

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023
und zum
Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Gute Pflege stabil finanzieren“ BT-Drs. 20/6546**

A. Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen, die in vielen Sozial-, Pflege- und Gesundheitsbereichen tätig sind.

Der Paritätische nimmt zu dem o.g. Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz und zu dem Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE wie folgt Stellung. Zu dem überwiegenden Teil der Einzelregelungen haben die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, die hier als Anlage 1 beiliegt. In diesem Teil der Stellungnahme beziehen wir uns darüber hinaus auf das Thema:

1. Refinanzierung der Eigenanteile bzw. Einführung einer Pflegevollversicherung

und auf das Thema

2. Leiharbeit.

B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Refinanzierung der Eigenanteile bzw. Einführung einer Pflegevollversicherung:

Die bisher im Entwurf des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) vorgesehenen Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung sind nicht ausreichend. Der Paritätische hebt als besonders besorgniserregend hervor, dass mit diesem Gesetzentwurf erneut keine dringend notwendige Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, vor allem in Bezug auf die Finanzierung von Pflege, erfolgt. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung zwingend notwendig. Die im Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE geforderte Erhöhung der unterschiedlichen Leistungsbeträge um 20 %, statt i.d.R. 5 % sowie eine jährliche Dynamisierung usw. geht für den Moment in die richtige Richtung, löst aber, wie der Fraktion auch selber bekannt ist - das Problem nicht, weswegen weitere Schritte gefordert werden.

Der Paritätische konstatiert daher, dass endlich eine komplette Lösung und ein langfristiger Plan (Gesamtplan)entwickelt und umgesetzt werden muss. Finanzierung und Eigenanteile sind die Schlüsselthemen. Andernfalls werden die Nöte und die "Furcht" pflegebedürftiger Menschen vor Unterversorgung, hohen Eigenanteilen oder Armut nicht richtig aufgegriffen. Weitere Zuschüsse, Dynamisierung von Leistungen usw. setzen Stückwerk fort und werden nicht ausreichend sein, um das Problem zu lösen. Daher spricht der Paritätische sich schon seit längerem für eine Pflegevollversicherung aus. Wenn keine hinreichende Lösung zur Finanzierung der pflegebedingten Eigenanteile herbeigeführt wird, wird die Umsetzung der kostenintensiven Themen (Löhne, Arbeitsbedingungen, mehr Personal) für alle in große Schwierigkeiten geraten, Pflegearmut und Sozialhilfeabhängigkeit weiter ansteigen und insbesondere die Unterversorgung im ambulanten Bereich eklatante Ausmaße annehmen.

Für Pflegebedürftige, die bis zu zwölf Monate im Pflegeheim versorgt werden, fallen ab Mitte 2023 im Durchschnitt 2658 € aus eigener Tasche an. Diese Kosten setzen sich zusammen aus Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten einerseits und Pflege- und Ausbildungskosten andererseits. Das Einkommen reicht oft nicht, um die eigene Pflege zu finanzieren. So lag laut Alterssicherungsbericht der Bundesregierung 2020 das durchschnittliche Einkommen von alleinlebenden Rentner*innen bei

etwa 1700 € und damit deutlich unter den durchschnittlich anfallenden Eigenanteilen für einen Heimplatz. Bei Ehepaaren waren es 2.900 €. Nach Abzug der pflegebedingten Kosten verbleiben Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten – in nennenswerter Höhe, weswegen der Paritätische die Auffassung vertritt, dass eine Bezuschussung, Begrenzung oder Reduktion des Eigenanteils, (bspw. durch die Herausnahme der Behandlungspflegekosten oder der Ausbildungskosten) oder durch eine Deckelung auf einen Sockelbetrag nicht mehr ausreichend ist. Im Durchschnitt müsste ein(e) Pflegeheimbewohner*in unabhängig von der Verweildauer immer noch 1413 € Eigenanteil aufbringen, wenn die reinen Pflegekosten vollständig übernommen würden, was unterhalb der durchschnittlichen Einkommen läge:

