

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.06.2021

**zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU
und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
Ausschussdrucksache 19(14)320.1
Stand: 02.06.2021**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen	9
Änderungsantrag 1 Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	9
a) § 37 Abs. 2a – Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege	9
b) § 37 Abs. 8 bis 10 – Erweiterung der Handlungskompetenzen qualifizierter Pflegefachpersonen im Rahmen der Durchführung der häuslichen Krankenpflege.....	10
§ 39e – Übergangspflege im Krankenhaus	13
aa) § 87 Abs. 1 – Anpassung der Verordnungsmuster an die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen	15
§ 132m – Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	16
Änderungsantrag 2 Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	17
§ 25 – Familienversicherung	17
Änderungsantrag 3 Artikel 2 (Gegenfinanzierung) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)	18
§ 55 – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	18
§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	19
Änderungsantrag 4 Artikel 2 Nummer 0, 1a, 4 und 5 (Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)	21
§ 43c – Begrenzung Eigenanteile	21
Änderungsantrag 5 Zu Artikel 2 Nummer 4 bis 10 (Tarifliche Entlohnung – Konzertierte Aktion Pflege) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten).....	23
§§ 72, 82c, 84 – Tarifliche Entlohnung, Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen, Bemessungsgrundsätze	23
Änderungsantrag 6 Artikel 2 Nummer 0 und 4 (Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege	27
§ 88a– Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege	27
Änderungsantrag 7 Artikel 2 (0, 0a, 4 bis 6 (Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege))) und Artikel 16 Nummer (Inkrafttreten).....	29
§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	29
Änderungsantrag 8 Artikel 2 (Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)).....	32
§ 40 Absatz 6 und 7 SGB XI	32
Änderungsantrag 9 Artikel 2 (Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzertierten Aktion Pflege).....	34

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	34
Änderungsantrag 10 Artikel 2 Nummer 4 und 5 (Vereinfachungen und Klarstellungen in der ambulanten Pflege).....	35
§ 89 – Grundsätze für die Vergütungsregelung.....	35
Änderungsantrag 11 Artikel 2 (Weiterentwicklung Qualität)	36
§ 113 – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität 36	
Änderungsantrag 12 Zu Artikel 2 Nummer 4 bis 6 (Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste).....	38
§ 112a – (Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste).....	38
Änderungsantrag 14 Artikel 2 (Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen)	39
§ 35 – Erlöschen der Leistungsansprüche	39
Änderungsantrag 15 Artikel 2	40
§ 7b – Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine.....	40
Änderungsantrag 17 Artikel 2 (Rechtstechnische Anpassungen).....	42
§§ 44 Absatz 2 und 44a Absatz 4 – Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen	42
Änderungsantrag 18 Artikel 2 Nummer 1a und 1b (Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege) und Artikel 16 (Inkrafttreten).....	43
§§ 36 und 42 – Pflegesachleistung und Kurzzeitpflege	43
Änderungsantrag 20.....	45
Zu Artikel 1 Nummer 52a (§ 221a – Ergänzender Bundeszuschuss 2022 an den Gesundheitsfonds).....	45
Zu Artikel 1 Nummer 61a (§ 272a – Entnahme aus Liquiditätsreserve).....	48

I. Vorbemerkung

Pflegereform und Änderungsanträge

Die Reform der sozialen Pflegeversicherung ist eine der am drängendsten sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben. Die mit den Änderungsanträgen vorgesehene Begrenzung der Eigenanteile und bessere Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege sowie die Einführung eines dauerhaften Bundeszuschusses sind für die Heimbewohner, die Beschäftigten und die soziale Pflegeversicherung wichtige erste, aber längst nicht ausreichende Verbesserungen. Eine umfassende Pflegereform mit einer nachhaltigen Pflegefinanzierung sieht anders aus. Mit den jetzt vorliegenden Änderungsanträgen ist klar, dass die nächste Bundesregierung eine Reformbaustelle gewaltigen Ausmaßes erben wird.

Wesentliche Reformthemen, wie z. B.

- Finanzierung der Pflegeinfrastruktur,
- mehr Hilfen zum Erhalt der familiären Pflegekapazitäten, lineare Anpassung,
- Gestaltung besserer Rahmenbedingungen für Pflegekräfte,
- langfristig wirkende Finanzierung der Absicherung des Pflegerisikos,
- erweiterter Bundeszuschuss,

finden sich nicht in den Änderungsanträgen wieder.

Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

Die jetzt mit den vorliegenden Änderungsanträgen vorgesehenen Maßnahmen spitzen die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung weiter zu und könnten bereits 2022 zu einer Beitragssatzerhöhung führen. Es ist unverständlich, dass die lange vorgesehene Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige wieder gestrichen wurde. Das wäre eine echte, dauerhafte und sinnvolle Entlastung der sozialen Pflegeversicherung von jährlich rd. 3 Mrd. Euro gewesen. Es wäre zudem insgesamt angezeigt gewesen, dass der Bund sämtliche Beiträge zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen übernimmt. Stattdessen soll es einen Steuerzuschuss von lediglich 1 Mrd. Euro geben. Nach ersten vorsichtigen Schätzungen erwartet der GKV-Spitzenverband im nächsten Jahr trotz der angekündigten Beitragserhöhung für Kinderlose ein Defizit in Höhe von über 2 Mrd. Euro.

Eine pauschale Beteiligung in Höhe von 1 Mrd. Euro entspricht weder den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung für versicherungsfremde Leistungen noch wird der notwendige

Finanzbedarf für die Leistungsansprüche in den nächsten Jahren ausgeglichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb im Verlauf der Verhandlungen zu einer Pflegereform die Gegenfinanzierung immer weiter gekürzt wurde. Während im Arbeitspapier vom 15.03.2021 noch ein Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Höhe von 2,5 Mrd. Euro mit einer jährlichen Dynamisierung in Höhe der monatlichen Bezugsgröße sowie die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger vorgesehen war, wurde zuerst der Bundeszuschuss gekürzt und final noch die Erstattung der Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger aus dem Bundeshaushalt gestrichen. Von den ursprünglich vorgesehenen über 5 Mrd. Euro jährlicher Bundesmittel verbleiben demnach nur noch 1 Mrd. Euro, während die Aufwendungen der Pflegekassen für die Rentenversicherungsbeiträge geblieben sind.

Mit der geplanten Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose wird dieser an die Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr der Einführung des Zuschlags angepasst. Die Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragspunkte zum 01.01.2022 ist somit als teilweiser Finanzierungsbeitrag zur zeitgleich eingeführten Beteiligung der SPV an den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen nachvollziehbar.

Entlastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

Es ist vorgesehen, durch eine gestaffelte Beteiligung der Pflegeversicherung an den pflegebedingten Eigenanteilen zukünftig eine gestufte Entlastung der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zu ermöglichen. Die finanzielle Entlastung pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen ist dringend erforderlich. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege sind zwischen 2017 und 2020 durchschnittlich um insgesamt mehr als 50 % (01.01.2017: 548 Euro, 01.01.2021: 831 Euro monatlich) gestiegen. Allerdings gleicht die vorgesehene Entlastung der Pflegebedürftigen, insbesondere für diejenigen, die weniger als ein Jahr in einer vollstationären Pflegeeinrichtung betreut werden, weder die Eigenanteilssteigerungen der letzten vier Jahre aus, noch berücksichtigt sie die zukünftigen Steigerungen aufgrund tariflicher Entlohnung und Personalbemessung. Sie fällt auch geringer aus, als die Entlastung in Folge einer Dynamisierung der Leistungsbeträge in Höhe von 5 % zum Ausgleich der Inflation der letzten vier Jahre gewesen wäre. Es ist zusätzlich mit einer nennenswerten weiteren Erhöhung der Pflegesätze infolge der vorgesehenen Tarifbindung und der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zu rechnen, die noch über der Steigerungsrate der zurückliegenden Jahre liegen dürfte.

Eine finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen ist ebenso bei den Investitionskosten erforderlich. Der ursprünglich mit der Reform vorgesehene verbindliche monatliche Zuschuss der

Länder zu den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen in Höhe von 100 Euro je vollstationär versorgtem Pflegebedürftigen wurde ersatzlos gestrichen. Die Länder sind für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Sie müssen der ihnen übertragenen Finanzierungsverantwortung nun endlich entsprechend den gesetzlichen Anforderungen nachkommen. Diese Verpflichtung der Länder gilt unabhängig von weiteren Reformmaßnahmen zur Entlastung der Pflegebedürftigen.

