

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022



Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 27.04.2022

**Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/
DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für
Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
(Pflegebonusgesetz) vom 04.05.2022
Bundestags-Drucksache 20/1331**

Stand: 25.04.2022

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 – 2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs	5
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)	5
§ 26e KHG Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie	5
Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung	7
Nr. 2 und 3 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag, § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen.....	7
Nr. 4 § 150a SGB XI Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie.....	14
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)	16
Nr. 1 - 3 § 15 Abs. 2a KHG, Laufzeit	16
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	18
Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V.....	18
Digitale und telefonische SGB XI-Pflegebegutachtung regelhaft ermöglichen....	20
IV. Zu einzelnen Regelungen der fachfremden Änderungsanträge	22
Änderungsantrag 1	22
§ 37 Abs 3 sowie § 123 Abs 1 und 6 SGB XI Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern.....	22
Änderungsantrag 2	24
§ 40a Absatz 2 SGB XI Digitale Pflegeanwendungen.....	24
Änderungsantrag 3	25
§ 150 Abs. 1, 5 und 5b SGB XI Pandemiebedingte Sonderregelungen	25

I. Zusammenfassung

Zu den Regelungen für den Corona-Bonus

Der vom Gesetzgeber vorgesehene Corona-Bonus soll für die Mitarbeitenden in Krankenhäusern und der Langzeitpflege, die besonderen Belastungen durch die Corona-Pandemie ausgesetzt sind, aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Die vom Gesetzgeber geschaffene einmalige Sonderleistung für das Jahr 2022 sieht jeweils 500 Millionen Euro für Mitarbeitende der Langzeitpflege und für das Pflegepersonal in Krankenhäusern vor. Dabei ist das Pflegepersonal im Krankenhaus anspruchsberechtigt, das im Jahr 2021 mehr als 10 COVID-19-Beatmungsfälle versorgt hat.

Die vorgesehenen Regelungen für die Langzeitpflege richten sich an Mitarbeitende, die in der Pflege und Betreuung eingesetzt sind. Die Länder, Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber erhalten dabei die Möglichkeit, die Bonushöhe aufzustocken. Die Regelungen zur Auszahlung der Sonderleistungen orientieren sich am Verfahren zu den Prämienregelungen des Jahres 2020. Auf Basis der Erfahrungen aus dem Jahr 2020 wurden für einen koordinierten Ablauf zeitliche Regelungen aufgenommen. Für die Sicherstellung der Mitwirkungspflichten der Einrichtungen und Arbeitgeber werden im Rahmen der Verfahrensregelungen Sanktionen normiert.

Zu den Regelungen der Tariftreue nach dem GVWG

In der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat sich zunehmend herauskristallisiert, dass die gesetzlichen Grundlagen zu den „Tariftreueregelungen“ weiterentwickelt werden müssen, um den Zulassungs- und Pflegevergütungs-Richtlinien, die eng aufeinander bezogen sind, Rechnung zu tragen. Dies tangiert insbesondere die erweiterte Möglichkeit für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, alternativ zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ihren Mitarbeitenden im Durchschnitt mindestens in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus für die jeweilige Beschäftigtengruppe zu zahlen. Mit der Kabinettsfassung wird diesem gesetzlichen Nachjustierungsbedarf im Vergleich zum Referentenentwurf leider nicht mehr Rechnung getragen.

Um sicherzustellen, dass die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten nachkommen, greifen die bisherigen klassischen Instrumente der Vertragsstrafen nicht. Es wird daher vorgeschlagen, die Landesverbände der Pflegekassen zu verpflichten, die fehlende Mitwirkung der jeweiligen Pflegeeinrichtung sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen und hierfür eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

Der Gesetzgeber plant in Reaktion auf die sich abzeichnenden Herausforderungen für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, insbesondere Haustarifvertragswerke einzusehen, den Landesverbänden der Pflegekassen eine Erhebungsbefugnis für die Vorlage von Tarifvertragswerken

und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen einzuräumen. Faktisch wird damit parallel zu den bereits etablierten Tarifvertragsregistern beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bei den Ländern und beim Statistischen Bundesamt auch bei den Landesverbänden der Pflegekassen ein Tarifregister eingerichtet. Weder bieten die Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen selbst einen Mehrwert für die Plausibilisierung der Mitteilungen von tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen, noch enthalten sie Informationen zur Frage der Wirksamkeit eines Tarifvertragswerkes. Diese Neuregelung ist ordnungspolitisch verfehlt, nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Sie ist auch nicht verhältnismäßig, denn damit geht ein erheblicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (Sach- und Personalaufwände) bei den Sozialpartnern, der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen einher.

Das Ausreichen von Tarifverträgen ist ausschließlich in der Verantwortung der Tarifvertragspartner. Es wird abgelehnt, dass die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgabe übernehmen und auch die datenschutzrechtliche Verantwortung, dass nicht betriebliche Belange beim Ausreichen verletzt werden, tragen sollen.

Um den nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen genügend Zeit zur belastbaren Umsetzung der Tariftreue-Regelungen im Jahr 2022 einzuräumen und mehrfache Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen im letzten Kalenderquartal zu vermeiden, wird empfohlen, den Stichtag für das „Scharfstellen“ der Tariftreue-Regelungen - die Anpassung der Versorgungsverträge zum 1. September 2022 - im Sinne einer Übergangsregelung auf den 1. April 2023 zu verschieben. Erst mit der Veröffentlichung des neuen regional üblichen Entgeltniveaus und der neuen pflegetypischen Zuschläge wird Ende November 2022 auch eine stabile Geschäftsgrundlage für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen geschaffen.