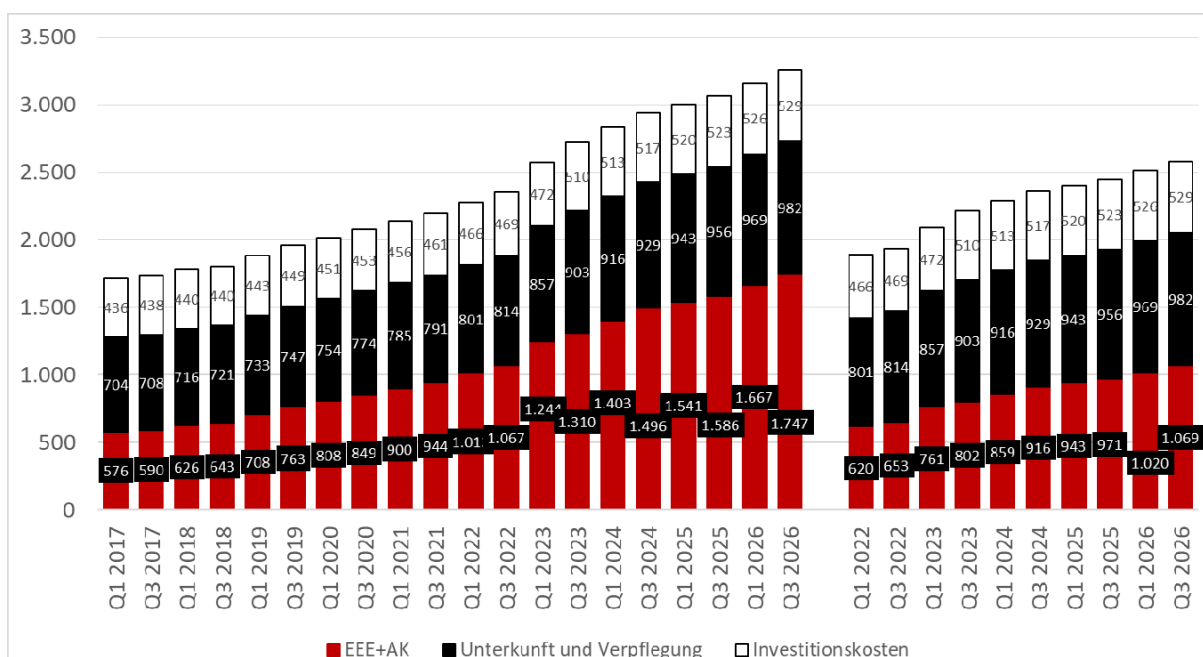
Eigenanteilsbelastung Pflegeheim, Prognose 3. Quartal 2023¹ / Beispiel:

	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>ohne Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes</u>	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>mit Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes</u>	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>mit Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes für bis zu 12 Monate</u>
	Eigenanteil Heimkosten	Eigenanteil Heimkosten	Eigenanteil Heimkosten
<u>Pflegebedingte Kosten & Ausbildungskosten</u>	1310 €	802 €	1245 €

¹ Stand 3. Quartal 2023 (Rothgang et al., 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, Feb. 2023.)