Keine Ausreichende Gegenfinanzierung der Reformmaßnahmen

Ein wesentlicher Teil der Gegenfinanzierung soll aus dem teilweisen Verzicht auf die Dynamisierung der Leistungsbeträge gemäß § 30 SGB XI erfolgen. Das BMG beziffert diese Einsparungen auf jährlich 1,8 Mrd. Euro im Zeitraum 2021 bis 2025. Hierzu muss festgehalten werden, dass diese Dynamisierung bisher nicht gegenfinanziert war und ebenfalls zu Beitragssatzsteigerungen geführt hätte. Ein Verzicht auf die Dynamisierung setzt somit keine Finanzmittel frei, die für eine Refinanzierung der Reformmaßnahmen eingesetzt werden könnten.

Auch bei der Betrachtung der einzelnen Kostenangaben weichen die Berechnung des GKV-Spitzenverbandes von denen des BMG zum Teil ab. So liegen nach unserer Schätzung die Kosten für die Beteiligung an den Eigenanteilen vollstationär inkl. Tarif in 2022 ca. 0,3 Mrd. Euro höher als die des BMG.

Insgesamt wird für 2021 Bedarf an einem Bundeszuschuss in Höhe von über drei Milliarden Euro gesehen, um eine Beitragssatzanhebung in 2022 zu vermeiden. Dies entspricht der Mehrbelastung, die die SPV durch die Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 hatte. Hierbei handelt es sich aber nur um eine kurzfristige Stabilisierung der Finanzlage. In 2023 müsste der allgemeine Beitragssatz angehoben werden.

Tarifbindung in der sozialen Pflegeversicherung

Der GKV-Spitzenverband spricht sich für eine angemessene Bezahlung und damit für verbesserte Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in der Pflege aus. Tarifverträge sind dabei ein wirksames Instrument. Die vorgesehenen Regelungen für mehr Tarifbindung in der Pflege konterkarieren jedoch diese Absicht, indem sie den Pflegekassen eine Kontrollfunktion zuweist, die darüber entscheiden soll, ob eine Bezahlung angemessen und daher in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigungsfähig ist oder eben nicht. Pflegekassen sind keine Tarifpartner und können deren Funktion nicht ersetzen. Ab dem 01.07.2022 soll die Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung entsprechend Tarif oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als Voraussetzung für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen gelten. Diese Regelung wird begrüßt.

Auf der anderen Seite sollen jedoch nur bestimmte Tarifverträge, die die jeweilige regionale durchschnittliche tarifliche Entlohnung nicht deutlich überschreiten, im Rahmen der Vergütungsvereinbarung als refinanzierbar gelten. Diese Trennung von Zulassungsvoraussetzung und Refinanzierbarkeit ist nicht nachvollziehbar. Die Regelung birgt ein hohes Konfliktpotenzial.

Übergangspflege im Krankenhaus

Die Übergangspflege im Krankenhaus soll als neue Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. Vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden Probleme beim Entlassmanagement und der Organisation von Anschlussversorgung besteht Handlungsbedarf, um die Situation der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die in diesem Änderungsantrag geschaffene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus führt aber in die falsche Richtung. Es besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten „künstlich“ hospitalisiert werden und wesentlich länger im Krankenhaus verweilen als nötig. Grundsätzlich sollte zuallererst die Umsetzung des Entlassmanagements in der Praxis gestärkt und damit der Erforderlichkeit von Übergangspflege entgegengewirkt werden.

Bundeszuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung

Zur Vermeidung eines erheblichen Anstiegs der Zusatzbeitragsätze der Krankenkassen zum Jahreswechsel 2021/2022 erhält der Gesundheitsfonds im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Mrd. Euro. Der ergänzende Bundeszuschuss fließt in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und mindert damit die Unterdeckung der Krankenkassen und stabilisiert das Zusatzbeitragsatzniveau im Jahr 2022. Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Änderungsantrag ausdrücklich. Es wird anerkannt, dass der Bund mit einem ergänzenden Bundeszuschuss die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Jahr 2022 stabilisieren und Arbeitgeber sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahler erheblich entlasten will. Ein stabiles Zusatzbeitragsatzniveau in der Krankenversicherung wird zugleich absehbar einen Beitrag zur konjunkturellen Erholung der Volkswirtschaft nach der Corona-Pandemie leisten können. Für die nachhaltige Finanzierung der GKV im Jahr 2022 ist entscheidend, dass die Festsetzung eines erhöhten Zahlbetrags des ergänzenden Bundeszuschusses zeitlich möglichst vor der bis zum 15.10. durchzuführenden Finanzprognose des Schätzerkreises erfolgt, mindestens aber vor der vom BMG bis spätestens 01.11. zu treffenden Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes. Vor diesem Hintergrund wird die Darlegung in der Begründung, wonach eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel erst im Oktober 2021 möglich sein werde, als problematisch und inhaltlich auch als unzutreffend bewertet. Die erforderliche Datenlage ist bereits im August verfügbar. Die Begründung sollte daher dringend angepasst werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.06.2021
zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Seite 8 von 48

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den Änderungsanträgen im Detail Stellung.

II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11a

a) § 37 Abs. 2a – Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Krankenversicherung soll sich ab dem 01.01.2022 an den Kosten für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu zahlen ist, beteiligen. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.

B) Stellungnahme

Seit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 leistet die GKV eine pauschale Abgeltung in Höhe von 640 Millionen Euro jährlich an die Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der politisch intendierten Schaffung von 13.000 neuen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die nach der Darstellung in der Begründung zum Änderungsantrag eine indirekte Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege bewirkt. Bekanntlich werden die von der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig bereitgestellten Beträge nicht vollständig für den vorgenannten Zweck abgerufen. Im Ergebnis zeigt diese Regelung, dass die Systematik einer zweckgebundenen, aber pauschalierten Bereitstellung von Finanzmitteln unabhängig von der tatsächlichen Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals nicht umsetzbar ist. Der nun vorgelegte Regelungsvorschlag löst diese Regelung daher zugunsten einer Pauschalfinanzierungsregelung als direkte Mitfinanzierung des Aufwands für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab. Dies kann vor dem Hintergrund der skizzierten Erfahrungen mit der aktuellen Regelung nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11a

b) § 37 Abs. 8 bis 10 – Erweiterung der Handlungskompetenzen qualifizierter Pflegefachpersonen im Rahmen der Durchführung der häuslichen Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll beauftragt werden, in der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege 12 Monate nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb des 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.

Die finanziellen Auswirkungen sowie die Auswirkungen auf die Versorgung sollen extern evaluiert werden. Hierzu haben die Krankenkassen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form zu erheben. Die Krankenkassen übermitteln diese Angaben an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten für den Zweck einer externen Evaluation kassenartenübergreifend zusammenführt. Drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA evaluieren der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungserbringenden unter Berücksichtigung der vom GKV-Spitzenverband zusammengeführten Daten der Krankenkassen die mit der Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte mit erweiterter Kompetenz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluation hat durch einen vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringenden gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die politisch intendierte Stärkung des Pflegeberufs auch durch die Übertragung zusätzlicher Kompetenzen im Versorgungsprozess. Nach seiner Einschätzung enthält das durch die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegte Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen eine Reihe von Leistungen, bei denen die Kompetenzen von Pflegefachkräften stärker in die Ausgestaltung des Versorgungsprozesses einbezogen werden sollten.

Bei den weit überwiegend im Rahmen der HKP-RL verordneten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich gemäß § 2 Abs. 1 der HKP-RL sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung um Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflege(fach)personen delegiert werden können. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt stellt demnach eine Indikation für eine ärztliche Behandlung, aus der sich notwendige behandlungspflegerische Maßnahmen ergeben, die die Patientinnen und Patienten in der Regel selbständig vornehmen können. Können diese Maßnahmen durch die oder den Versicherten nicht mehr eigenständig erbracht werden, entscheidet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über die Verordnung der notwendigen Maßnahmen als Leistungen der häuslichen Krankenpflege. D.h., die Maßnahmen werden über die ärztliche Verordnung an Pflegefachpersonal delegiert.

Daher sind die vorgesehenen Regelungen sachgerecht, wonach weiterhin eine ärztliche Verordnung erforderlich ist und der G-BA Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis verordnungsfähigen Maßnahmen zu bestimmen hat, in deren Bandbreite entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte selbst über die zu erbringenden Leistungen bestimmen können. Im Sinne der notwendigen interprofessionellen Zusammenarbeit ist auch der Regelungsauftrag an den G-BA, Vorgaben zur Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch den Leistungserbringenden über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes festzulegen, schlüssig. In der Begründung zum Änderungsantrag werden beispielhaft Leistungen genannt, bei denen Pflegefachkräften erweiterte Kompetenzen eingeräumt werden können, wie der Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, das An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes. Diese Beispiele sind als Orientierung für die Beratungen im G-BA nachvollziehbar und hilfreich. Sie verdeutlichen zugleich die Grenzen möglicher Kompetenzerweiterungen, insbesondere in Fallgestaltungen, in denen die Dauer und

Häufigkeit von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege unmittelbar vom ärztlichen Behandlungsplan abhängen (z. B. die Gabe von Medikamenten).

