedingte Eigenanteil wird bei vollstationärer Pflege wie folgt begrenzt: Im ersten Jahr erhalten pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent, im zweiten Jahr in Höhe von 25 Prozent, im dritten Jahr in Höhe von 45 Prozent und im vierten Jahr in Höhe von 70 Prozent. Die Regelung soll auch dazu dienen, „das Ausmaß der Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe“ zu verringern.

Bewertung

Diese Regelung allein hätte laut Schätzung des Arbeitsentwurfs vom März 2021 unmittelbar eine massive Leistungsausweitung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Höhe von 2,5 Milliarden Euro zur Folge und würde die demografische Hypothek der Sozialversicherung im demografischen Wandel massiv erhöhen, ohne dass es hierfür eine sozialpolitisch fundierte Begründung gäbe. Es ist nicht belegt, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten zu immer mehr Sozialfällen führen.

Der Änderungsantrag würde keinen sozialpolitischen Beitrag zur Armutsvermeidung im Alter leisten, sondern vielmehr die Vermögens- und Einkommensressourcen der Mittel- und Oberschicht schonen. Gerade angesichts der aktuellen Pandemie- und Wirtschaftskrise sollten andere Prioritäten gesetzt werden. Um die Pflege in Deutschland finanziell langfristig zu sichern, muss im Sinne der Generatio-

nengerechtigkeit viel umfänglicher auf die private Pflegevorsorge gesetzt werden. So sollte die steuerliche Förderung privater Pflegezusatzversicherungen geregelt werden. Die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung sollte durch eine höhere Zulagenförderung stärker unterstützt werden. Außerdem sollten steuerliche Erleichterungen für betriebliche Pflegezusatzversicherungen vorgesehen werden, um sie für Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichermaßen attraktiv zu machen. Dies würde einen großen Beitrag zur Eigenvorsorge leisten.

Würde § 43c SGB XI dennoch eingeführt werden, müsste hilfsweise eine Regelung ergänzt werden, die die Beteiligung der Beihilfe regelt, damit der Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil nicht in voller Höhe von der gesetzlichen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Ansonsten würde sich die finanzielle Belastung der Pflegeversicherung nochmals deutlich erhöhen. Daher müsste in § 28 Abs. 1 folgende Nummer 9b ergänzt werden:

„9b. Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils (§ 43c),“

III. Änderungsantrag 5

Artikel 2 Nummern 6 bis 10 (Tarifliche Entlohnung; Konzertierte Aktion Pflege)

Vorgeschlagene Regelungen

Ab dem 1. September 2022 dürfen Pflegeeinrichtungen nur zugelassen sein, wenn sie bezüglich der Entlohnung der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich an einen Tarifvertrag oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind. Ist dies nicht der Fall, gelten die diesbezüglichen Zulassungsvoraussetzungen auch dann als erfüllt, wenn die Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich mindestens eine Entlohnung in der Höhe eines anwendbaren Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zahlen.

Bewertung

Eine angemessene Entlohnung der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich trägt zu attraktiven Arbeitsbedingungen im Berufsfeld Pflege bei. Eine Regelung von Entlohnungsfragen sollte allerdings den Sozialpartnern bzw. den Parteien der Arbeitsverträge überlassen bleiben. Die vorgeschlagenen bundesgesetzlichen Zwangsvorgaben einer Tarifbindung verkennen auch die tatsächlichen Lohnverbesserungen, die ohne dieses Instrument erreicht worden sind, und gehen an den vielfältigen Ursachen des Pflegekräftemangels vorbei. Laut Destatis stiegen die Bruttomonatsverdienste von Fachkräften in Altenheimen seit 2010 um 32,8 Prozent und von Fachkräften in Pflegeheimen sogar um 38,6 Prozent. Dies ist ein deutlich stärkerer Anstieg als in der Gesamtwirtschaft (Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungen) mit nur 21,2 Prozent.

Zwangsvorgaben einer Tarifbindung gefährden zudem regionale Pflegeinfrastrukturen, indem sie die regional differenzierte Lohnfindung abschaffen und je nach Region zu drastischen Anstiegen der Eigenanteile führen. Die pflegerische Versorgung könnte durch diese Zulassungsvoraussetzung gefährdet werden.