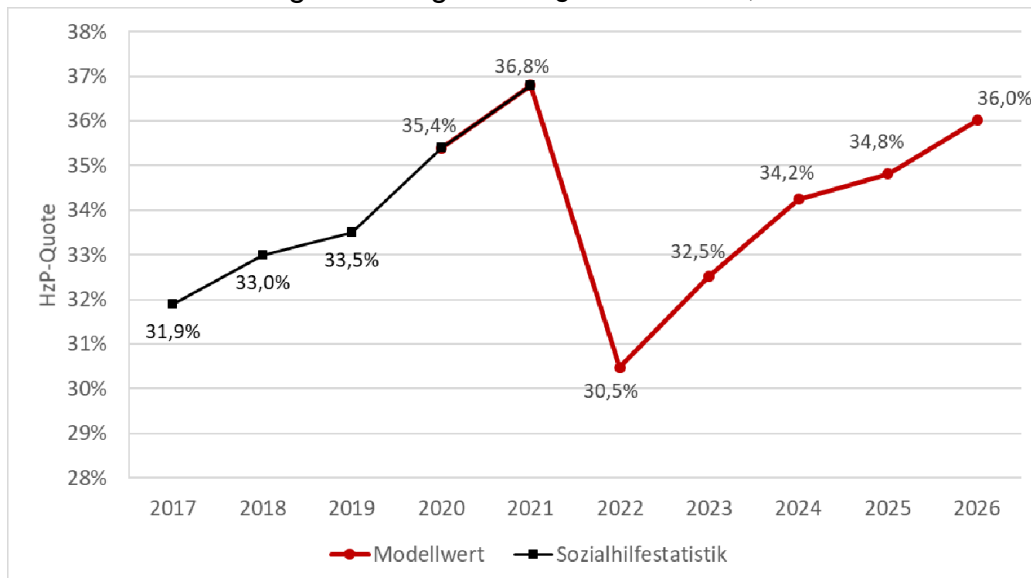
Unterkunft & Verpflegung	903 €	903 €	903 €
Investitionskosten	510 €	510 €	510 €
Gesamt	<u>2723 €</u>	<u>2215 €</u>	<u>2658 €</u>

Pflegebedingte Eigenanteile steigen bis 2026 im ersten Jahr der Heimversorgung um über 33%. Die Quote der Hilfe zur Pflege wird demzufolge von derzeit knapp 33 % auf 36 % in 2026 steigen. Die mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz avisierte Erhöhung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI (z.B. von 5 % auf 10 % in den ersten 12 Monaten der Heimversorgung) wird diese Entwicklung nur marginal beeinflussen können:



Der rechte Block dieser Abbildung zeigt die Durchschnittswerte bei Berücksichtigung der Zuschläge nach § 43c SGB XI. Quelle: Rothgang et al. 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit,

Feb. 2023 - Abbildung 5: Entwicklung der Eigenanteile bei Berücksichtigung durchschnittlicher Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI, S. 26.



Quelle: Rothgang et al., 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, Feb. 2023 - Abbildung 7: Anteil der Heimbewohner:innen, die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beziehen (HzP-Quote), S. 28.

Ohnehin ist die Zuschussregelung nach § 43c SGB XI sozial nicht ausgewogen. Auch wenn die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen länger ist als angenommen, scheint es gesichert zu sein, dass dennoch die Hälfte der Heimbewohner*innen nicht mehr in den Genuss höherer Zuschüsse nach dem ersten Jahr kommt. D.h. die Mehrzahl von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen trägt die größte Last der Eigenanteile und verstirbt dann. Aus etwas älteren Zahlen ergibt sich, dass von Heimeinzügen der Jahre 2013 bis 2017 nach einem Jahr 55,5 % bis 58,7 % der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 41,4 % bis 44,1 % und nach vier Jahren noch 21,9 % bis 23,8 % im Pflegeheim leben. Zahlen aus dem Jahr 2019 zeigen hingegen, dass nach einem Jahr aber nur noch 49,8 % im Pflegeheim leben².

² Siehe BARMER Pfleregereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 91

Eine Vollversicherung muss zwingend auch den ambulanten Bereich umfassen. Sämtliche durch einen unabhängigen pflegerischen-medizinischen Dienst / MD für bedarfsgerecht erachtete Pflegeleistungen müssen über ein „Pflegerzept“ in vollem Umfang und ohne Eigenanteile vollständig von den Kassen übernommen werden, andernfalls wird notwendige Pflege zu Hause nicht mehr im ausreichenden Maße in Anspruch genommen. Lüngen (2012) geht nicht davon aus, dass ein Vollversicherungsmodell eine Überversorgung auslöst, sondern einer bestehenden Unterversorgung entgegenwirkt, nicht zuletzt deswegen, weil 40 Prozent der von Pflege betroffenen Haushalte in einer niedrigen Einkommensgruppe liegen³.