Zusätzlicher Änderungsbedarf: Umsetzung der Qualitätsverträge im Krankenhaus

Zusätzlicher gesetzlicher Änderungsbedarf besteht aus Sicht des AOK-Bundesverbandes bezüglich der Verschiebung der in § 110a SGB V noch in der Vor-Pandemiezeit gesetzten Fristen zur Sanktionierung der Krankenkassen bei der Umsetzung der Qualitätsverträge. Die SARS-CoV-2 Pandemie hat bei den Krankenhäusern dazu geführt, dass aus vielfältigen Beweggründen und Ausnahmesituationen keine oder nur eine stark eingeschränkte Bereitschaft besteht, Qualitätsverträge mit den Krankenkassen zu verhandeln und abzuschließen. Darüber hinaus beschränken die ebenfalls pandemiebedingten Veränderungen der Fallzahlen in der planbaren Regelversorgung die Datengrundlagen zur Qualitätsmessung. Daher ist eine Verschiebung der Fristen für zwei Jahre notwendig.

Zu den Änderungsanträgen 1 (Pflegeberatung), 2 (Digitale Pflegeanwendungen) sowie Änderungsantrag 3 (Pandemiebedingte Sonderregelungen) wird ebenfalls Stellung genommen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 26e KHG Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

A Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2021 sollen für Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung und für Intensivpflegekräfte in besonders durch das Coronavirus belasteten Krankenhäusern 500 Millionen Euro aus Bundesmitteln als Prämien ausgeschüttet werden. Die Regelung definiert das Nähere zur Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser und zur Höhe der Prämie für die einzelnen Berufsgruppen. Die Administration, wie z. B. die Ermittlung der Anzahl der Prämienberechtigten in den anspruchsberechtigten Krankenhäusern, erfolgt über das InEK, die Zahlung der Prämien an die Anspruchsberechtigten über die Krankenhausträger. Diese erhalten die jeweilige Gesamtsumme der Auszahlungsbeträge vom GKV-SV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der ausgezahlte Betrag wird vom Bund erstattet. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung ist durch die Krankenhäuser bis zum 30. September 2023 durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Werden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder die Nachweise nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, haben die Krankenhäuser die jeweiligen Mittel bis zum 31. Dezember 2023 an den GKV-SV zurückzuzahlen.

B Stellungnahme

Die Bundesregierung plant eine weitere Pflegeprämie aus Bundesmitteln in Höhe von 500 Millionen Euro an Pflegekräfte auszuschütten, die besonders stark durch die Covid-19 Patienten belastet wurden.

Grundsätzlich kann man politisch hinterfragen, ob Prämienzahlungen an einzelne Berufsgruppen gesamtgesellschaftlich sinnvoll sind, denn zahlreiche Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten sind stark von der Covid-19 Pandemie betroffen. So haben inzwischen, neben anderen, auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Medizinisch-Technischen-Assistenten (MTA) auf Ihre individuellen Belastungssituationen im Zusammenhang mit Covid-19 hingewiesen.

Lässt man diesen Aspekt außer Acht, ist zu begrüßen, dass der Bund bei dieser weiteren Pflegeprämie den Bundeshaushalt zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrkosten heranzieht. Die erste Pflegeprämie wurde hauptsächlich durch die GKV getragen, die Bundesländer wurden gebeten, die Prämie aufzustocken.

Der gewählte Verteilungsmechanismus ist besser, als alternativ ungezielt das gesamte Pflegepersonal unabhängig von einer Covid-19 Belastung mit einer dann geringeren Prämie auszustatten. Denn obwohl Pflegepersonal in Krankenhäusern, die sich nur unwesentlich an der Versorgung von Covid-19 Patienten beteiligen, von den Auswirkungen der Pandemie auch betroffen sind, ist der Verteilungsmechanismus

insgesamt zielgenauer im Sinn der individuellen Betroffenheit. Außerdem gibt es in wenig von Covid-19 betroffenen Krankenhäusern auch in der Pflege viele Beschäftigte, die aktuell eher weniger intensiv arbeiten müssen, so dass der differenzierte Verteilungsmechanismus zu weniger Ungerechtigkeiten führt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung

Nr. 2 und 3 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag, § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat sich zunehmend herauskristallisiert, dass die gesetzlichen Grundlagen zu den „Tariftreuregelungen“ für eine rechtssichere Umsetzung weiterentwickelt werden müssen. Hierfür werden Klarstellungen, Mitwirkungspflichten für die Pflegeeinrichtungen und ihre Träger sowie die Etablierung eines „Tarifregisters Pflege“ bei den Landesverbänden der Pflegekassen etabliert.

Mitwirkungsverpflichtungen:

Der Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung dahingehend vor, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes auch für die Pflegeeinrichtungen verbindlich sind.

Um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen ihren Mitwirkungsverpflichtungen bei der Meldung von maßgeblichen Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und von Änderungen der Angaben zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3d und 3e nachkommen, erhält der GKV-Spitzenverband den Auftrag, auch Regelungen zu Sanktionen zu treffen.

„Neues“ Tarifregister bei den Landesverbänden der Pflegekassen:

Neu werden die tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen über den Absatz 3e verpflichtet, im Rahmen ihrer jährlichen Meldung auch die zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Landesverbänden der Pflegekassen zu übermitteln.