IV. Änderungsantrag 7

Artikel 2 Nummern 0, 0a, 4 bis 6 (Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens; Konzertierte Aktion Pflege)

Vorgeschlagene Regelungen

Zum 1. Juli 2023 wird ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage hierfür sind die Ergebnisse eines Projektes zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM). Die Umsetzung soll durch eine Empfehlung der Pflege-Selbstverwaltung konkretisiert werden. Eine Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI ist zudem erforderlich. In das allgemeine Vertragsrecht werden die bisherigen Sonderregelungen zur Finanzierung der zusätzlichen 13.000 Pflegefachkraftstellen sowie 20.000 Pflegehilfskraftstellen integriert. Eine weitere Anpassung der Personalanhaltswerte soll zum 1. Januar 2025 durch das BMG geprüft werden.

Bewertung

Zu Nummer 6 Absatz 1 und 2

Die notwendigen Umsetzungsschritte für das Personalbemessungsverfahren wurden in einer Roadmap festgehalten. Das dadurch sichergestellte strukturierte Vorgehen ist sinnvoll.

Allerdings hätte die gesetzliche Umsetzung durch die Einführung des § 113c SGB XI weitreichende Folgen, weil die Änderung der Personalausstattung mit einer Erhöhung der Personalkosten einhergehen dürfte. Dies wiederum zieht eine Erhöhung der Pflegesätze nach sich, die die beabsichtigte Finanzierung des Zuschlags zum pflegebedingten Eigenanteil durch die Pflegeversicherung noch zusätzlich erhöht. Eine solche Regelung sollte nicht übereilt getroffen werden. Die Regelung wird im Zweifel zu einer erheblichen Belastung der Pflegebedürftigen führen. Hier wäre es notwendig gewesen, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Kostenstruktur in den Einrichtungen gemeinsam in den Blick zu nehmen und jetzt schon für eine ausreichende Gegenfinanzierung zu sorgen.

Zu Absatz 5

Mit der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens zum 1. Juli 2023 erfolgt mit Ablauf einer Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2025 die Integration der bisherigen zusätzlichen Personalausstattung (13.000 Pflegefachkraftstellen, 20.000 Pflegehilfskraftstellen) in das allgemeine Vertragsrecht. Gleiches muss – wie auch in der Roadmap zur Umsetzung unter Punkt 5 beschrieben – für die Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI gelten.

Dennoch ist es umgehend erforderlich, das mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zum 1. Januar 2019 eingeführte Finanzierungsverfahren der 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen in Pflegeheimen zu ändern. Dieses Verfahren sieht jährliche Vorabzahlungen der GKV in Höhe von 640 Millionen Euro und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) in Höhe von 44 Millionen Euro (wobei keine Beteiligung der Beihilfe vorgesehen ist) an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung vor. Laut Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wurden im Jahr 2019 von den durch die PPV eingezahlten 44

Millionen Euro nur rund 1,2 Millionen Euro für den gesetzlich vorgesehenen Zweck aufgewendet und im Jahr 2020 nur rund 9,1 Millionen Euro von weiteren 44 Millionen Euro. Dies hat auch der Bundesrechnungshof-Bericht für den Bundestag vom 11. März 2021 beanstandet. Das Finanzierungsverfahren wurde in dem Bericht deutlich kritisiert.

Wir teilen die Kritik des Bundesrechnungshofes (BRH) und befürworten dessen Lösungsvorschlag, die „anteilige“ Rückzahlung der bisher nicht abgerufenen Fördergelder an die GKV und PPV vorzunehmen. Dies sollte insbesondere erfolgen, um die Versicherten zu entlasten. Die Finanzierung der Mittel hat spürbare Auswirkungen auf die Höhe der Beiträge zur PPV, ohne dass deren Versicherten einen Vorteil haben. Denn anders als in der SPV, wo die vom BRH befürchtete Zweckentfremdung der „Ausgabenreste“ für allgemeine Leistungsausgaben doch immerhin deren Versicherten zu Gute kommen, sind diese Zahlungen für die PPV und ihre Versicherten dadurch, dass sie im Ausgleichsfonds der SPV liegen, derzeit nicht zugänglich. Die Forderung nach Rückgabe stellt sich für die PPV daher noch dringender als für die SPV.

In § 8 Abs. 9 SGB XI sollte hierzu eingefügt werden, dass gezahlte, aber nicht verbrauchte Mittel zurückzuzahlen oder zu verrechnen sind. Solange das Förderprogramm noch läuft, sollte zudem zumindest für die PPV gesetzlich geregelt werden, dass die Zahlungen zukünftig nachschüssig an den Ausgleichsfonds gezahlt werden. Überzahlungen würden dadurch von vornherein vermieden. Zur Klarstellung sei noch darauf hingewiesen, dass eine Verwendung der aktuell nicht benötigten Fördermittel der PPV zur Mitfinanzierung von Leistungsausgaben der SPV gesetzlich nicht zulässig ist (Zweckbindung).