Im 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurde ein geeignetes „Drei-Instanzen-Modell“ für die Bedarfsfeststellung beschrieben, wobei in diesem Gutachten ein sektorübergreifender Einsatz, also auch stationär, vorgesehen ist, was vollkommen sinnvoll ist. In der ersten Instanz stellt der Medizinische Dienst wie bisher mit dem bestehenden Begutachtungsinstrument den Pflegebedarf fest. Anstelle des Pflegegrades (oder unseres Erachtens auch zusätzlich dazu, z.B. wg. Pflegegeld) bemisst er ein individuelles, bedarfsgerechtes und ortsunabhängiges Leistungsbudget. Die zweite Instanz bildet ein gut ausgebautes Case-Management auf kommunaler Ebene (z. B. Pflegestützpunkte). Es stellt die individuelle Beratung sicher, mit dem Ziel, den für alle Beteiligten optimalen Einsatz professioneller Dienste und zivilgesellschaftlicher Leistungserbringer zu ermöglichen. Der beauftragte Pflegedienst sichert in der dritten Instanz für seinen Anteil am Leistungsbudget die tägliche Leistungsplanung und -erbringung sowie die Qualitätssicherung für das gesamte Pflegearrangement. Pflegeprofis, aber auch zivilgesellschaftliche Akteure erhalten im neuen System mehr Verantwortung für eine gelingende Pflege und Betreuung im Quartier⁴.

Wie Studien in der Vergangenheit gezeigt haben, ist eine Vollversicherung finanziell umsetzbar. Dazu wären Einnahmen der SPV erforderlich, wie sie durch eine Bürgerversicherung generiert werden können. Die vom Paritätischen geforderte Verbreiterung der Einnahmebasis der Pflegeversicherung durch den Ausbau in eine solidari-

³ Siehe Lüngen (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück, Hochschule Osnabrück.

⁴ Siehe Rothgang et al. (2019). 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegerreform, Kurzfassung, S. 17.

sche Bürgerversicherung kann sicherlich nicht kurzfristig, aber administrativ vergleichsweise einfach umgesetzt werden, weil die Leistungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung gleich sind. In beiden Versicherungssystemen gibt es einen Kontrahierungszwang. Die Prämien in der privaten Pflegeversicherung dürfen – abweichend von allen anderen privaten Versicherungszweigen – nicht nach Gesundheitsrisiken oder Geschlecht kalkuliert werden. Kinder werden in der privaten Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert und Ehepartner*innen sowie Lebenspartner*innen aus eingetragenen Lebenspartnerschaften werden gemäß § 110 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2e und 2g sowie Absatz 3 SGB XI vor Überforderung durch zu hohe Prämien geschützt. Dieses bietet besondere Voraussetzungen zur zügigen und vollständigen Integration beider Versicherungszweige. Im Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE wird vorgeschlagen, die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen, weitere Einkommensarten einzubeziehen und grundsätzlich die Private Pflegeversicherung in das soziale Pflegeversicherungssystem zu integrieren. Der Paritätische teilt die Forderungen nach Einführung einer Bürgerversicherung auch in der Pflege. Dies beinhaltet die Forderung nach einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten und einer deutlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Berechnungen zeigen für das Referenzjahr 2017, dass für ein Vollversicherungsmodell 8,5 Mrd. € mehr ausgegeben werden müssten bzw. dass der Beitragssatz um 0,61 % steigen würde. Mit einem Pflegebürgervollversicherungsmodell ließen sich Mehrausgaben und Beitragssatzsteigerung mit 0,02 % Steigerung nahezu kostenneutral umsetzen⁵. Da die Zahl der Pflegebedürftigen anwächst und die Kosten zwischenzeitlich erheblich gestiegen sind, sind die o.g. Annahmen nicht mehr ohne Weiteres übertragbar. Allerdings zeigen die Berechnungen, dass ein Vollversicherungsmodell grundsätzlich möglich und nicht utopisch ist. Zudem kann argumentiert werden, dass in Zeiten der Vollbeschäftigung – und bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Erwerbspersonenpotential tatsächlich abnimmt – die Einnahmen der Sozialversicherungen gut sind. Eine konsequente Einwanderungspolitik und die Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegeversicherung ist ohnehin erforderlich, wenn mit der Überalterung der Gesellschaft die Umlagefinanzierung weiterhin funktionieren soll. Kosten