Mit den Anpassungen im Absatz 5 des § 82c werden den Landesverbänden der Pflegekassen zwar mehr Zeit (zwei Monate statt ein Monat) für die Erstellung der Landesübersicht eingeräumt; gleichzeitig wird ihnen aber auch auferlegt, weitere Informationen aus Tarifverträgen zu veröffentlichen und auf Wunsch von Pflegeeinrichtungen Tarifvertragswerke auch zur Verfügung zu stellen, sofern betriebliche Belange nicht tangiert sind.

Verwaltungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen:

Aufgrund von Prüfaufgaben im Zusammenhang mit den nach Absatz 3e Satz 2 zu übermittelnden Tarifvertragswerken bei den Landesverbänden der Pflegekassen sieht der Gesetzesentwurf einen einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von 5.000 Euro Personalkosten sowie einen darauffolgenden jährlichen, nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand in Form von Personalaufwendungen vor. Darüber hinaus

werden einmalige und jährliche Sachmittelaufwendungen beziffert, die für den Aufbau und Betrieb eines Tarifregisters bei den Landesverbänden der Pflegekassen entstehen würden.

B Stellungnahme

Schaffung einer Rechtsgrundlage für Pflegeeinrichtungen, als „Durchschnittsanwender“ die Zulassungsvoraussetzungen für einen Versorgungsvertrag zu erfüllen, fehlt:

Die Komplexität der „Tariftreue“-Regelungen nach dem GVWG wurde insbesondere mit den ersten Erkenntnissen aus der Erarbeitung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und der Erstellung der Landesübersichten deutlich. Wurde das regional übliche Entgeltniveau nach der bisherigen gesetzlichen Grundlage als Maßstab zur Vergleichbarkeit von Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in einer Region konzeptioniert und für die Frage, ob Tarifverträge und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen wirtschaftlich im Sinne der Tariftreuregelungen sind, herangezogen, kann es mit Genehmigung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nun auch als ein Maßstab für die nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen gewählt werden.

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Abs. 3c SGB VI (vgl. § 3 Abs. 3) sehen vor, dass die Pflegeeinrichtungen mindestens eine Entlohnung ihrer Mitarbeitenden in der jeweiligen Beschäftigtengruppe im Durchschnitt zahlen, die das regional übliche Entgeltniveau für die betreffende Beschäftigtengruppe nicht unterschreitet. Da die Durchschnittswerte der tarifvertraglich und in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarten variablen pflegetypischen Zuschläge in der jeweiligen Region nicht vom regional üblichen Entgeltniveau umfasst sind, aber auch mindestens im Durchschnitt von der Pflegeeinrichtung bezahlt werden muss, ist eine entsprechende gesetzliche Ergänzung aufzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass die bereits veröffentlichten Durchschnittswerte zu den variablen pflegetypischen Zuschlägen bis zur Neuveröffentlichung auf der Grundlage der Datenmeldung zum 30.09.2022 ausgesetzt werden, kann diese Regelung erst mit Anpassung des Versorgungsvertrages greifen.

Mit der erweiterten Möglichkeit für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, auch das regional übliche Entgeltniveau für die Beschäftigtengruppen als Zulassungsmaßstab heranzuzuziehen, ist es erforderlich und schafft Rechtssicherheit, wenn die Beschäftigtengruppen gesetzlich abschließend normiert werden. Da Pflegefachpersonen mit Leitungsverantwortung – insbesondere Pflegedienstleitungen und ihre Stellvertretungen – nicht zwangsläufig überwiegend in der Pflege oder Betreuung tätig sind, sind sie entsprechend der Tarifautomatik von der Beschäftigtengruppe Fachpersonal mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung nicht umfasst. Da aber die Einhaltung der Durchschnittswerte als Teil der Zulassungsvoraussetzung sich auch auf Pflegefachpersonen mit Führungsverantwortung erstrecken soll, ist dies auch gesetzlich zu normieren und nicht

in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes als weiterer Bestandteil der Zulassungsvoraussetzung zu verankern.

Übergangsregelung schaffen, um eine belastbare Umsetzung der Tariftreueregelung sicherzustellen.

Um den nicht an tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen genügend Zeit zur belastbaren Umsetzung der Tariftreue-Regelungen im Jahr 2022 einzuräumen und mehrfache Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen im letzten Kalenderquartal zu vermeiden, wird empfohlen, den Stichtag für das „Scharfstellen“ der Tariftreue-Regelungen, die Anpassung der Versorgungsverträge zum 1. September 2022, im Sinne einer Übergangsregelung auf den 1. April 2023 zu verschieben. Erst mit der Veröffentlichung des neuen regional üblichen Entgeltniveaus und der neuen pflegetypischen Zuschläge wird Ende November 2022 auch eine stabile Geschäftsgrundlage für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sowie das Zulassungsverfahren geschaffen. Würde an der gesetzlichen Frist 01.09.2022 für die Anpassung der Versorgungsverträge ohne Übergangsregelung festgehalten, ist zu befürchten, dass nicht tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen, die sich am regional üblichen Entgeltniveau orientieren, trotz bestehender Vergütungsvereinbarungen zu Neuverhandlungen nach § 85 Abs. 7 SGB XI aufrufen. Nicht nur die gesetzlichen Fristen setzen Anreize hierfür – mit Blick auf die Neuberechnung des regional üblichen Entgeltniveaus mit Stichtag 30.09.2022, die Ende November 2022 veröffentlicht werden – auch das Aussetzen der pflegetypischen Zuschläge bis zur Neuberechnung trägt zu Unsicherheiten für die Pflegeeinrichtung bei. Als Konsequenz daraus zeichnet sich bereits ab, dass Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen für den Herbst 2022 aufgekündigt werden.