Aus den beabsichtigten Regelungen wird insgesamt die Intention deutlich, geeigneten Pflegefachkräften erweiterte Kompetenzen ausschließlich in Bezug auf die Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Erbringung bestimmter Leistungen einzuräumen.

Die Auswirkungen der erweiterten Kompetenzen von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität sollen evaluiert werden. Dies ist sachgerecht. Die vorgesehene Regelung in Absatz 10, wonach die Evaluation 3 Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen des G-BA erfolgen soll, ist grundsätzlich sinnvoll, da sich die Evaluation auf einen Zeitraum beziehen muss, in dem die neuen Regelungen bereits in der Praxis umgesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13a

§ 39e – Übergangspflege im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V wird als neue Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sofern unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden können, hat die Patientin oder der Patient Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege durch die Krankenkasse. Diese hat in dem Krankenhaus stattzufinden, in dem die Behandlung erfolgt ist. Sie ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht und umfasst die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für höchstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege (beispielsweise Nachsorgebedarf, fehlende Anschlussversorgung) ist vom Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser einheitlich und nachprüfbar zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden Probleme beim Entlassmanagement und der Organisation von Anschlussversorgung besteht Handlungsbedarf, um die Situation der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die in diesem Änderungsantrag geschaffene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus führt aber in die falsche Richtung. Der GKV-Spitzenverband sieht grundsätzlich einen Bedarf, die Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung, zum Beispiel bei einer fehlenden Anschlussversorgung, zu verbessern. Dem Anspruch, eine notwendige und ausgewogene Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung nach einem Krankenhausaufenthalt zu schaffen, wird der Änderungsantrag in der Schlussphase eines Gesetzgebungsprozesses im Schnellverfahren jedoch nicht gerecht. Hier bedarf es einer breiteren, parlamentarischen Debatte, die nicht isoliert einen Sozialleistungsbereich und innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen einzelnen Regelleistungsanspruch

in Betracht zieht. Die in diesem Änderungsantrag gefundene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb nicht zielführend. Auch besteht die Gefahr, dass mit der hier vorgesehenen Übergangspflege im Krankenhaus Patientinnen und Patienten „künstlich“ hospitalisiert werden und wesentlich länger im Krankenhaus verweilen als nötig. Zu berücksichtigen ist, dass gerade die Patientengruppen, die für die Übergangspflege im Krankenhaus in Betracht kommen, oft multimorbide sind und aufgrund von Infektionsgefahr und ähnlichem nach abgeschlossener Behandlung nicht unnötig länger im Krankenhaus verweilen sollten.

Darüber hinaus ist in diesem Kontext problematisch, dass die Krankenkassen in der Praxis oftmals nicht von den Krankenhäusern in das Entlassmanagement eingebunden werden. Die Organisation der Anschlussversorgung und das Erzielen einer nahtlosen Überleitung der Patientinnen und Patienten können sie damit kaum bis gar nicht beeinflussen. Grundsätzlich gilt es daher, zuallererst die Umsetzung des Entlassmanagements in der Praxis zu stärken und damit der Notwendigkeit von Übergangspflege entgegenzuwirken. Patientinnen und Patienten länger im Krankenhaus zu behandeln, kann nicht zielführend sein, um den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus zu verbessern. Sofern der individuelle Bedarf der Patientinnen und Patienten für eine Anschlussversorgung die Unterstützung durch die Krankenkasse erfordert, sollte darauf hingewirkt werden, dass diese ausreichend früh vom Krankenhaus informiert und eingebunden wird.

C) Änderungsbedarf

Streichung.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

aa) § 87 Abs. 1 – Anpassung der Verordnungsmuster an die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Verordnung im Rahmen der erweiterten Kompetenzen der Pflegefachpersonen (vgl. Änderungsantrag 1 Artikel 1 Nr. 11a) im Rahmen der HKP verwendeten Verordnungsvordrucke sollen so gestaltet werden, dass sie von den übrigen Verordnungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu unterscheiden sind.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der beabsichtigten Regelung zur erweiterten Kompetenz der Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Diese Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39a

§ 132m – Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemäß § 132m SGB V mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit einer Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V sowie deren Vergütung.

B) Stellungnahme

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben aufgrund der zwischen den Vertragsparteien zu verhandelnden Vergütung und der Inanspruchnahme durch die Versicherten. Insgesamt besteht die Gefahr, dass der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Mehrausgaben entstehen.

Der GKV-Spitzenverband sieht grundsätzlich einen Bedarf, die Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung, zum Beispiel bei einer fehlenden Anschlussversorgung, zu verbessern. Die im Änderungsantrag geschaffene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus führt aber in die falsche Richtung (vgl. detaillierte Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 13a: § 39e – Übergangspflege im Krankenhaus).

C) Änderungsbedarf

Streichung.

Änderungsantrag 2

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 25 – Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wegfall der besonderen Einkommensgrenze für geringfügig Beschäftigte in der Familienversicherung zum 01.01.2020 ist in der sozialen Pflegeversicherung gesetzestechnisch bis dato nicht nachvollzogen worden, ohne dass es hierfür sachliche Gründe gibt. Die Bereinigung wird nunmehr mit Rückwirkung zum 01.01.2020 nachvollzogen.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat klarstellenden Charakter und ist zu begrüßen. Sie hat keine Auswirkungen auf die Praxis, da die Kranken- und Pflegekassen im Hinblick auf das offensichtliche Versäumnis des Gesetzgebers zur Anpassung des SGB XI keine unterschiedliche Behandlung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei der Feststellung einer Familienversicherung vorgenommen haben.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 3

Artikel 2 (Gegenfinanzierung) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

Nr. 1a

§ 55 – Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird zum 01.01.2022 um 0,1 auf 0,35 Beitragsatzpunkte angehoben, so dass er der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragsatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr der Einführung des Zuschlags wieder besser entspricht. Diese Anhebung soll einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen leisten.

B) Stellungnahme

Die an der ursprünglichen Ausgangsrelation orientierte Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose ist als teilweiser Finanzierungsbeitrag zur zeitgleich eingeführten Begrenzung der Eigenanteile nachvollziehbar. Der Bund sollte jedoch einen dauerhaft ausreichenden Zuschuss zur sozialen Pflegeversicherung leisten, damit zunehmende Ausgaben u. a. für versicherungsfremde Leistungen nicht lediglich von Beitragszahlenden und Pflegebedürftigen zu tragen sind.

C) Änderungsvorschlag

Es bedarf eines ergänzenden Bundeszuschusses zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wie der Beteiligung der sozialen Pflegeversicherung an den pflegebedingten Eigenanteilen der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen.

Änderungsantrag 3

Artikel 2 (Gegenfinanzierung) und Artikel 16 (Inkrafttreten)

Nr. 4

§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bund leistet ab dem Jahr 2022 einen jährlichen pauschalen Zuschuss an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd. Euro. Dieser soll in Teilbeträgen zum jeweils ersten Bankarbeitstag an den Ausgleichsfonds überwiesen werden.

B) Stellungnahme

Ein dauerhaft gesetzlich geregelter Zuschuss des Bundes in die soziale Pflegeversicherung ist notwendig und greift eine langjährige Forderung des GKV-Spitzenverbandes auf. Die vorgesehenen Regelungen mit monatlichen Abschlagszahlungen sind sachgerecht und zur Sicherung der Liquidität der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds erforderlich. Jedoch entspricht eine pauschale Beteiligung in Höhe von 1 Mrd. Euro weder den versicherungsfremden Leistungen noch dem notwendigen Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Jahren.