Auch wenn das Förderprogramm zum 31. Dezember 2025 ausläuft, lohnt es sich, für die verbleibende Zeit auf eine Finanzierung über einen Vergütungszuschlag umzustellen. Entsprechende Vergütungszuschläge werden bereits für die Finanzierung der zusätzlichen Betreuung und der zusätzlichen Pflegehilfskräfte (§§ 84 und 85 SGB XI) vereinbart und durch die Pflegeversicherung gezahlt. Dies würde zu einer Vereinheitlichung der Regelungen und Finanzierungsverfahren für zusätzliches Personal führen. Durch eine Finanzierung über Zuschläge kann auch eine Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher über die wirklichen Kosten der Pflege und Betreuung erreicht werden, auch wenn eine Finanzierung durch die Pflegeversicherung oder andere Kostenträger (Beihilfe) erfolgt. Zudem könnte durch eine Umstellung der bürokratische Aufwand, der hier auch durch den GKV-Spitzenverband und durch die Verbände der Leistungserbringer kritisiert wird, reduziert werden.

Hierzu sollte in § 84 SGB XI eine neue Regelung über einen „Vergütungszuschlag für die zusätzliche Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ getroffen werden, die sich an die Zuschläge nach § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI anlehnt. Zusätzlich wäre die Zuständigkeit zur Vereinbarung der Zuschläge entsprechend der bisherigen Förderkriterien in § 85 SGB XI aufzunehmen.

V. Änderungsantrag 8

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

Vorgeschlagene Regelungen

Der neu eingefügte § 40 Abs. 6 SGB XI ermöglicht Pflegefachkräften, im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflege-)Hilfsmittel zu empfehlen, deren Notwendigkeit unter bestimmten Voraussetzungen vermutet wird.

Bewertung

Eine eigene Verordnungsbefugnis von Pflegefachkräften ist in dem dargestellten Zusammenhang nicht erforderlich. Soweit sie der Beschleunigung und Vereinfachung der Hilfsmittelgewährung dienen soll, wird dies bereits durch die vor kurzem durch das GPVG eingeführte Regelung des § 40 Abs. 6 SGB XI erreicht. Eine Verordnungskompetenz der Pflegefachkräfte, die Leistungen nach § 36 oder § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, führt zu einem Konflikt zwischen der Tätigkeit als Leistungserbringer und der eines unabhängigen Dritten, dessen Empfehlung durch die vermutete Notwendigkeit die Pflegeversicherung als Kostenträger stark bindet. Zudem ist die Verordnungskompetenz mit der Neutralität eines Pflegeberaters, der den Pflegebedürftigen berät und unterstützt, aber keine Leistungen bewilligt, unvereinbar. Um diese Konflikte zu vermeiden, sollte es bei dem bewährten Verfahren, der Empfehlung der (Pflege-) Hilfsmittel durch Gutachter des Medizinischen Dienstes und von MEDICPROOF, bleiben.

VI. Änderungsantrag 16

Artikel 2 Nummer 30 (Stärkung regionaler Netzwerke)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Höhe der zur Verfügung stehenden Fördermittel werden von 10 Millionen auf 20 Millionen Euro jährlich verdoppelt. Zudem wird eine Übertragung nicht verbrauchter Fördermittel in das nächste Kalenderjahr vorgesehen. Zur Schaffung von Transparenz und zur Förderung des Austausches erfolgt eine Veröffentlichung der geförderten Netzwerke.

Bewertung

Die Erhöhung der Fördermittel entspricht der Nationalen Demenzstrategie, die von der PKV mitgetragen wird. Die Möglichkeit der Veröffentlichung der geförderten Netzwerke sollte neben den Landesverbänden der Pflegekassen auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eingeräumt werden. Hierzu sollte im bisherigen Satz 5 die Angabe „4“ durch die Angabe „7“ ersetzt werden.

VII. Änderungsantrag 18

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

Vorgeschlagene Regelung

Ab dem 1. Januar 2022 werden die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 5 Prozent und der Höchstleistungsbetrag für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben. Dadurch sollen die Zahlung nach Tariflohn und die geplanten Verbesserungen der Vergütung für Kurzzeitpflege ausgeglichen werden.

Bewertung

Anstatt die Leistungsansprüche der Pflegeversicherung weiter zu erhöhen und bei der Gegenfinanzierung auf einen Bundeszuschuss zu setzen, sollten verstärkt Elemente der Eigenvorsorge gefördert werden. Nur so kann auch langfristig eine verlässliche Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung erreicht werden. Hinsichtlich möglicher Ansätze zur Stärkung der Eigenvorsorge wird auf die Ausführungen zur Bewertung von Änderungsantrag 4 verwiesen.