Mitwirkungsverpflichtungen:

Um sicherzustellen, dass die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten nachkommen, können Sanktionen grundsätzlich ein geeignetes Instrument sein, um Anreize für die Mitwirkung zu schaffen. Allerdings sind diese gesetzlich zu normieren und nicht die Festlegung dem untergesetzlichen Normgeber, dem GKV-Spitzenverband, zu übertragen.

Die klassischen Instrumente zur Sanktionierung von Vertragsverstößen wie Vergütungskürzung oder Kündigung von Versorgungsverträgen sind grundsätzlich nicht geeignet, um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen ihren Mitwirkungsverpflichtungen bei der Meldung von maßgeblichen Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und von Änderungen der Angaben zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3d und 3e nachkommen. Diese stehen auch in keinem Verhältnis, zumal damit nicht einhergeht, dass die Pflegeeinrichtung, auch wenn sie ihrer Mitteilungspflicht nicht nachkommt, nicht doch mindestens eine Entlohnung in Höhe eines in der Region anwendbaren Tarif-

vertrags zahlt. Vielmehr erscheint es geeigneter, dass die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihrer Veröffentlichungspflicht nach § 115 SGB XI die fehlende Mitwirkung der Einrichtung im Internet als auch in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

„Neues“ Tarifregister bei den Landesverbänden der Pflegekassen:

Die Konkretisierung, welche Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zur Verfügung gestellt werden sollen, ist in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Es bedarf hier einer Klarstellung, dass der GKV-Spitzenverband auch eine Richtlinienkompetenz innehat. Diese Neuregelungen sind daher entsprechend zu formulieren.

Die Verpflichtung zur Übermittlung der Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an die Landesverbände der Pflegekassen wird abgelehnt, denn sie haben keinen Mehrwert für die Plausibilisierung der von den tarif- und an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen mitgeteilten Informationen nach Absatz 3e. Die bisherigen Erfahrungen bei der Plausibilisierung der Datenmeldung vom 30.09.2021 haben gezeigt, dass sie weder für die Feststellung der Wirksamkeit eines Tarifvertragswerkes noch für die Plausibilisierung der Entgeltangaben hilfreich sind. So lassen sich auch keine Rückschlüsse aus vorliegenden Tarifvertragswerken ziehen, ob diese sich in der Nachwirkung befinden oder ob z. B. ein Tarifvertrag auch tatsächlich gekündigt wurde. Für die Prüfung, ob die Einrichtungen im Rahmen ihrer Sorgfalts- und Mitwirkungspflicht die maßgeblichen Informationen berechnet haben - für die sie auch eine rechtsverbindliche Erklärung abgeben müssen -, sind vielmehr weitergehende betriebliche Informationen, wie beispielsweise die tatsächliche Eingruppierung der Mitarbeitenden in der jeweiligen Beschäftigtengruppe, notwendig. Der bisherige Weg zur Klärung von Implausibilitäten mit der Einrichtung ist der zielführende bürokratiearme Weg. Es ist auch zu erwarten, dass die Implausibilitäten zukünftig gegenüber der Erstmeldung im Herbst 2021 abnehmen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes den Pflegeeinrichtungen eine verbindliche Grundlage geben, welche Informationen mit welchen Anforderungen mitgeteilt werden müssen.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Tariftreuregelungen für nicht an tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen und die damit verbundene Entscheidung, das Lohngefüge der zur Auswahl stehenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nachvollziehen zu können, ist der Zugang zu diesen Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen von elementarer Bedeutung. Derzeit sind alle kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen der Diakonie, Flächentarifverträge wie der TVöD VKA BT-B und weitere zahlreiche Tarifverträge über das Internet öffentlich zugänglich oder käuflich erwerblich (kirchliche Arbeitsrechtsregelungen der Caritas). Darüber hinaus bestehen in allen Bundesländern sogenannte Landestarifregister, beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie beim Statistischen Bundesamt gibt es auch bereits ein Tarifregister. Da die

Tarifvertragsparteien gemäß § 7 Abs. 1 TVG in Verbindung mit § 14 TVGDV verpflichtet sind, die geltende Fassung des Tarifvertragswerks zur Verfügung zu stellen, bieten diese Tarifregister für nicht an tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen einen verlässlichen Zugang. Nach § 16 Satz 1 TVGDV ist die Einsicht in das Tarifregister wie auch in die registrierten Tarifverträge jedem gestattet. Davon ist auch der Inhalt der Tarifverträge erfasst. Es ist auch davon auszugehen, dass die Tarifvertragswerke zu jeder Zeit in der aktuellen Fassung verfügbar sind, zumal eine gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage der Tarifvertragswerke besteht, deren Nichteinhaltung mit Bußgeld geahndet werden kann.

Nicht umfasst von den bereits etablierten Tarifregistern sind die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen der Caritas und der Diakonie. Diese sind derzeit jedoch öffentlich resp. käuflich zugänglich (vgl. oben). Deshalb wird angeregt, dass die bereits etablierten Tarifregister künftig um die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erweitert werden. Damit können diese Tarifregister folglich einen noch umfassenderen Einblick in die geltenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sicherstellen.