⁵ Siehe Rothgang, Domhof, 2019: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung - Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung, Hans-Böckler-Stiftung, Nummer 150, S. 65.

für eine Vollversicherung mögen steigen, aber tut man nichts, erhöht sich die Pflegearmut bzw. die Sozialhilfequote im stationären Bereich und die Unterversorgung im ambulanten Bereich.

2. Leiharbeit (Artikel 1 - §§ 75, 82c, 113c SGB XI)

Die Zunahme der Leiharbeit in der Alten- und Langzeitpflege geht zu Lasten Pflegebedürftiger, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen. Sie konterkariert die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und belastet das ohnehin bedrängte System weiter: Für die Stammebelegschaft bedeutet die Zunahme von Leiharbeit die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, die benötigte Einarbeitung von Leiharbeitspersonal und die Übernahme von Wochenend- und Nachtdiensten. Dies bringt Betriebsfrieden und -abläufe dauerhaft in Gefahr. Pflegebedürftige sehen sich durch den Anstieg von Leiharbeitnehmer*innen in Pflegeeinrichtungen mit häufig wechselnden Ansprechpartner*innen konfrontiert. Dies widerspricht einem professionellen Verständnis von Pflege und kann die Qualität der Pflegeleistungen verringern.

In der Coronapandemie hat sich die ohnehin schwierige Personalsituation für Pflegeeinrichtungen nochmals verschärft. Die Abhängigkeit der Träger von Leiharbeit, um die erheblichen personellen Lücken zu schließen und die Versorgung aufrecht zu erhalten, war nie größer. Gleichzeitig sind die Kosten für Leiharbeit immer weiter gestiegen und die Attraktivität der Leiharbeit nimmt, bei gleichzeitigem Verlust des Stammpersonals in Einrichtungen, zu. Repräsentative Daten zur Höhe der Kosten liegen im Pflegebereich nicht vor, aber Erfahrungswerte zeigen, dass 8000 € (brutto) für eine Vollzeitkraft im Monat keine Seltenheit sind. Die Anzahl der Leiharbeitskräfte habe sich laut Bundesagentur für Arbeit im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert. Im Bundesdurchschnitt weist die Statistik der Bundesagentur für Arbeit zwei Prozent aller Arbeitnehmenden in Pflegeberufen als Leiharbeitende aus. So kann überschlagen werden, dass bei rd. 12.000 Leiharbeitskräften in der Langzeitpflege (vorausgesetzt diese sind in Vollzeit beschäftigt) und 2000 – 3000 € Mehrkosten je Leiharbeitskraft und Monat ein wirtschaftlicher Schaden pro Jahr in Höhe von 288 bis 432 Mio. € entsteht. In der Krankenpflege kämen nochmal 22.000 Leiharbeitskräfte dazu, aber die Zuordnung zum Krankenhaussektor oder ambulanter (Hauskranken-)pflege oder stationärer Pflege ist nicht ohne weiteres möglich. Allerdings steht die Tatsache, dass sich die Anzahl der Leiharbeitskräfte kaum verändert haben soll, im Widerspruch zu den Anzeigen der Mitgliedsorganisationen.

Der Corona-Pflege-Rettungsschirm für Pflegeeinrichtungen hatte zwischenzeitig die finanziellen Mehraufwendungen aufgefangen. Dieser wurde im Sommer 2022 weitestgehend eingestellt und seitdem fällt die Refinanzierung wieder überwiegend zurück auf die Einrichtungen. Die Berücksichtigung von Leasingkosten oder der vollständigen Kosten in Pflegesatzvereinbarungen war bereits vor der Pandemie sehr schwierig bis unmöglich, daran hat sich nichts geändert.

Derzeit auf Leiharbeit zu verzichten, heißt Plätze für Pflegebedürftige stillzulegen oder Pflegeaufträge abzulehnen. Dies ist eine gefährliche Abwärtsspirale. Auch ohne diesen Umstand ist die Versorgungslage streckenweise schwierig geworden. Hinzu kommt der erhebliche wirtschaftliche Schaden und die moralische Unterwanderung der in den Pflegeeinrichtungen fest angestellten Mitarbeiter*innen. Es besteht erheblicher Handlungsbedarf, wobei die angrenzenden Bereiche wie der Krankenhaussektor, die Eingliederungshilfe, Rehabilitation usw. mitgedacht und mit gleichen Regelungen besehen werden müssen, da ansonsten entsprechende Maßnahmen in der Langzeitpflege kaum Wirkung entfalten können.

Der Gesetzentwurf sieht drei Stellschrauben zur Bekämpfung der Leiharbeit vor:

1. Verbot der Refinanzierung der Leiharbeit durch die Pflegeeinrichtungen (§ 82c Absatz 2b SGB XI)
2. Verankerung von Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 und 113c SGB XI)
3. Regelung der höheren Bezahlung von Personalpools und Beschäftigten auf der Grundlage betrieblicher Ausfallkonzepte zum Erhalt der vertraglich vereinbarten Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzten Stellen (sachlicher Grund)

Ein generelles Verbot der Refinanzierung wird derzeit zur Stilllegung von weiteren Pflegeplätzen führen. Statt dem Verbot der Refinanzierung höherer Kosten durch Leiharbeit, was das Problem nur auf die Einrichtungsträger verlagert, sollten mehrere Lösungsansätze verfolgt werden, die eine Kombination aus Begrenzung und Sicherstellung der Refinanzierung fokussieren. Regelungen zur Bildung von Personalpools

und Etablierung anderer Konzepte gehen in die richtige Richtung, diese müssen allerdings trägerübergreifend möglich sein und die Refinanzierung (auch von Zusatzleistungen für diese Mitarbeitenden) muss als sachlicher Grund abschließend gesichert werden. Dies scheint auch geboten, weil eine restriktive Handhabung in Vergütungsverhandlungen den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gefährdet. Eine Etablierung trägerübergreifender Strukturen ist insbesondere auch deswegen erforderlich, damit derzeit schon umgesetzte innovative Konzepte wie trägereigene Tochtergesellschaften zur Personalentlehnung (im Sinne des o.g. Personalpools) ggf. künftig anders organisiert werden können oder grundsätzlich als „Personalpools“ etc. anerkannt werden können.

Lösungsansätze zur Diskussion:

- Eine gesetzliche Vorgabe im SGB XI zur Beschränkung der Inanspruchnahme von Leiharbeit in den o.g. Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI kann eine entsprechende Wirkung entfalten. Dabei sollen sich die Vertragspartner in den Ländern auf Quoten und Länge der Einsatzdauer verständigen. Dies entspricht im weitesten Sinne einer Forderung der DKG. Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhausbereich usw. verhindern Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden in den Krankenhaussektor. Hier müssten allerdings vor einer Gesetzesinitiative Abstimmungen (auch mit der DKG) erfolgen, ob sich bspw. die Quoten auf die Belegschaft gesamt oder auf die Qualifikationsniveaus/ Berufsgruppen beziehen. Außerdem müssen Konsequenzen für Einrichtungen bedacht werden, die ggf. Versorgung einstellen müssen, was wirtschaftliche Folgen haben und eher nachteilig werden kann. Derartige Regelungen können nicht alleine im SGB XI getroffen werden und bedürfen zunächst einer breiteren Erörterung.
- Einbezogen werden müssen auch die Bereiche der Eingliederungshilfe, Hospize und Rehaeinrichtungen.
- Ebenfalls analog zum Vorschlag der DKG sollten die Stundenverrechnungssätze im SGB XI für die Leiharbeitnehmenden auf das 1,5-fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt werden. Auch hier gilt: Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhausbereich verhindern Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden in den Krankenhaussektor. Aber zu klären wäre z.B. auch, ob neue Regelungen nur für „neue“ Leiharbeitende gelten oder auch auf schon

bestehende Verträge ausgeweitet werden kann bzw. wie eine Übertragung erfolgen kann.

- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gesetzliche Änderungsmöglichkeiten im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) zu prüfen, die dazu beitragen, das System Leiharbeit in der Pflege wieder auf seine Kernaufgaben zurückzuführen und das entstandene Ungleichgewicht wieder ins Lot zu bringen. Das sog. Gleichstellungsgebot des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) schützt Leiharbeiter*innen und sichert ihnen gleichwertige Arbeitsbedingungen im Entleiherbetrieb (Pflegeeinrichtung) zu (Schlechterstellungsverbot zugunsten der Leiharbeiter*innen). Zur Entschärfung der Situation sprechen wir uns dafür aus, die Möglichkeit der wesentlichen Besserstellung der Leiharbeit in der Pflege zu untersagen. Dies kann über eine Begrenzung der Stundenverrechnungssätze bzw. von Vermittlungsgebühren sowie über Einschränkungen bei der Auswahl der Schichtbesetzung, Aufgabenverteilung und geringere Einsatzdauer (als heute im AÜG möglich ist) usw. erfolgen.
- Karenzzeit für das Tätigwerden von Leiharbeitnehmenden in derselben Einrichtung nach Abwerbung, bzw. wenn eine Mitarbeiter*in aus der Einrichtung zu einer Leiharbeitsfirma wechselt, im Umfang von 6 Monaten, wobei Regelungen sowohl im AÜG als auch im SGB XI geprüft werden müssen.
- Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, für die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus gerechtfertigte höhere Bezahlung möglich sind.
- Personalpools und Konzepte müssen auch trägerübergreifend möglich sein (auch ggf. Kooperationen) und vorhandene Strukturen damit anschlussfähig sein.

Für das SGB XI werden vor diesem Hintergrund zunächst folgende Änderungsvorschläge eingebracht:

Änderungsvorschlag:

Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts

§ 82c Absatz 2b wird durch folgende Formulierung ersetzt:

„Die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen, **mit der Maßgabe, dass die Stundenverrechnungssätze nicht mehr als das 1,5-fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt. Die Zahlung von ggf. darüber hinausgehenden Vermittlungsentgelten und Steuern kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.**“

Karenzzeit für Wiederbeschäftigung ausgeschiedener Arbeitnehmender als Leiharbeitnehmende in derselben Einrichtung

§ 72 Absatz 3 wird durch folgende Formulierung nach Satz 1 Nr. 2 ergänzt:

Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...]

(Neue Nummer 2a)

„**keine Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes beschäftigen, die in den letzten 6 Monaten aus der Pflegeeinrichtung ausgeschieden sind**“.

Personalpool oder betriebliches Ausfallkonzept als sachlicher Grund für höhere Bezahlung verankern

§ 82c Absatz 3 wird durch folgende Formulierung nach dem durch das PUEG neu eingefügten Satz 4 ergänzt:

[...]

„**Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal. Zulagen und auch Sachleistungen, die im Zusammenhang mit der Bildung von Personalpools und zusätzlicher Pflegepersonalstellen stehen, sind ebenfalls pflegesatzrelevant.**

Trägerübergreifende Pools ermöglichen

§ 75 Absatz 3 Satz 5 wird durch folgende Formulierung ergänzt:

[...]

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal, **auch trägerübergreifend.**“

Personalpools auch für ambulante Pflegedienste ermöglichen:

§ 89 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

[...]

Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind **und die Kosten für die Bildung von Personalpools (auch trägerübergreifend) sowie für zusätzliche Personalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte sind** zu berücksichtigen. **Die** in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Berlin, 08. Mai 2023

Anne Linneweber / Thorsten Mittag

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

Thorsten Mittag (altenhilfe@paritaet.org)

Anlage

BAGFW-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)

BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023