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb im Verlauf der Verhandlungen zu einer Pflegereform die Gegenfinanzierung immer weiter gekürzt wurde. Während im Arbeitspapier vom 15.03.2021 noch ein Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Höhe von 2,5 Mrd. Euro mit einer jährlichen Dynamisierung in Höhe der monatlichen Bezugsgröße sowie die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen vorgesehen waren, wurde zuerst der Bundeszuschuss gekürzt und final noch die Rentenversicherungsbeiträge der pflegenden Angehörigen aus den Reformvorhaben gestrichen. Von den ursprünglich vorgesehenen über 5 Mrd. Euro jährlichem Bundeszuschuss verbleiben demnach nur noch 1 Mrd. Euro, während zeitgleich die Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung für die Beteiligung an den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen (Tarifbindung und Personalbemessungsverfahren inbegriffen) sowie der Aufwendungen der Rentenversicherungsbeträge geblieben sind. Den Schätzungen des GKV-SV zufolge sind die Reformmaßnahmen bereits im Jahr 2022 nicht ausreichend refinanziert und die Rücklagen in der sozialen Pflegeversicherung so gering, dass eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2022 erforderlich wird. Diese Prognosen machen deutlich, dass die vorgesehenen Reformmaßnahmen zu einem fortlaufend steigenden Defizit in der sozialen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.06.2021
zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Seite 20 von 48

Pflegversicherung führen, was weitere Betragsanpassungen in den nächsten Jahren notwendig machen wird.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 3 zu Artikel 2 werden die Formulierungen zu §§ 61a und 61b SGB XI analog des Arbeitsentwurfs vom 15.03.2021 übernommen.

Änderungsantrag 4

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

Nr. 1a

§ 43c – Begrenzung Eigenanteile

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2022 sollen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis zu 12 Monate Leistungen der vollstationären Pflege beziehen, einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 % ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils von der Pflegeversicherung erhalten. Pflegebedürftige, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, sollen einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 % ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils erhalten. Pflegebedürftige, die seit mehr als 24 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, sollen einen Leistungszuschlag in Höhe von 45 % ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils erhalten. Pflegebedürftige, die seit mehr als 36 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, sollen einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 % ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils erhalten. Die Pflegeeinrichtung, die die Pflegebedürftigen versorgt, soll der Pflegekasse neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung stellen und den Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil.

B) Stellungnahme

Die finanzielle Entlastung pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen wird begrüßt. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege sind zwischen 2017 und 2020 durchschnittlich um insgesamt mehr als 50 % (01.01.2017: 548 Euro, 01.01.2021: 831 Euro monatlich) gestiegen. Dies ist insbesondere auf eine Erhöhung der Personalkosten (Steigerung der Bruttolohnkosten und verbesserte Personalschlüssel) zurückzuführen, die damit deutlich über der Steigerung der Inflationsrate liegt. Durch eine gestaffelte Beteiligung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) an den pflegebedingten Eigenanteilen kann zukünftig eine Entlastung der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege erreicht werden. Es ist allerdings auch mit einer nennenswerten weiteren Erhöhung der Pflegesätze infolge der vorgesehenen Tarifbindung und der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zu rechnen, die noch über der Steigerungsrate der zurückliegenden Jahre liegen dürfte.

Die vorgesehene Entlastung der Pflegebedürftigen, insbesondere für diejenigen, die weniger als ein Jahr in einer vollstationären Pflegeeinrichtung betreut werden, gleicht damit weder die

Eigenanteilssteigerungen der letzten vier Jahre aus, noch berücksichtigt sie die zukünftigen Steigerungen aufgrund tariflicher Entlohnung und Personalbemessung. Sie fällt auch geringer aus als die Entlastung in Folge einer Dynamisierung der Leistungsbeträge in Höhe von 5 % zum Ausgleich der Inflation der letzten vier Jahre gewesen wäre.

Für eine reibungslose Umsetzung der Zuschlagszahlung in der Praxis sind zudem weitere gesetzliche Detail-Regelungen erforderlich. So kann der Leistungszuschlag grundsätzlich nur gezahlt werden, wenn eine gültige Vergütungsvereinbarung mit der Pflegeeinrichtung besteht. Einrichtungen nach § 91 SGB XI sind auszuschließen, da für diese keine Pflegesätze vereinbart werden.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zur stufenweisen Beteiligung der SPV an den pflegebedingten Eigenanteilen pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen ist eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge vorzusehen (siehe auch Änderungsantrag 18).

§ 91 Abs. 1 SGB XI (Kostenerstattung) wird um den folgenden Satz ergänzt: „§ 43c SGB XI findet keine Anwendung.“

Änderungsantrag 5

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

Nr. 1 Buchstabe b Nummer 4, 7 und 8

§§ 72, 82c, 84 – Tarifliche Entlohnung, Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen, Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtige Neuregelung

Ab dem 01.09.2022 sollen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist. Die Verpflichtung zur Zahlung von Tariflöhnen soll dadurch erreicht werden, dass Einrichtungen für die Zulassung zur Pflege einen Tarifvertrag oder kirchenrechtliche Arbeitsrechtsregelungen nachweisen müssen, an die sie gebunden sind. Sofern sie an keinen Tarifvertrag oder kirchenarbeitsrechtliche Regelungen direkt gebunden sind, müssen sie angeben, welcher Tarifvertrag oder welche kirchenarbeitsrechtliche Regelung für sie maßgebend sind, ohne den jeweiligen Tarifvertrag oder die Regelung vorlegen zu müssen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll in Richtlinien bis zum 30.09.2021 das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a festlegen.

Hinsichtlich der Refinanzierbarkeit der Gehälter über die Pflegesätze im stationären Bereich und der Pflegevergütung im ambulanten Bereich soll in einem neu einzufügenden § 82c die „Wirtschaftlichkeit“ von Personalaufwendungen geregelt werden. Es ist vorgesehen, dass die Gehälter nur dann weiterhin in voller Höhe refinanziert werden, wenn für die Einrichtungen eine direkte Tarifbindung besteht. Bei nichttarifgebundenen Einrichtungen, für die ein Tarif lediglich „maßgebend“ ist, sollen Gehälter nur dann als wirtschaftlich und damit refinanzierbar angesehen werden, wenn diese die regional durchschnittliche tarifliche Entlohnung nicht deutlich überschreiten. Eine deutliche Überschreitung liegt dann vor, wenn die Entlohnung die durchschnittliche Entlohnung um mehr als 10 % übersteigt.

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen verpflichtet werden, jährlich eine Liste mit den als wirtschaftlich geltenden Tarifverträgen in der Region zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband soll das Nähere hierzu bis zum 30.09.2021 in Richtlinien regeln.

Ferner hat der GKV-Spitzenverband in Richtlinien bis zum 01.07.2022 das Nähere zur Umsetzung der ab 01.09.2022 geltenden Verpflichtung der Pflegeeinrichtung festzulegen,

die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband spricht sich für eine angemessene Bezahlung und damit für verbesserte Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in der Pflege aus. Tarifverträge können dabei ein wirksames Instrument sein. Die vorgesehenen Regelungen für mehr Tarifbindung in der Pflege sind aber in sich nicht schlüssig und nicht widerspruchsfrei.

Probleme sind insbesondere für die nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zu erwarten. Diese müssen bei der Zulassung angeben, welcher Tarif für sie maßgeblich sein soll. Dabei spielt das regional durchschnittliche tarifliche Entgeltniveau noch keine Rolle. Die Pflegekassen müssen alle Tarife akzeptieren, die anwendbar sind. Die Pflegeeinrichtungen haben jedoch keine Garantie, dass die aufgrund des angegebenen Tarifvertrags zu zahlenden Gehälter von den Pflegekassen langfristig refinanziert werden. Denn was von den Pflegekassen finanziert werden darf, ist abhängig von der jeweils geltenden durchschnittlichen tariflichen Entlohnung in einer Region.

Die Ermittlung dieser durchschnittlichen tariflichen Entlohnung ist kompliziert und obliegt den Pflegekassen. Die tarifgebundenen Einrichtungen müssen jährlich den Landesverbänden der Pflegekassen „maßgebliche Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“ mitteilen. Diese maßgeblichen Informationen sind weder durch die Gesetzesformulierung festgelegt noch ist gesetzlich vorgesehen, dass diese durch Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes näher definiert werden. Die Pflegekassen müssen jedoch auf Grundlage der Mitteilungen der Pflegeeinrichtungen eine durchschnittliche tarifliche Entlohnung für jede Region berechnen und festlegen. Es wäre daher erforderlich, dass sowohl die von den Pflegeeinrichtungen zu übermittelnden Angaben als auch das Vorgehen bei der Berechnung und Festlegung der jeweiligen durchschnittlichen tariflichen Entlohnung in einer Region konkret gesetzlich bestimmt würden. Andernfalls hätten die Landesverbände keine rechtssichere Grundlage für die ihnen zugewiesene Aufgabe der Bewertung von Tarifverträgen.

An der von den Pflegekassen bestimmten Durchschnittsentlohnung in einer Region muss das Gehaltsniveau jeder nichttarifgebundenen Einrichtung gemessen werden. Liegt dieses mehr als 10 % über dem regional bestimmten Niveau, gelten die Gehälter als unwirtschaftlich und dürfen von den Pflegekassen nicht refinanziert werden. Die Kassen sind an die restriktiven

Vorgaben des Gesetzgebers gebunden und werden hier in die undankbare Rolle der „Tarifpolizei“ gedrängt.

Hinzu kommt, dass sich das durchschnittliche tarifliche Entgeltniveau einer Region jährlich ändern wird, wenn neue Tarifverträge in der Region hinzukommen oder angepasst werden. Da die Einrichtungen aber an die bei der Zulassung angegebene tarifliche Entlohnung gebunden sind, könnte es passieren, dass sie ihre Gehälter nicht vollumfänglich refinanziert bekommen oder auf einen anderen – zu diesem Zeitpunkt als wirtschaftlich geltenden – Tarifvertrag umsteigen müssten. Streitigkeiten zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sind vorprogrammiert.

Mit den beabsichtigten Neuregelungen ergibt sich daher ein nicht nachvollziehbarer Widerspruch: Auf der einen Seite sollen nichttarifgebundene Pflegeeinrichtungen nach Tarif bezahlen und auf der anderen Seite können ihnen die Pflegekassen nicht jeden Tarifvertrag refinanzieren. Die Pflegekassen werden durch den Gesetzgeber in die Rolle gedrängt, über die jeweilige regionale durchschnittliche Entlohnung zu entscheiden und damit festzulegen, welches Gehaltsniveau in der jeweiligen Region als wirtschaftlich und refinanzierbar gilt.

Die konstruierte Trennung von Zulassungsvoraussetzung und Refinanzierbarkeit birgt ein hohes Konfliktpotenzial und ist daher aufzuheben.

Bis 30.09.2022 müssen alle nicht tarifgebundenen Einrichtungen ihre Entlohnungsstrukturen und damit alle ihre bestehenden Arbeitsverträge umgestellt haben. Um die Refinanzierbarkeit zu gewährleisten, ist damit verbunden, dass sie auch neue Vergütungsvereinbarungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger abschließen müssen. Angesichts der Tatsache, dass ein Großteil der zugelassenen Pflegeeinrichtungen bislang nicht tarifgebunden ist, ist die vorgesehene Frist zu kurz bemessen. Allein die Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen, dass bis 30.09.2022 alle bestehenden Versorgungsverträge der insgesamt fast 30.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen überprüft und erforderlichenfalls angepasst bzw. bei Nichterfüllung der Zulassungsvoraussetzung gekündigt sein sollen, ist in dieser Zeit nicht umsetzbar. Darüber hinaus muss sich der Gesetzgeber im Klaren sein, dass – sofern eine bislang nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtung nicht innerhalb eines Jahres ihre Entlohnungsstruktur angepasst hat – deren Versorgungsvertrag gekündigt werden muss.

Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag für die Erstellung mehrerer Richtlinien zur Regelung der oben beschriebenen Verfahren. Bei allen Richtlinien fehlt es an einer Regelung, für wen diese gelten und verbindlich sein sollen.

C) Änderungsbedarf

Die getrennte Bewertung von Tarifverträgen im Hinblick darauf, ob sie einerseits als Zulassungsvoraussetzung anerkannt werden und andererseits ob sie als wirtschaftlich in der Region gelten und damit über die Pflegevergütung refinanzierbar sind, ist aufzuheben. Dies könnte dadurch gelöst werden, dass für tariflich gebundene Einrichtungen die derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen unverändert bestehen bleiben. Für die nichttarifgebundenen Pflegeeinrichtungen sollten alle in einer Region anwendbaren Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als Zulassungsvoraussetzung gelten, die dann auch entsprechend von den Pflegekassen zu refinanzieren wären. Die beabsichtigte Neuregelung in § 82c SGB XI wäre damit entbehrlich und zu streichen. Die Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind von den Pflegeeinrichtungen vorzulegen. Durch die nicht gebundenen Pflegeeinrichtungen sollte der Nachweis der Übertragbarkeit selbst geführt werden. Die Darlegungs- und Nachweispflichten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen sollten unverändert bestehen bleiben.

Sollte der Gesetzgeber an einer regionalen durchschnittlichen tariflichen Entlohnung als Maßstab für die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen festhalten, sind die „maßgeblichen Informationen“, die von den Pflegeeinrichtungen für die Ermittlung der in der Region geltenden durchschnittlichen Entlohnung mitzuteilen sind, gesetzlich zu bestimmen. Gleiches gilt für die Berechnung der jeweiligen durchschnittlichen Entlohnung. Auch diesbezüglich liegt die Darlegungs- und Nachweispflicht bei den Pflegeeinrichtungen.

Die vorgesehene Frist 30.09.2022, bis zu der alle bestehenden Versorgungsverträge – und damit verbunden auch die Vergütungsvereinbarungen – der insgesamt fast 30.000 Pflegeeinrichtungen überprüft und erforderlichenfalls angepasst bzw. bei Nichterfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzung gekündigt sein sollen, ist in erheblichem Maße zu verlängern.

Sämtliche Regelungen, die dem GKV-Spitzenverband eine Richtlinienkompetenz zuweisen, sind aus Gründen der Rechtssicherheit um den jeweiligen Geltungsbereich der Richtlinien zu ergänzen.

Änderungsantrag 6

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

Nr. 4

§ 88a– Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien in den Ländern werden verpflichtet, die Landesrahmenverträge für Kurzzeitpflege dahingehend zu überarbeiten, dass sie die Besonderheiten der Kurzzeitpflege aufgrund der unterschiedlichen Aufnahmearbeitsplätze (Verhinderungspflege, im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen) berücksichtigen. Auf dieser Grundlage sollen die Pflegesatzvereinbarungen der Kurzzeitpflege angepasst werden. Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag, gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungsverbänden auf Bundesebene und weiteren Beteiligten innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Empfehlungen zu den Inhalten der Landesrahmenverträge abzugeben. In den Empfehlungen sollen insbesondere Regelungen zu den unterschiedlichen Leistungen, Personalausstattungen, Auslastungsgraden sowie zur jeweiligen Entgeltfindung getroffen werden. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Landesrahmenverträge sollen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sein.

B) Stellungnahme

Mit den vorgesehenen Regelungen zur Ausgestaltung bedarfsgerechter Angebote der Kurzzeitpflege einschließlich der entsprechenden Vergütungen wird eine Vereinbarung des Koalitionsvertrages von 2018 umgesetzt. Die beabsichtigte Neugestaltung der Angebote von Kurzzeitpflege im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Differenzierung von Leistungen wird grundsätzlich begrüßt. Nach Aussage des Gesetzgebers sollen damit jedoch „wirtschaftlich tragfähige“ Vergütungsvereinbarungen für Kurzzeitpflegeangebote sichergestellt werden. Der Begriff „wirtschaftlich tragfähig“ ist interpretationsfähig. Eine aus Sicht der Einrichtungen tragfähige Vergütung ist nicht dieselbe, die aus Sicht der Pflegebedürftigen als tragfähig gilt.

Gleichzeitig mit der vertragsrechtlich vorgesehenen Differenzierung der Leistungsarten sollten auch im Leistungsrecht die unterschiedlichen Leistungsarten mit entsprechend differenzierten Leistungsbeträgen geregelt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.06.2021
zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Seite 28 von 48

C) Änderungsvorschlag

Die Gesetzesformulierung ist daher dahingehend zu ändern, dass die damit verbundene Zielrichtung mit einer „wirtschaftlich tragbaren Vergütung“ deutlicher hervorgeht.

Leistungsrecht (§ 42 SGB XI) und Vertragsrecht (§ 88a) sind miteinander zu harmonisieren.

Änderungsantrag 7

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

Nr. 6

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden unter Bezugnahme auf das von Prof. Rothgang (Universität Bremen) entwickelte neue Personalbemessungsverfahren für die vollstationäre Pflege drei Qualifikationsstufen des Personals in Pflege und Betreuung unterschieden: Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit einer mindestens einjährigen landesrechtlich geregelten Ausbildung und Fachkräfte. Für jedes dieser Qualifikationsniveaus werden Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigem in den einzelnen Pflegegraden festgelegt, die ab 01.07.2023 verbindlich gültig sein sollen und von den Pflegekassen zu finanzieren sind.

Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen bis zum 30.06.2022 unter Beteiligung des MD Bund, des PKV-Verbandes sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der BAGüS sowie unter Mitarbeit der Verbände der Pflegeberufe und den Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI gemeinsame Empfehlungen zu den entsprechend zu überarbeitenden Inhalten der Landesrahmenverträge abgeben. Kommen die Empfehlungen nicht fristgerecht zustande, muss ein Schiedsgremium gebildet werden.