Es ist originäre Aufgabe der Tarifvertragspartner und kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen, Tarifvertragswerke und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen auszureichen. Wenn es hier nun vereinzelt zum Versagen kommt und Pflegeeinrichtungen der Zugang zu Tarifvertragswerken von den Tarifvertragspartnern verwehrt wird, ist es ordnungspolitisch verfehlt und in keiner Weise auch sachgerecht, dass die Landesverbände der Pflegekassen dieses Versagen kompensieren sollen. Damit interessierte Pflegeeinrichtungen Flächentarifvertragswerke, kirchliche Arbeitsrechtsregelungen und insbesondere Haustarifvertragswerke einsehen können, ist vielmehr auf die bereits bestehenden Tarifregister zurückzugreifen (vgl. oben).

Da das Ausreichen von Tarifverträgen ausschließlich in der Verantwortung der Tarifvertragspartner liegt, ist es abzulehnen, dass die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgabe übernehmen und damit auch die datenschutzrechtliche Verantwortung tragen sollen, dass keine betrieblichen Belange beim Ausreichen verletzt werden.

Verwaltungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen:

Die im Gesetzesentwurf bezifferten Erfüllungsaufwände, die aufgrund der geplanten Neufassung der §§ 72 Abs. 3e und 82c Abs. 5 SGB XI entstehen, bilden nicht den vermuteten Aufwand ab. So entstehen bspw. erhebliche Archivierungskosten für die jährlich einzureichende durchgeschriebene Fassung der Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sowie weitgehende personelle Ressourcenaufwendungen, insbesondere mit Blick auf die Überprüfung der Betroffenheit von schutzwürdigen betrieblichen Belangen von Tarifvertragswerken. Aufgrund meist jährlicher Tarifverhandlungen und Beschlüssen von kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen werden Inhalte von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen

gen angepasst. Dieser Tatbestand löst somit kontinuierliche jährliche Prüfaufwände insbesondere mit Blick auf die Überprüfung der Betroffenheit von schutzwürdigen betrieblichen Belangen von Tarifvertragswerken aus, die ausgereicht werden sollen. Dabei ist auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass personelle Ressourcen bei den Landesverbänden der Pflegekassen gebunden werden und damit nicht mehr für die originären Aufgaben der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen.

In der Gesamtbewertung ist mit der Etablierung eines Tarifregisters bei den Landesverbänden der Pflegekassen und damit einer Parallelstruktur nicht nur ordnungspolitisch verfehlt, sondern auch nicht verhältnismäßig, denn durch diesen Aufbau einer Parallelstruktur geht nicht nur ein erheblicher Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen, sondern auch für die Pflegeeinrichtungen und für die Tarifvertragspartner und kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen einher.

C Änderungsvorschlag

In § 72 Abs. 3b werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:

„Die Höhe der Entlohnung im Sinne von Satz 1 gilt auch dann als nicht unterschritten, wenn Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 diesen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, mindestens im Durchschnitt eine Entlohnung zahlen,

1. die das jeweilige regional üblichen Entgeltniveau für die Qualifikationsgruppe nach Satz 3 und
2. ab dem 1. April 2023 die tarifvertraglich und in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarten pflegetypischen Zuschläge in der Region in der aktuellen veröffentlichten Fassung nach § 82c Absatz 5 nicht unterschreiten. Dabei ist das regional übliche Entgeltniveau für folgende vier Qualifikationsgruppen einzuhalten:
 - a. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung im Sinne von Nummer 2,
 - b. Pflege- und Betreuungskräfte mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr,
 - c. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung,
 - d. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung und Leitungs- und Führungsverantwortung.

In § 72 Absatz 3d wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchliche Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind oder welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen

Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b Satz 1 für sie maßgebend sind oder ob sie mindestens eine Entlohnung im Sinne des Absatzes 3b Satz 2 und 3 zahlen.“

In § 72 Absatz 3d wird der letzte Satz wie folgt gefasst:

„Die Mitteilung nach Satz 3 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. April 2023.“

Die Neuregelungen des § 72 Absatz 3c, Sätze 2 und 3 sind zu streichen.

In § 115 wird ein neuer Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht wird, wenn und solange die Pflegeeinrichtungen ihren Mitteilungsverpflichtungen nach § 72 Absätze 3d und 3e nicht nur vorübergehend nicht nachkommen.“

In § 72 Absatz 3e wird Satz 2 wie folgt ersetzt:

„Dabei sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Ermittlung des regional üblichen Entgeltlevels nach § 82c Absatz 2 und für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen im Sinne von Absatz 3b Satz 2 und 3 mitzuteilen. Das Nähere regelt der Spitzenverband der Pflegekassen in den Richtlinien nach Absatz 3c und § 82c Absatz 4.“

In § 82c Absatz 5 ist Satz 3 zu streichen.

Nr. 4 § 150a SGB XI Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie

A Beabsichtigte Neuregelung

Der angepasste § 150a SGB XI sieht eine Regelung zur Zahlung und Refinanzierung einer einmaligen Sonderleistung (Corona-Pflegebonus) im Jahr 2022 für Beschäftigte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen vor. Durch die Umbenennung der Corona-Prämie in Corona-Pflegebonus wird klargestellt, dass es sich bei der Sonderzahlung um den Corona-Pflegebonus für das Jahr 2022 handelt. Der Bund zahlt zur Refinanzierung dieser Bonuszahlung bis zum 1. September 2022 einen Betrag von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Zugelassene Pflegeeinrichtungen werden zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Pflegebonus) von bis zu 550 Euro an ihre Beschäftigten verpflichtet. Die Boni können durch die Länder, Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber aufgestockt werden. Die Auszahlung des Bonus erfolgt an die Pflegeeinrichtungen bis spätestens 1. Oktober 2022. Keine Sonderleistung erhalten Beschäftigte, die aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 20a Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes am 30. Juni 2022 zwar beschäftigt, aber nicht tatsächlich tätig sind. Das Nähere zu den Auszahlungen wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Pflegekassen in einer Festlegung geregelt. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni anzuzeigen.

B Stellungnahme

Die einmalige Sonderzahlung im Jahr 2022 dient der Anerkennung aller in der Pflege und Betreuung eingesetzten Beschäftigten. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird eine Verpflichtung der Betreiber von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und sonstigen Arbeitgebern gegenüber ihren Beschäftigten geschaffen, indem diese zu einer Zahlung des Corona-Bonus verpflichtet werden. Vorab erhalten die Arbeitgeber den zur Auszahlung benötigten Betrag von der sozialen Pflegeversicherung. Um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, bedarf es aufgrund der Erfahrungen aus dem Jahr 2020 eines gesetzlich geregelten Meldezeitraumes für die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber sowie eines ausreichend langen Bearbeitungszeitraumes durch die Pflegekassen. Im Jahr 2020 gab es durch kurze Fristsetzungen erhebliche Mehrarbeit bei den Pflegeeinrichtungen, Arbeitgebern und den Pflegekassen aufgrund von Nachkorrekturen und -meldungen. Da der Bemessungszeitraum vom 1. November 2020 bis 30. Juni 2022 angesetzt ist, ist eine Antragsstellung durch die Einrichtungen bis zum 31. Juli 2022 vorgesehen. Die Auszahlung durch die Pflegekassen soll bis spätestens 30. September 2022 erfolgen.

Die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber sind den Pflegekassen gegenüber verpflichtet, den tatsächlich ausgezahlten Pflege-Bonus nachzuweisen. Eine Vielzahl von Pflegeeinrichtungen und Arbeitgebern ist im Jahr 2021 dieser Verpflichtung zum

Nachweis der ersten Prämienzahlung nicht oder erst nach mehrmaliger Aufforderung nachgekommen. Daher ist es erforderlich eine Sanktionsmöglichkeit für die Pflegekassen einzuräumen. Bei fehlender Mitwirkung oder Falschangaben hinsichtlich der in § 150a SGB XI genannten Voraussetzungen durch die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgebern bedarf es einer Kontrollmöglichkeit sowie Rückforderungs- und Aufrechnungsmechanismen für die Pflegekassen. Dies hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Verfahrensregelungen festzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 1 - 3 § 15 Abs. 2a KHG, Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Nummern 2 und 3.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund von Nummer 3.

Die Änderung von § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 führt dazu, dass der bisher gültige vorläufige Pflegeentgeltwert von 163,09 € bis zum 30.06.2022 gilt.

Zu Nummer 3

Die Änderung von § 15 KHG führt dazu, dass § 15 Absatz 2a Satz 1 um die Nummern 4 und 5 ergänzt wird. § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 legt fest, dass vom 1.07.2022 bis zum 31.12.2022 der vorläufige Pflegeentgeltwert 200 Euro beträgt. § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 5 legt fest, dass der vorläufige Pflegeentgeltwert ab dem 1. Januar 2023 171 Euro beträgt.

B Stellungnahme

Zu Nummer 1

Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Nummer 2

Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Nummer 3

Der Gesetzgeber begründet die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 200 Euro für den Zeitraum vom 01.07.2022 bis zum 31. 12.2022 mit der Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser, die bislang keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart haben.

Die angestrebte Regelung trägt zur Liquiditätssicherung bei, ist als Pauschallösung aber nicht zielgerichtet. Unklar bleibt zudem, warum die Lösung erst ab dem 01.07.2022 gelten soll, sofern die Prämisse stimmt, dass die Krankenhäuser tatsächlich bereits jetzt Liquiditätsengpässe haben sollten. In diesem Zusammenhang ist die zeitliche Übereinstimmung mit dem Auslaufen der Corona-Hilfen zum 30.06.2022 jedenfalls ein bemerkenswerter Zufall.

Unabhängig von der Frage nach der Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwertes sind

aus Sicht des AOK-Bundesverbandes Maßnahmen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen das wirksamste und zielführendste Instrument um die Liquidität von Krankenhäusern zu sichern. Es sollten daher zunächst primär inhaltliche Lösungsansätze im Vordergrund stehen, die pragmatische Verhandlungen (insbesondere mit Blick auf das Pflegebudget) auf der Ortsebene ermöglichen. Die befristete Ausschüttung eines vorläufigen Pflegeentgeltwertes von 200 Euro setzt zumindest keinen Anreiz für einen zügigen Abbau des Verhandlungsstaus bei den Budgetverhandlungen.

Die langfristig vorgeschlagene, moderate Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 171 Euro ab dem Jahr 2023 ist sachgerecht und entsprechend zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V

Sachstand

Gemäß § 110a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V wird den Krankenkassen auferlegt, ab 2022 pro Jahr 0,30 Euro pro Versicherten für Qualitätsverträge auszugeben. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben den Betrag nach Satz 1, so hat die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen.