Ab dem 01.07.2023 ist es gemäß der vorgesehenen Neuregelung nicht mehr möglich, Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften (13.000 Stellen Fachkräfteprogramm) und von zusätzlichen Pflegehilfskräften (20.000 Stellen Hilfskraftprogramm) zu stellen. Das Personal in Pflege und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll ab diesem Zeitpunkt im Rahmen der regulären Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden. Davon ausgenommen sind zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI, die weiterhin über Vergütungszuschläge finanziert werden sollen.

Das BMG prüft gemäß der geplanten Neuregelung ab dem 01.04.2025, ob eine Anpassung der Personalanhaltszahlen möglich und notwendig ist.

B) Stellungnahme

Das grundlegende Vorgehen entspricht dem von der Universität Bremen vorgeschlagenen Ansatz. Die konkreten Personalanhaltswerte sind bis auf wenige Ausnahmen höher als die derzeitigen bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüssel, jedoch niedriger als von der Universität Bremen empfohlen. Im Vergleich zu den Empfehlungen der Universität Bremen resultiert die vorgesehene Neuregelung nach den Angaben in der Begründung der geplanten Neuregelung in einem Personalzuwachs, der etwa 40 % des von der Universität Bremen errechneten Zuwachses entspricht.

Eine schrittweise Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens entspricht den wissenschaftlichen Empfehlungen der Universität Bremen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die für den nächsten Schritt nach dem GPVG erforderlichen gesetzlichen Grundlagen nun geschaffen werden sollen. Allerdings ist fraglich, inwiefern der vorgesehene Personalzuwachs durch die derzeit verfügbaren Kräfte auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich abgedeckt werden kann. Dies wird besonders deutlich, dass die Umsetzung der ersten Personalausbaustufe des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG), dem 13.000 Stellen-Förderprogramm, die Erwartungen bislang nicht erfüllt. Vor dem Hintergrund des noch anstehenden Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege ist es nicht nachzuvollziehen, dass in der beabsichtigten Neuregelung nicht transparent genug dargestellt wird, aufgrund welcher Akzente sich die Zusammensetzung und die Implementierung von einheitlichen Personalanhaltswerten begründet. Außerdem wurden für die Etablierung eines solchen Verfahrens keine Regelungen zur Refinanzierung dieses Personalmehrbedarfs getroffen.

Durch die geplante Neuregelung soll, auch wenn die zukünftige Ausstattung geringer ausfallen würde, ermöglicht werden, dass Pflegeeinrichtungen die derzeit in den Landesrahmenverträgen geregelte Ausstattung mit Fach- und Assistenzkräften beibehalten können, sofern sie in diesem Umfang bereits Mitarbeitende vorhalten. Gleichzeitig sollen Abweichungen von der in den derzeitigen landesrechtlichen Regelungen festgelegten Fachkraftquote möglich sein, sofern sich das Verhältnis von Fach- zu Assistenzkräften durch einen Zuwachs an Assistenzkräften verändert. Sofern eine Pflegeeinrichtung zukünftig eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbart, die über die derzeit gemäß den Landesrahmenverträgen zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, soll sie Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Rahmen des mit dem GPVG eingeführten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes entwickelt und erprobt wurden.

Die geplanten Personalanhaltszahlen legen eine Anpassung der landesrechtlichen Regelungen zur sogenannten Fachkraftquote nahe, da zukünftig in der Regel mehr Hilfskräfte im Verhältnis zu Fachkräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sein werden. Sofern eine solche Anpassung nicht erfolgt, ermöglicht die vorgesehene Neuregelung der Pflegeeinrichtung dennoch eine Ausstattung, die den neuen Personalanhaltszahlen entspricht, auch wenn sich hierdurch Abweichungen von der landesrechtlichen Regelung zur Fachkraftquote ergeben. Dies ist zu begrüßen. Es ist ferner zu begrüßen, dass die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen Personalschlüssel und den hierfür erforderlichen personellen und organisatorischen Umstrukturierungen durch Ergebnisse des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b unterstützt werden sollen, wenn diese in geeigneter Form vorliegen.

Es ist zu begrüßen, dass die Finanzierung der bisherigen zusätzlichen Fach- und Hilfskraftstellen in das reguläre Vertrags- und Vergütungsrecht überführt werden soll. Damit wird die Fragmentierung der Personalvergütung und -bemessung teilweise beendet. Die Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung nach § 84 Absatz 8 in Verbindung mit § 85 Absatz 8 SGB XI müssen dieser Systematik noch folgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 8

Artikel 2 (Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege))

Nr. 17

§ 40 Absatz 6 und 7 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, in § 40 SGB XI einen neuen Absatz 6 einzufügen, in dem vorgesehen ist, dass künftig auch Pflegefachkräfte konkrete Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln abgeben können. Sofern es sich hierbei um Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel nach § 40 Absatz 5 SGB XI (doppelfunktionales Hilfsmittel) handelt, die den Zielen von § 40 Absatz 1 SGB XI dienen, wird in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a SGB V soll es dann nicht bedürfen. Voraussetzung ist, dass die Pflegefachkraft über die erforderliche Qualifikation verfügt.

Die Umsetzung dieser Vorgaben soll durch Richtlinien erfolgen, die der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe bis zum 31.12.2021 erlassen soll. In ihnen soll geregelt werden, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird und über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. Außerdem soll dort das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft festgelegt werden. Bis zum 01.01.2025 soll das Verfahren evaluiert und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet werden.

Im Rahmen einer Folgeänderung soll der bisherige Absatz 6 zum neuen Absatz 7 des § 40 SGB XI werden.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehenen Regelungen wird die Zielstellung der Konzertierten Aktion Pflege, Pflegefachpersonen künftig die Übernahme von erweiterten Aufgaben zu ermöglichen, aufgegriffen. Zu begrüßen ist, dass den Empfehlungen von Pflegefachkräften nur dann eine Vermutungswirkung hinsichtlich der Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung und gegebenenfalls verordnungsersetzende Bedeutung zuerkannt wird, wenn es sich um

Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 SGB XI und Hilfsmittel nach § 40 Absatz 5 SGB XI (doppelfunktionale Hilfsmittel) handelt. Da der Kreis der Hilfs- und Pflegehilfsmittel, auf die sich diese Wirkung erstreckt, bereits im Gesetz eindeutig festgelegt ist, erscheint es nicht erforderlich, dass hierzu in den vom GKV-Spitzenverband zu erlassenden Richtlinien weitere Festlegungen getroffen werden sollen. Nachvollziehbar ist, dass Pflegefachkräfte in diesen Fällen einer Qualifikation bedürfen. Kritisch zu sehen und zu kurz bemessen ist die Frist bis zum 31.12.2021 für den Erlass der Richtlinien zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

C) Änderungsvorschlag

Die Formulierung in § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI in der Fassung des Änderungsantrags, wonach der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bis zum 31.12.2021 in Richtlinien festlegt, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird, wird gestrichen.

§ 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI wird wie folgt neu gefasst: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum ... (frühestens 01.03.2022) in Richtlinien fest, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll.“

Änderungsantrag 9

Artikel 2 (Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzertierten Aktion Pflege)

Nr. 18

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung sollen die förderfähigen Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf erweitert werden. Damit sollen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen für die Konzeptentwicklung zur Rückgewinnung von Pflegekräften sowie zum einrichtungsspezifischen Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle den jährlichen Förderzuschuss von bis zu 7.5000 Euro erhalten können.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung der Fördertatbestände ist sachgerecht. Damit werden die Vereinbarungen zur Konzertierten Aktion Pflege (AG 2, Handlungsfeld 2.3 Nummer 1 und Nummer 2) gesetzlich umgesetzt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 10

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

Nr. 5

§ 89 – Grundsätze für die Vergütungsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung wird in den Bemessungsgrundsätzen für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach SGB XI die bereits geregelte Verknüpfung mit den in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V geregelten Grundsätzen für die Vergütung von längeren Wegezeiten ergänzt. Zukünftig können auch die in den Rahmempfehlungen geregelten Grundsätze die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Der beabsichtigte grundsätzliche Gleichklang der Bemessungsgrundsätze für Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen nach dem SGB XI und dem SGB V ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 11

Artikel 2 (Weiterentwicklung Qualität)

Nr. 22

§ 113 – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) (aa) Es wird klargestellt, dass neben der Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die ambulante und stationäre Pflege von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI explizit auch Maßstäbe und Grundsätze für den Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege zu vereinbaren sind.

Neu ist die Anforderung, dass Maßstäbe und Grundsätze Regelungen zu „flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen“ umfassen sollen.

- (bb) Es wird geregelt, dass die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.

- (b) Es soll § 113 Abs. 1b Satz 2 gestrichen werden, mit dem die Frist für Einleitung des Vergabeverfahrens für die fachlich unabhängige Institution zur Auswertung der Daten des Indikatorenverfahrens (Datenauswertungsstelle Pflege; DAS) auf den 15.01.2018 festlegt wird.

B) Stellungnahme

Zu (a) (aa) Die beabsichtigte gesetzliche Regelung, auch für die Kurzzeitpflege Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI zu vereinbaren, ist überflüssig, da Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege als eine wesentliche Säule der stationären Pflege bereits existieren (letzte Anpassung am 08.09.2020). Der Begründung ist ein Bezug zum neuen § 88a SGB XI zu entnehmen, wonach der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit weiteren Beteiligten Empfehlungen zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI abgeben. In den Maßstäben und Grundsätzen sind demnach spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen (z. B. Anschluss an Krankenhausbehandlungen, vorübergehende schwerwiegende Gesundheitskrise) der Kurzzeitpflege abzubilden, wenn diese Empfehlungen zum Inhalt der

Rahmenverträge nach § 75 SGB XI vereinbart sind. Eine Anpassung der bestehenden Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege ergibt sich in der Folge bereits aufgrund der bestehenden Rechtslage. Eines gesonderten gesetzlichen Auftrags bedarf es daher nicht. Beabsichtigt wird, dass im Rahmen des internen Qualitätsmanagements von Pflegeeinrichtungen zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen (z. B. Pandemien, Naturkatastrophen) gehören, damit auch unter veränderten Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung und soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen möglich ist. Diese Maßnahmen sind vorbereitend zu treffen. Entsprechende Konzepte sollen mit den regional zuständigen Stellen abgestimmt werden.

Die Etablierung von Vorbeugungsmaßnahmen zum Zweck der Sicherstellung der Versorgung in Krisenzeiten und eine entsprechende Ergänzung der Maßstäbe und Grundsätze sind sachgerecht.

Zu (a) (bb) Die Gleichstellung der Qualifikationen mit den Mitarbeitenden, die Betreuungsmaßnahmen in ambulanten Pflegediensten erbringen, ist sachgerecht. Der Verweis auf die Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste ist jedoch ungeeignet, da es sich hierbei um eine Übergangsregelung bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems für die ambulante Pflege handelt.

Zu (b) Die Streichung des Satzes mit der Fristsetzung für die Einleitung des Vergabeverfahrens für die DAS ist sachgerecht, da das Vergabeverfahren abgeschlossen und die DAS errichtet ist.

C) Änderungsvorschlag

Zu (a) (aa) Streichung.

Zu (a) (bb) Auf einen Verweis auf die Richtlinien nach § 112a SGB XI sollte verzichtet werden, da es sich hierbei um eine Übergangsregelung bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems für die ambulante Pflege handelt. In der beabsichtigten gesetzlichen Regelung sollte klargestellt werden, dass die gleichen Anforderungen an die Qualifikationen der Betreuungskräfte in Betreuungsdiensten auch für Betreuungskräfte in Pflegediensten gelten.

Zu (b) Keine Änderung.

Änderungsantrag 12

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

Nr. 6

§ 112a – (Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 112a soll nach Absatz 2 Satz 2 der folgende Satz eingefügt werden: „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben.“

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung flankiert die bereits in den Richtlinien geregelten Qualifikationsanforderungen an die in der Betreuung eingesetzten Beschäftigten eines Betreuungsdienstes.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 14

Artikel 2 (Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen)

Nr. 28

§ 35 – Erlöschen der Leistungsansprüche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die Mitgliedschaft durch Tod endet, sollen Ansprüche auf Kostenerstattung abweichend von § 59 SGB I nicht mit dem Tod, sondern zwölf Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen erlöschen.

B) Stellungnahme

Gemäß § 59 SGB I erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, die Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Da der Pflegebedürftige bei Ansprüchen auf Kostenerstattung, wie beispielsweise der Entlastungsbetrag oder Zuschüsse von Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, zunächst in Vorleistung geht und nachfolgend die Erstattung erhält, ist die vorgesehene Ausnahmeregelung sachgerecht. Die Ansprüche auf Kostenerstattung sind vor dem Versterben des Pflegebedürftigen entstanden, so dass eine nachträgliche Geltendmachung auch nach dem Versterben ermöglicht werden sollte.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 15

Artikel 2

Nr. 29 (Beratung)

§ 7b – Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) Die Überschrift wird geändert in „Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine.“

- (b) (aa) In Satz 1 wird das Wort „Antragsteller“ durch „Versicherten“ ausgetauscht. Die Pflegekasse hat ergänzend zu den bereits in § 7b Absatz 1 Satz 1 genannten Paragraphen auch nach einem Antrag auf Leistung nach §§ 38a, 40 Absatz 1 und 4, 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 einen Beratungstermin anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen.
- (bb) Folgender Satz soll angefügt werden: „Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.“ ‘

B) Stellungnahme

Zu (a)

Die Umbenennung des § 7b „Beratungsgutscheine“ in „Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“ ist sachgerecht und wird begrüßt, da sowohl die Pflicht zum Anbieten eines Beratungstermins als auch zum Ausstellen von Beratungsgutscheinen normiert werden.

Zu (b)

(aa) Da gemäß den Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater individuell und umfassend zu Leistungen und entsprechend dem Hilfe- und Unterstützungsbedarf berät, wird die Ergänzung der weiteren Leistungstatbestände begrüßt. Auch der ergänzte ausdrückliche Hinweis auf die Möglichkeit des individuellen Versorgungsplans nach § 7a sowie die Aufklärung über dessen Nutzen ist grundsätzlich zu begrüßen.

(bb) Die Pflicht zum Beratungsangebot bei den im vorgesehenen Satz 4 ergänzten Paragraphen ist sachgerecht, da auch bei Erstanträgen der im neuen Satz 4 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag) Fragen u. a. zu Anspruchsvoraussetzungen und Besonderheiten für die Versicherten auftreten, die im Rahmen einer Pflegeberatung bedarfsgerecht geklärt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Zu (a) Keiner.

Zu (b) (aa) Keiner.

Zu (b) (bb) Keiner.

Änderungsantrag 17

Artikel 2 (Rechtstechnische Anpassungen)

Nr. 1 (Ergänzung um die Nrn. 31 und 32)

§§ 44 Absatz 2 und 44a Absatz 4 – Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen zielen auf die Schaffung einer jeweils entsprechenden Grundlage für elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen ab. Im Ergebnis sollen die bereits bei Bezug von Krankengeld bestehenden Rahmenbedingungen auch für die erforderlichen Meldungen für Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen als Pflegeperson erfüllen und die wegen einer Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, gelten. Gleiches soll für das Verfahren bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gelten.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und tragen der zunehmenden Digitalisierung in den innerhalb der Sozialversicherung vorgehaltenen Verfahren Rechnung. Sie werden daher ausdrücklich begrüßt.

Die korrespondierende Regelung in Artikel 16 zum Inkrafttreten, nach der die Regelungen bereits zum 01.07.2021 in Kraft treten sollen, wird dahingehend verstanden, dass hiermit die rechtliche Grundlage für die noch zu etablierenden Verfahren und die damit verbundene notwendige Umsetzungsadministration rechtzeitig geschaffen wird. Die angesprochenen Verfahren sind in das Verfahren nach § 47a SGB V zu implementieren, das gegenwärtig konzeptionell erarbeitet wird. Vorbehaltlich der Genehmigung der vom GKV-Spitzenverband sowie der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen zu erstellenden gemeinsamen Grundsätzen nach § 47a Abs. 2 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit ist von einem Einsatz der Verfahren nicht vor Mitte 2022 auszugehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 18

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

Nr. 1a und 1b

§§ 36 und 42 – Pflegesachleistung und Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die monatlichen Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen werden ab dem 01.01.2022 um 5 % angehoben und sollen dem Ausgleich der tariflichen Entlohnung dienen. Der jährliche Höchstbetrag zur Kurzzeitpflege wird um 10 % erhöht. Diese Anhebung soll die sich aus den vorgesehenen Verbesserungen im Bereich der Vergütung der Kurzzeitpflege ergebenden Kostensteigerungen ausgleichen.

B) Stellungnahme

Unverständlich ist, weshalb die Leistungsbeträge für das Pflegegeld davon ausgeschlossen sind. Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen beziehen Pflegegeld. Auch hier ist eine spürbare Anhebung erforderlich. Dies ist ebenfalls dem Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung vom 09.12.2020 (BT-Drucksache 19/25283) zu entnehmen. Aus Sicht der Bundesregierung wäre ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen gewesen.

Die vorgesehene Anhebung der Leistungsbeträge sowohl für ambulante Pflegesachleistungen als auch für die Kurzzeitpflege zum Ausgleich der zu erwartenden Kostensteigerungen sind grundsätzlich sachgerecht. Andernfalls würde die durch die vorgesehene Anbindung der Löhne an Tarife bzw. die vorgesehene Erhöhung der Leistungssätze der Kurzzeitpflege zu erwartende Kostensteigerung zulasten der Pflegebedürftigen gehen.

Jedoch ist die Anhebung der Leistungsbeträge für die Pflegesachleistungen um 5 % der Höhe nach nicht nachvollziehbar. Die Anhebung der Leistungsbeträge wird mit der zu erwartenden Kostensteigerung durch die Anbindung der Löhne an Tarife begründet. Unberücksichtigt bleibt jedoch, dass die Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistungen seit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit 2017 zum 01.01.2017 nicht dynamisiert wurden. Legt man die Entwicklung der jährlichen Inflationsrate (2017–2020) zugrunde, so müssten die Leistungsbeträge allein zum Inflationsausgleich um 5,2 % steigen. Dieser Inflationsausgleich wird in der Anhebung der Leistungsbeträge nicht berücksichtigt.

Im Bereich der Kurzzeitpflege werden die vorgesehenen vertragsrechtlichen Regelungen und die gleichzeitige Anhebung der Leistungsbeträge miteinander verknüpft. Jedoch ist nicht nachvollziehbar, warum die Erhöhung des Leistungsbetrags pauschal erfolgt. Im Vertragsrecht (§ 88a neu) sollen die Landesrahmenverträge die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege berücksichtigen. Dementsprechende Vergütungen sind je nach Leistungsart zu vereinbaren. Sachgerecht wäre es, wenn diese Neuregelung des Vertragsrechts mit der Anhebung der Leistungssätze in der Kurzzeitpflege (Leistungsrecht) harmonisiert würde.

C) Änderungsvorschlag

Die Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen müssen sowohl die zu erwartenden Kostensteigerungen durch die Anbindung der Löhne an Tarif als auch den Inflationsausgleich berücksichtigen.

Die leistungsrechtliche Anpassung der Leistungsbeträge in der Kurzzeitpflege ist mit den vertraglichen Regelungen in § 88a SGB XI zu harmonisieren und nach Leistungsarten zu differenzieren.

Die Leistungsbeträge für Pflegegeld sind ebenfalls anzupassen.

Siehe auch ÄA 4.

Änderungsantrag 20

Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 52a (§ 221a – Ergänzender Bundeszuschuss 2022 an den Gesundheitsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung eines erheblichen Anstiegs der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen zum Jahreswechsel 2021/2022 erhält der Gesundheitsfonds mit der Ergänzung des § 221a SGB V im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Mrd. Euro. Der ergänzende Bundeszuschuss fließt in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und mindert damit die Unterdeckung der Krankenkassen und stabilisiert das Zusatzbeitragssatzniveau im Jahr 2022.

Um zu einem späteren Zeitpunkt auf einen ggf. notwendigen, höheren Finanzierungsbedarf der gesetzlichen Krankenkassen reagieren zu können, wird zudem das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Bundestages den ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 bis zum 31.12.2021 neu festzusetzen. Nach der im Änderungsantrag vorgesehenen gesetzlichen Vorgabe ist derjenige Betrag festzusetzen, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz im Jahr 2022 bei 1,3 % zu stabilisieren.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Änderungsantrag ausdrücklich. Es wird anerkannt, dass der Bund mit einem ergänzenden Bundeszuschuss die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Jahr 2022 stabilisieren und Arbeitgebern sowie Beitragszahlenden erheblich entlasten will. Ein stabiles Zusatzbeitragssatzniveau in der Krankenversicherung wird zugleich absehbar einen Beitrag zur konjunkturellen Erholung der Volkswirtschaft nach der Corona-Pandemie leisten können.

Die Finanzierungslücke für das Jahr 2022 schätzt der GKV-Spitzenverband auf Basis der heutigen Datenlage auf rd. 15 Mrd. Euro. Dabei wurde die Finanzwirkung der mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze im neuen § 20i Absatz 3 Satz 13 SGB V beschlossenen vollständigen Erstattung der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve aufgrund der Coronavirus-Testverordnung und der Coronavirus-Impfverordnung im Jahr 2021 durch den Bund (Entlastungswirkung von rd. 3 Mrd. Euro) bereits berücksichtigt. Angesichts dieser Einschätzung hält der GKV-Spitzenverband

insbesondere die nach Absatz 3 Satz 3 vorgesehene Verordnungsermächtigung des BMG zur Anpassung des Bundeszuschusses für dringend geboten.

Für die nachhaltige Finanzierung der GKV im Jahr 2022 ist zudem entscheidend, dass die Festsetzung eines erhöhten Zahlbetrags des ergänzenden Bundeszuschusses zeitlich möglichst vor der nach § 220 Absatz 2 SGB V jährlich bis zum 15.10. durchzuführenden Finanzprognose des Schätzerkreises erfolgt (diesjähriger Termin: 12./13.10.2021), mindestens aber vor der vom BMG bis spätestens 01.11. zu treffenden Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes.

Dies ist bedeutsam, da der Schätzerkreis bei seiner Einnahmenschätzung nur Zuschüsse des Bundes berücksichtigen kann, die der gesetzlichen Krankenversicherung auch gesetzlich zugesichert sind. Die Zustimmung des Bundestages zu einem Verordnungsentwurf des Ministeriums müsste demnach bereits zum Zeitpunkt der Prognose des Schätzerkreises vorliegen, damit der angepasste Betrag auch in der Schätzung berücksichtigt werden kann. Denkbar wäre allenfalls noch eine nachfolgende Berücksichtigung durch das BMG bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, allerdings müsste die Entscheidung des Bundestages dann vor dem 01.11. erfolgen.

Da der 20. Deutsche Bundestag nach der Bundestagswahl am 26.09.2021 realistischer Weise nicht vor dem 01.11.2021 zusammenkommen wird (erste Sitzungswoche ist nach vorläufiger Planung die 45. KW), um dem Verordnungsentwurf seine Zustimmung zu erteilen, muss diese Zustimmung noch vom 19. Bundestag erteilt werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Darlegung in der Begründung zu Nummer 1, wonach eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel erst im Oktober 2021 möglich sein werde, als problematisch und inhaltlich auch als unzutreffend bewertet.

Die für die Prognose entscheidenden Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds (KV 45) für das 1. Halbjahr 2021 werden bereits früher, voraussichtlich Mitte August 2021, vorliegen. Dies gilt auch für aktuellere Erkenntnisse über die für die Einnahmeentwicklung der GKV relevanten gesamtwirtschaftlichen Eckdaten. Entsprechend kann eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel bereits im August 2021 erfolgen, so dass die erforderliche Herstellung des Einvernehmens mit dem BMF und die Einholung der Zustimmung des Bundestages bis September 2021 möglich wird. Es ist festzuhalten, dass auch im Oktober 2021 keine aktuelleren GKV-Finanzergebnisse vorliegen werden. Die Begründung sollte daher in diesem Punkt angepasst werden. Für alle Beteiligten sollte klar sein, dass eine hinreichende

Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel bereits vor Oktober 2021 sachlich
möglich und dringend geboten ist.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Nummer 1 wird der zweite Satz im vierten Absatz wie folgt gefasst:

„Eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung der benötigten ergänzenden Bundesmittel
wird mit Vorliegen der vorläufigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen
Krankenversicherung für das 1. Halbjahr 2021 möglich sein.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.06.2021
zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Seite 48 von 48

Änderungsantrag 20

Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 61a (§ 272a – Entnahme aus Liquiditätsreserve)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird bestimmt, dass etwaige die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zum Ablauf des Geschäftsjahres 2021 überschreitende Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2022 überführt werden und somit das zur Auskehrung an die Krankenkassen zur Verfügung stehende Zuweisungsvolumen erhöhen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie trägt zur Sicherstellung der auskömmlichen Finanzierung des Finanzbedarfs der Krankenkassen im Jahr 2022 unter der Nebenbedingung eines stabilen Zusatzbeitragsatzniveaus bei.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.