Änderungsbedarf und Begründung

Im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie zeigt sich auf der Leistungserbringerseite eine klare Depriorisierung bzgl. der Bereitschaft Qualitätsverträge mit zu entwickeln und mit Krankenkassen abzuschließen. Hierfür werden insbesondere eine maximale Personalauslastung und die komplexen Aufgaben im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen (Entwicklung, Vertragsverhandlung, Rekrutierung Patienten, aufwändige Evaluation) angeführt. Darüber hinaus wird im Rahmen einer Fallzahlabstimmung für die planbaren Leistungen weiterhin ein immer noch nicht wieder erreichter „Normalbetrieb“ beschrieben. Dies erschwert deutlich die Vertragsvorbereitung auf Grundlage von Ist-Daten aus den vergangenen Pandemiezeiten und stellt die sogenannte „base-line“ Messung als Ausgangsbasis zur Qualitätsbeurteilung im Verlauf in Frage. Auch die Daten aus den Umsetzungszeiträumen sind höchstwahrscheinlich nur eingeschränkt übertragbar auf die „Regelversorgung“. Insbesondere für den Leistungsbe- reich Langzeitbeatmung kann unter dem Aspekt der Pandemie weiterhin noch nicht von einer Normalisierung ausgegangen werden.

Schon die Regelversorgung bereitet den Leistungserbringern Probleme, dies führt dort zu keiner Bereitschaft ein sogenanntes „add-on“ wie Qualitätsverträge anzugehen. Die außerordentliche Situation der Krankenhäuser wurde vom Gesetzgeber mehrfach wahrgenommen und bestätigt sowie durch vielfache Ausnahmetatbestände berücksichtigt.

Somit sind die vom Gesetzgeber in Vor-Pandemiezeiten formulierten Fristenregelungen bzgl. der finanziellen Sanktionen gegenüber den Krankenkassen nicht mehr haltbar. Diese müssen daher um zwei Jahre verschoben werden.

Änderungsvorschlag

In § 110a Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz werden die Worte „im Jahr 2022“ durch „im Jahr 2024“ ersetzt.

In § 110a Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Worte „von 2023 bis 2028“ durch die Worte „2025 bis 2031“ ersetzt

In § 110a Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2022“ durch die Wörter „erstmals für das Jahr 2024“ ersetzt

Digitale und telefonische SGB XI-Pflegebegutachtung regelhaft ermöglichen

Hintergrund

Regelhaft findet die Pflegebegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich des Versicherten statt. Mit der SARS-CoV-2 Pandemie wurde befristet ermöglicht, die Pflegebegutachtung auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich durchzuführen. Diese pandemisch begründete Sonderregelung soll in die Regelversorgung überführt werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst haben sich aufgrund der pandemischen Lage neben der Untersuchung im Wohnbereich des Antragstellers auch andere Formen wie strukturierte Telefoninterviews als ebenso zielführend etabliert. Aus den Erfahrungen der pandemischen Lage ist erkenntlich, dass ein strukturiertes Telefoninterview fachlich und inhaltlich nahezu gleichwertig zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich ist. Daher erscheint es sachgerecht, auch anderer Begutachtungsformen regelhaft den Antragstellern als Begutachtungsformen anzubieten. Den Antragstellern eine Auswahl unterschiedlicher Begutachtungsformen zu geben, stärkt die individuellen Interessen der pflegebedürftigen Personen. Eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich wird dadurch nicht ausgeschlossen, sondern wird auf Wunsch der Antragsteller erfolgen. In den Richtlinien des MD Bund sind die infrage kommende Fallkonstellationen festzulegen.

Zudem wird aufgrund der Einbindung in die effizienten Prozessabläufe sowohl beim Medizinischen Dienst als auch bei den Pflegekassen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Antragsteller fristgerecht eine Entscheidung der Pflegekasse über ihre Anträge erhalten.

Die Erstbegutachtung ist hiervon ausgenommen. Hier erfolgt die Begutachtung ausschließlich im persönlichen Wohnbereich des Antragstellers.

Änderungsvorschlag

§ 18 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten zu untersuchen. Die erstmalige Untersuchung ist immer im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchzuführen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter können bei Folgebegutachtungen den Versicherten anbieten, die Untersuchungen telefonisch oder per Videokonferenz anbieten, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Der MD Bund regelt hierzu Näheres in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Das Recht des Versicherten auf eine Untersuchung in seinem Wohnbereich

bleibt unberührt. Erteilt der Versicherte zur Begutachtung durch den MD oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.“

IV. Zu einzelnen Regelungen der fachfremden Änderungsanträge

Änderungsantrag 1

§ 37 Abs 3 sowie § 123 Abs 1 und 6 SGB XI Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur besseren Verständlichkeit wurde der Anspruch nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Erbringung der Beratungspflichtbesuche in den Absätzen 3 bis 3c neu strukturiert. Die Beratungspflichtbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Im Absatz 3 wird zudem die Option geschaffen, die Beratungspflichtbesuche grundsätzlich auch als Videotelefonie dem Versicherten anzubieten. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erstmalige Beratung erfolgt jedoch in jedem Fall in Form der persönlichen Begegnung vor Ort in der Häuslichkeit. Die näheren Ausführungen zur Durchführung der Beratung als Videokonferenz sind in die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche aufzunehmen. Die Videokonferenzsysteme sollen angemessenen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit entsprechen. Die Anforderungen an die Datensicherheit gelten als erfüllt, wenn es sich um einen zertifizierten Videodienstanbieter im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch handelt (siehe § 365 SGB V).

B Stellungnahme

Aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie wird die Möglichkeit der Erbringung der Beratungspflichtbesuche als Videokonferenz grundsätzlich begrüßt. Jedoch stellen die technischen Voraussetzungen für eine Video-Beratung aktuell oft noch eine zu hohe Hürde für die Nutzung dar. Im Sinne des effektiven Einsatzes von Ressourcen und als niedrigschwelliger Ansatz sollte die telefonische Beratung ebenfalls ermöglicht werden. Diese neuen Formen der Beratung sollten jedoch nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten erfolgen.

Unklar bleibt aktuell wie es sich bei den Beratungspflichtbesuchen bei pflegebedürftigen Versicherten mit Pflegegrad 1 und pflegebedürftigen Versicherten, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, verhält. Diese können auf eigenen Wunsch halbjährlich einmal eine Beratung in Anspruch nehmen. Da es sich um eine freiwillige Inanspruchnahme der Leistung handelt, sollte diese auf Wunsch des Versicherten grundsätzlich immer als Telefon oder Videoberatung erfolgen können.

Die Vergütung der Beratungspflichtbesuche kann nach Pflegegraden gestaffelt werden; aber auch die Form der Beratung ist für die Vergütungsfindung maßgeblich und sollte daher berücksichtigt werden. Die persönliche Beratung, der Umfang und die technischen Anforderungen unterscheiden sich und müssen bei der Vergütung bemessen werden.

Mit der Neustrukturierung der gesetzlichen Grundlagen zu den Beratungspflichtbesuchen bietet es sich an, weitergehenden redaktionelle Anpassungen auch mit Blick auf die neue Berufsbezeichnung durch das Pflegeberufegesetz vorzunehmen.

C Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt ergänzt und ein neuer Satz 5 eingefügt:

„Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt jede zweite Beratung bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, 3, 4 und 5 per Telefon oder Videokonferenz, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, können auf eigenen Wunsch auch ausschließlich die Beratung per Telefon oder Videokonferenz in Anspruch nehmen.“

In § 37 Absatz 3a Satz 2 wird „nach § 7c“ ergänzt.

„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote nach § 7c sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“

In § 37 Absatz 3c Satz 3 wird das Wort Pflegefachkraft durch das Wort Pflegefachperson ersetzt.

Der § 37 Absatz 3c Satz 4 wird ergänzt:

„Die Vergütung kann nach Pflegegraden, nach telefonischer und Video-Beratung gestaffelt werden.“

In § 37 Absatz 3c Satz 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2020“ gestrichen.

Änderungsantrag 2

§ 40a Absatz 2 SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die erstmalige Bewilligung einer Digitalen Pflegeanwendung soll auf höchstens 6 Monate befristet werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet innerhalb der Befristung zu prüfen, ob die Versorgung mit der Digitalen Pflegeanwendung die Zwecksetzung erfüllt und ob die Digitale Pflegeanwendung verwendet wird. Dazu sollen die pflegebedürftigen Personen vorzugsweise telefonisch befragt werden. Sofern die Prüfung positiv ausfällt, soll im Anschluss eine unbefristete Bewilligung ausgestellt werden. Damit soll eine erneute Antragstellung entfallen.

B Stellungnahme

Die Befristung der Versorgung mit einer Digitalen Pflegeanwendung auf höchstens 6 Monate wird begrüßt. Unklar ist hingegen, nach welchen Kriterien die Überprüfung der Zwecksetzung erfolgen soll. Nach Absatz 1 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen die genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Nach § 78a SGB XI haben die Hersteller bereits den pflegerischen Nutzen einer Pflegeanwendung nachzuweisen. Genau Kriterien dafür liegen bisher nicht vor, jedoch sollte von einer Pflegeanwendung zu erwarten sein, dass diese Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen mindert oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirkt. Daher ist eine erneute Zweckprüfung durch Pflegekasse abzulehnen. Eine Überprüfung der weiteren Verwendung der Pflegeanwendung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Nach § 40a Absatz 2 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse zu überprüfen, ob die digitale Pflegeanwendung verwendet wird. Sie darf dazu die pflegebedürftige Person befragen und die hierbei erhobenen Daten verarbeiten. Bei erfolgreichem Ausgang der Prüfung hat sie eine unbefristete Bewilligung zu erteilen. Ein erneuter Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Änderungsantrag 3

§ 150 Abs. 1, 5 und 5b SGB XI Pandemiebedingte Sonderregelungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Kostenerstattungsverfahren wird aufgrund derzeitigen Pandemielage inhaltlich neu ausgerichtet. Eine Erstattungsfähigkeit von Coronavirus-SARS-CoV-2-bedingten, nicht anderweitig finanzierten außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen ist ab dem 01. Juli 2022 nicht mehr vorgesehen. Die bisherigen Verfahren zur Regelung des Anspruchs auf Erstattung von Beschaffungskosten für selbst beschaffte PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen werden fortgeführt. Die Erstattungsansprüche nach der Coronavirus-Testverordnung, in ihrer jeweils geltenden Fassung im Rahmen der dort für die berechtigten Einrichtungen und Unternehmen festgelegten Kontingente, können wie bisher bei einer Pflegekasse geltend gemacht werden.

Die Anzeigepflicht der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen von wesentlichen Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Versorgung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 wird bis 31. Dezember 2022 verlängert.

Den Pflegekassen wird ebenfalls bis 31. Dezember 2022 ermöglicht, auf individuelle Versorgungsengpässe flexibel zu reagieren und die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 sicherzustellen. Bis 31. Dezember 2022 erhalten pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 1 die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag flexibel einzusetzen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner