

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zu den

Änderungsanträgen

zum

**Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)
Bundestags-Drucksache 19/26822**

Berlin, 7. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	4
I.) Änderungsanträge zu Artikel 1 (SGB V)	7
Art. 1, Nr. 2 Empfehlung einer Pflegefachkraft für Hilfsmittel – § 33 Abs. 5a Satz 3 SGB V	7
Art. 1, Nr. 3a Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen – § 37 Abs. 2 SGB V	8
Art. 1, Nr. 3b Verordnungsfähige Maßnahmen durch Pflegefachkräfte – § 37 Abs. 8-10 SGB V	10
Art: 1, Nr. 4 Übergangspflege im Krankenhaus – § 39d SGB V	12
Art. 1 Nr. 5 Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen – § 64d SGB V	15
Art. 1, Nr. 7 Bundesrahmenempfehlung häusliche Krankenpflege – Verordnung durch Pflegefachkräfte – § 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V	18
Art. 1, Nr. 8 Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus – § 132m SGB V	19
II.) Änderungsanträge zu Artikel 2 (SGB XI)	
Art. 2, Nr. 3 Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge – § 61a SGB XI	20
Art. 2, Nr. 4 Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege – § 43c SGB XI	21
Art. 2, Nr. 5 Tarifliche Entlohnung – § 72 Abs. 3a – 3b SGB XI	22
Art. 2, Nr. 5 Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen – § 82c SGB XI	23
NEU Berücksichtigung von betrieblichen Risiken und unternehmerischem Wagnis – §§ 84, 86, 87 SGB XI	24
Art. 2, Nr. 6 Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege – § 88a SGB XI	27
Art. 2, Nr. 7 Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens – § 113c SGB XI	28
Art. 2, Nr. 8 Empfehlung einer Pflegefachkraft für Hilfsmittel – § 40 Abs. 6 SGB XI	31
Art. 2, Nr. 9	33

Förderung Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen – § 8 Absatz 7 SGB XI	
Art. 2, Nr. 10 Kopplung des Versorgungsvertrags an eine ressourcenschonende Leistungserbringung – § 72 Abs. 3 SGB V	36
Art. 2, Nr. 10 Berücksichtigung der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V in der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI – § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI	38
Art. 2, Nr. 11 Qualitätsausschuss – § 8 Abs. 4 SGB XI, § 113 Abs. 1 SGB XI, § 113b Abs. 4a (neu) SGB XI, § 113b Abs. 10 (neu) SGB XI	40
Art. 2, Nr. 12 Verlängerung der Übergangsfrist für die leitende Pflegefachkraft bei Betreuungsdiensten – § 71 Abs. 3 Satz 7 SGB XI	43
Art. 2, Nr. 12 Berufsbegleitender Erwerb der Qualifikationen für Betreuungsdienste – § 112a Abs. 2 SGB XI	44
Art. 2, Nr. 14 Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach dem Tod des Versicherten – § 35 Satz 3 SGB XI	45
Art. 2, Nr. 17 Umwandlungsanspruch für Angebote zur Unterstützung im Alltag – § 45 a Abs. 4 SGB XI	47
NEU Dynamisierung – § 30 SGB XI	48

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Die im Entwurf geplanten Änderungen des § 72 SGB XI sowie des § 82 c SGB XI lehnt der bpa vollumfänglich ab.

Ein konstitutives Tariftreuekriterium, wie es der Entwurf in § 72 Absatz 3a SGB XI vorsieht, stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Arbeitsvertragsfreiheit (Art. 12 GG) und die negative Koalitionsfreiheit (Art. 9 Absatz 3 GG) dar. Neben verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Bedenken, tangiert sie außerdem die unternehmerische Freiheit und die europarechtliche Dienstleistungsfreiheit. Denn selbst wenn die einzelne Einrichtung, die sich grundrechtskonform entschieden hat, keinen Tarifvertrag abzuschließen, nicht gezwungen wird, einen solchen abzuschließen, so soll sie doch gezwungen werden, die Abschlüsse von Dritten gegen sich gelten zu lassen.

Während einzelne landesrechtliche Tariftreue Regelungen gerade noch verfassungskonform erscheinen mögen, weil die Auftragnehmer nicht gezwungen sind, für einen öffentlichen Auftraggeber ihre Leistungen zu erbringen, ist diese Grenze hier eindeutig überschritten. Ohne tarifliche Bezahlung können Pflegebetriebe kaum existieren. Deshalb hält der bpa ein solches Tariftreuekriterium, das geeignet ist, die Existenz von Betrieben zu gefährden, wenn sie keinen Tarifvertrag abschließen, für verfassungswidrig.

Der Gesetzentwurf umgeht sämtliche gesetzlichen und von der Rechtsprechung definierten Vorgaben zur einseitigen, staatlichen Tarifsetzung. Sowohl die Arbeitgeber wie auch die Gewerkschaften werden zum einen einer eigenständigen Tarifpolitik für ihre Mitglieder beraubt, zum anderen dient der Abschluss von Tarifverträgen dann nicht mehr vorrangig der Regelung von eigenen Arbeitsbedingungen, sondern dem Existenzertalt der Pflegeeinrichtung. Mit autonomer Gestaltung der eigenen Arbeitsbedingungen nach Art. 9 Absatz 3 GG und dem danach notwendigen „Gleichlauf von Verantwortlichkeit und Betroffenheit“ (BAG 4.6.2008 – 4 AZR 419/07 – AP TVG § 3 Nr. 38) hat das nichts zu tun – es ist vielmehr Tarifpolitik im Staatsauftrag .

Es bestehen gravierende Bedenken gegen die Regelungen in § 72 Absatz 3 b SGB XI des Entwurfs, die Verfahrens- und Prüfgrundsätze für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen in Form von Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen festzulegen. Das Erfordernis einer Prüfung der materiellen Voraussetzungen eines Tarifvertrages findet weder im Gesetzesentwurf noch in dessen Begründung Berücksichtigung. Die Erfüllung von Mindeststandards an beispielsweise die Repräsentativität des Tarifvertrages in der Region oder das Vorliegen eines öffentlichen Interesses werden durch den Gesetzgeber nicht beachtet. Keinesfalls darf die Neuregelung in § 72 Absatz 3b SGB XI dazu führen, dass eine Prüfung dieser materiellen Voraussetzungen entfällt und dies dazu führt, dass ein Tarifvertrag, der nur von einer Minderheit der Arbeitgeber geschlossen wurde, auf alle Träger in der Pflege – sei es regional oder bundesweit – verbindlich wird.

Die von den Mitgliedern des bpa mit den Sozialleistungsträgern geschlossenen Verträge regeln anders als in vielen Abteilungen der Krankenhäuser bereits seit Jahren genau die einzusetzende Personalmenge und die Personalqualifikation. Auch in der Preisbildung sind die Pflegeeinrichtungen nicht frei, sondern von der Zustimmung der Sozialleistungsträger abhängig – anders als in allen anderen Branchen, mit denen die Pflegeeinrichtungen oft verglichen werden. Volkswagen unterliegt ohne Zweifel einem Tarifvertrag und ganz sicher einer Menge anderer Vorschriften, aber was der Golf kostet, bestimmt am Ende immer noch VW und nicht der Verkehrsminister. Das ist in der Pflege grundsätzlich anders.

Im Gesetzentwurf findet sich kein einziger Hinweis zur verlässlichen Berücksichtigung eines notwendigen unternehmerischen Zuschlags bei den Entgeltverhandlungen. Die Personalkosten machen bei Pflegeeinrichtungen und -diensten im Schnitt über 70 % aus. Die Träger haften persönlich für den Erfolg ihres Unternehmens, aber selbstverständlich auch für jeden Misserfolg. Wenn politisch so tief in die Finanzierung eingegriffen wird, dann müssen zumindest auch verlässliche Aussagen zur angemessenen Berücksichtigung der unternehmerischen Risiken und des

unternehmerischen Wagnisses getroffen werden. Wer A sagt, kann bei B nicht einfach wegschauen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

I.) Änderungsanträge zu Artikel 1 (SGB V)

Artikel 1, Nr. 2 Empfehlung einer Pflegefachkraft für Hilfsmittel § 33 Abs. 5a Satz 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 40 Abs. 6 SGB V. Für bestimmte Hilfsmittel reicht die Empfehlung einer Pflegefachkraft aus, um dieses zu Lasten der Krankenkasse dem Versicherten zur Verfügung zu stellen. Es bedarf keiner ärztlichen Verordnung mehr.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung in § 40 Abs. 6 SGB V und dementsprechend auch diese Folgeänderung.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 3a
Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in
Pflegeheimen
§ 37 Abs. 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Insofern ist die jetzt vorgesehene anteilige Übernahme nur ein abstrakter Schritt in die richtige Richtung. Diese Regelung wird nicht zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Heimbewohner führen, weil der vorgesehene Zuschuss in Höhe von 640 Millionen Euro bereits durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführt wurde, um die Vergütungszuschläge nach § 8 Abs. 6 SGB XI zu finanzieren. Die Sonderregelung zu den Vergütungszuschlägen soll aber abgeschafft werden. Die Kosten für die zusätzlichen Pflegekräfte sollen künftig in die Pflegesätze einbezogen werden, die notwendigen Finanzmittel sollen nun weiterhin von der Krankenversicherung an die Pflegeversicherung geleistet werden.

Der bpa fordert weiterhin, dass die Kosten der Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Die Kosten der Behandlungspflege werden zudem auf deutlich mehr als zwei Milliarden Euro geschätzt.

Die vorgeschlagene Regelung bringt die Gleichbehandlung von Patienten in ambulanter und stationärer Pflege nur unwesentlich voran und trägt nur bedingt dazu bei, die Eigenanteile in der stationären Pflege merklich zu senken. Das Signal an die Betroffenen dürfte sein, dass dauerhaft der weitestgrößte Teil der Behandlungspflegekosten trotz andauernder Beitragszahlung nicht von der Krankenversicherung zu tragen wäre, sondern vom Versicherten.

Damit bleibt eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime bestehen. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der Häuslichkeit vollständig übernehmen, wird den

Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime zugemutet, auch künftig die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen. Der bpa kritisiert diese strukturelle Ungleichbehandlung erneut.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte vollständige Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten, die auch nicht mit der beabsichtigten Neuregelung beendet wird.

Die durchschnittlichen Kosten machen eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss beendet werden. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig tragen.

Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken, da die Heimkosten systemfremd belastet werden und somit direkte wettbewerbliche Auswirkungen bewirken.

C) Änderungsvorschlag

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Artikel 1, Nr. 3b
Verordnungsfähige Maßnahmen durch Pflegefachkräfte
§ 37 Abs. 8-10 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt Vorgaben zur Dauer und Häufigkeit der ordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können. Die Krankenkassen müssen die Ausgaben dafür erfassen; der GKV-SV sammelt die Ausgaben der einzelnen Kassen und stellt diese für eine Evaluierung zur Verfügung, die drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen vorzunehmen ist.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Damit setzt der Gesetzgeber eine langjährige Forderung des bpa zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs um. Auch die Konzertierte Aktion Pflege hat sich dafür ausgesprochen. Mit einer sog. Blankoverordnung des Arztes können damit Pflegefachkräfte zumindest die Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung von ordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bestimmen. Das, was in vielen Krankenhäusern schon längst rechtlich zulässig ist und Pflegefachkräfte selbstverständlich erledigen, wird jetzt endlich auch im Rahmen der ambulanten Behandlungspflege möglich. Damit werden die Kompetenzen der Pflegefachkräfte stärker anerkannt und ihre Handlungsmöglichkeiten und ihr Verantwortungsbereich erweitert. Auch wenn sich der bpa für eine noch weitergehende Übernahme von Aufgaben durch Pflegefachkräfte – auch im Hinblick auf eine eigenständige Verordnungskompetenz, einsetzt – erkennt er an, dass hiermit zumindest ein erster konkreter Schritt vollzogen wird. Damit die Pflegefachkräfte möglichst bald von dieser Kompetenzerweiterung profitieren können, sollte der Gesetzgeber auf eine rasche Umsetzung achten und dem G-BA eine Frist für die Verabschiedung der entsprechenden Richtlinie setzen und zur Legitimation der Richtlinie das Anhörungsrecht der maßgeblichen Verbände der Pflegedienste in ein Beteiligungsrecht umwandeln. Da bereits drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen eine Evaluierung erfolgen muss, sollte die Richtlinie spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten umgesetzt sein.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt **bis zum [Einsetzen: letzter Tag des zwölften Monats nach Inkrafttreten]** in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

Artikel 1, Nr. 4 Übergangspflege im Krankenhaus § 39d SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenhäusern soll die Leistungserbringung von pflegerischen Leistungen ermöglicht werden, die bisher zugelassenen Pflegediensten und Pflegeheimen vorbehalten waren. Die Finanzierung soll über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die Zuzahlungen richten sich ebenfalls nach den Zuzahlungsregelungen im SGB V.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt dieses Vorhaben entschieden ab. Krankenhäusern wird damit ohne Notwendigkeit die Erbringung pflegerischer Leistungen zu Lasten der Pflegeheime und Pflegedienste ermöglicht. Für eine Leistungsausweitung der Krankenhäuser in Konkurrenz zu Pflegeeinrichtungen gibt es keine Begründung. Zudem droht die Gefährdung bestehender Angebote.

Erschreckend ist der vorgesehene Leistungsumfang für die Krankenhäuser. Vorgesehen sind u.a.:

- häusliche Krankenpflege
- Kurzzeitpflege
- Aktivierung der Versicherten
- Pflegerische Leistungen nach dem SGB XI

Dieses sind die Kernleistungen von ambulanten Pflegediensten, vollstationären Pflegeheimen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Der Katalog mit den neuen Leistungen für die Krankenhäuser stellt damit einen massiven Angriff auf die bewährte und flächendeckende Infrastruktur dar.

Der Gesetzesentwurf versäumt es, darzulegen, warum eine solche Leistungserbringung überhaupt erforderlich ist. Die Krankenhäuser haben diesen Anspruch, wenn die Leistungen „nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können“. Es werden keinerlei Belege angeführt, wann in der Vergangenheit die 14.688 ambulanten Pflegedienste und die 15.380 stationären Pflegeheime nicht in der Lage waren, entsprechende Leistungen anzubieten.

Besonders kritisch ist der Anspruch hinsichtlich der Kurzzeitpflege zu bewerten. Änderungsantrag 6 zu Artikel 2 (s. Seite 27) sieht verschiedene

Maßnahmen vor, um die Kurzzeitpflege im Rahmen der Pflegeversicherung zu stärken. Dieses wird aber konterkariert, wenn die Krankenhäuser im Rahmen des SGB V einen eigenen Anspruch auf Kurzzeitpflege bekommen. Das wird nicht dazu führen, dass sich die unterschiedlichen Kurzzeitangebote sinnvoll ergänzen, sondern es wird eine Patientensteuerung zu Lasten der SGB XI-Kurzzeitpflege geben.

Viele Versicherte werden im Nachgang zu einer schweren Erkrankung pflegebedürftig. Ein sehr häufiges Beispiel dafür ist ein Schlaganfall. Das bedeutet, dass die Patienten zur akuten Versorgung sich im Krankenhaus befinden und im Anschluss aufgrund der Schwere der Erkrankung pflegebedürftig sind. Sehr häufig wird in einer solchen Konstellation dann zunächst einmal Kurzzeitpflege wahrgenommen. Sollte die Neuregelung in § 39d SGB V eingeführt werden, dürfte es nach Auffassung des bpa in Zukunft regelhaft zu einer Leistungserbringung der Kurzzeitpflege durch das Krankenhaus kommen.

Denn zum einen sind die Bestimmungen der Regelungen unbestimmte Rechtsbegriffe, die nach Belieben durch die Krankenhäuser ausgelegt werden können. Denn was heißt es denn konkret, dass eine Leistung z.B. der Kurzzeitpflege nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand in Anspruch genommen werden kann? Die Begründung führt sogar an, dass das Krankenhaus die Kurzzeitpflege durchführen kann, wenn ein Kurzzeitpflegeplatz ansonsten nur „in erheblicher Entfernung“ zur Verfügung steht. Was bedeutet denn in diesem Fall eine solche Entfernung? Zudem ist unbedingt darauf zu achten, dass wirtschaftliche Anreize nicht dazu führen, dass Patienten einer krankenhauseigenen Kurzzeitpflege statt der Reha zugeführt werden.

Zum anderen wird es nach Auffassung des bpa auch eine Patientensteuerung durch die Zuzahlungen stattfinden. § 39 Abs. 2 SGB V regelt, dass die üblichen Krankenzuzahlungen auch für die Übergangspflege im Krankenhaus gelten sollen. Das bedeutet: Wer die Kurzzeitpflege im Krankenhaus in Anspruch nimmt, muss erheblich weniger zuzahlen, als ein Versicherter, der die Kurzzeitpflege im Rahmen der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt. Denn trotz der vorgesehenen Regelungen zur Begrenzung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege (s. Änderungsantrag Nr.4 zu Artikel 2, Seite 21), werden die Zuzahlungen für die Krankenhausbehandlung immer deutlich niedriger sein als die Zuzahlungen für die Pflegeversicherung. **Kurzzeitpflege im Krankenhaus ist damit für die Versicherten ganz erheblich günstiger als die Kurzzeitpflege in einer nach dem SGB XI zugelassenen Einrichtung!**

Wer die flächendeckende Versorgung mit Kurzzeitpflege sichern will, darf keine Konkurrenz aufbauen, mit der keine SGB XI-Einrichtung mithalten kann.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 wird gestrichen. § 39d SGB V wird nicht eingefügt.

Artikel 1, Nr. 5
Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen
§ 64d SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In jedem Bundesland müssen die Krankenkassen jeweils ein Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte durchführen.

Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten zu den Modellvorhaben fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer soll dabei Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

B) Stellungnahme

Der bpa teilt die Einschätzung in der Begründung, dass die bisherige Möglichkeit für entsprechende Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V „bisher kaum genutzt wurde“. Insofern ist es nachvollziehbar, wenn der Gesetzgeber jetzt eine Verpflichtung für die Durchführung der Modellvorhaben vorsieht. Allerdings bedeutet auch diese Verpflichtung wieder nur eine Verschiebung, die verhindert, dass es zügig zu einer Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte kommt.

Der bpa weist darauf hin, dass die Regelungen nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) eingeführt und zum

1. Juli 2008

in Kraft getreten sind. Nach nunmehr fast 13 Jahren kommt der Gesetzgeber also zum Schluss, dass diese Regelungen keine Wirkung entfaltet haben. **Deswegen plädiert der bpa dafür, diese Modellvorhaben komplett zu streichen und die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten per Gesetz zu regeln.**

Sofern der Gesetzgeber dieser grundsätzlichen Forderung des bpa nicht nachkommt und es bei der bisherigen Regelung in § 64d SGB V bleibt, verweist der bpa dazu auf die nachfolgenden Anmerkungen.

Es ist zu begrüßen, dass ausdrücklich auch Pflegefachkräfte, die ihren Abschluss nach dem Kranken- oder Altenpflegegesetz erworben haben, berücksichtigt werden. Bei der Entwicklung entsprechender Module nach § 14 PflBG ist sicherzustellen, dass diese gleichermaßen für alle Abschlüsse nach dem PflBG zugänglich sind. Darüber hinaus muss gleichermaßen gewährleistet sein, dass die Inhalte der Qualifizierungsmodule auch berufsbegleitend als Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte angeboten werden. Nach Abschluss der entsprechenden Qualifikation oder Weiterbildung ist sicherzustellen, dass alle Pflegefachkräfte – nach dem PflBG oder nach dem Kranken- bzw. Altenpflegegesetz – auch in allen Bereichen berechtigt sind, die übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten auszuüben.

Die Einführung einer Schiedsperson im Falle einer Nichteinigung auf die Inhalte des Rahmenvertrags wird grundsätzlich vom bpa begrüßt. Aufgrund entsprechender Erfahrungen mit Schiedspersonen im SGB V fordert der bpa zur Wahrung der erforderlichen Rechtssicherheit anstelle der Schiedsperson eine Schiedsstelle.

Der bpa kann nicht nachvollziehen weshalb eine nicht legitimierte Institution wie die sog. „Bundespflegekammer“ stellungnahmeberechtigt sein soll. Die sog. „Bundespflegekammer“ ist eine Rumpforganisation, die keinerlei Legitimation hat, sich repräsentativ für die Angehörigen der Pflegeberufe zu äußern. Nach eigenen Angaben sind die derzeitigen Mitglieder der sog. „Bundespflegekammer“ die Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz, die Landespflegekammer in Schleswig-Holstein, die Landespflegekammer in Niedersachsen und der Deutsche Pflegerat. Die Landespflegekammern in Niedersachsen und Schleswig-Holstein befinden sich gerade in der Abwicklung und können daher ebenso wenig berücksichtigt werden wie der Deutsche Pflegerat, der keine Altenpflegekräfte vertritt und als Zusammenschluss der Berufsverbände über diese bereits repräsentiert ist. Das bedeutet, dass die sog. „Bundespflegekammer“ also gerade einmal eine Landespflegekammer zu vertreten vorgibt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum einer solche Rumpforganisation im Rahmen des Gesetzes ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden soll. Es darf kein gesetzliches Sonderrecht eines nicht legitimierten Vereins geben. Ein maßgeblicher Verband auf Bundesebene braucht die Verankerung in allen Bundesländern und nicht nur einen selbst formulierten Vereinszweck.

C) Änderungsvorschläge

Grundsätzlich sollten die Modellvorhaben komplett gestrichen und die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten aktuell per Gesetz geregelt werden. Sofern es dennoch bei der bisherigen Regelung bleibt, sind die folgenden Änderungen notwendig:

§ 64d Abs. 3 Sätze 4 und 5 SGB V werden wie folgt gefasst:

Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten fest. ~~Der Bundespflegekammer und den~~ Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 64d Abs. 4 Sätze 2 und 3 SGB V werden wie folgt gefasst:

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige ~~Schiedsperson~~ **Schiedsstelle** innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine ~~Schiedsperson~~ **Schiedsstelle**, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt.

Artikel 1, Nr. 7

Bundesrahmenempfehlung häusliche Krankenpflege – Verordnung durch Pflegefachkräfte

§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten den Auftrag, in den Rahmenempfehlungen die Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen zu regeln, die über die Dauer und Häufigkeit bestimmter ärztlich verordneter Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entscheiden können.

B) Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 37 Abs. 8 SGB V (siehe Seite 10). Der bpa begrüßt die vorgesehene Regelung.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 8
Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus
§ 132m SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verbände der Krankenkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d SGB V.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung der Übergangspflege im Krankenhaus entschieden ab (siehe Seite 12) und fordert die Streichung von § 39d SGB V. Dementsprechend ist auch § 132m SGB V zu streichen und anstelle dessen die Kurzzeitpflege im SGB XI konsequent auszubauen.

C) Änderungsvorschlag

§ 132m SGB V wird gestrichen.

II.) Änderungsanträge zu Artikel 2 (SGB XI)

Artikel 2, Nr. 3

Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge § 61a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Tragung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen wird durch § 61a dem Bund zugeordnet und der sozialen Pflegeversicherung aus Steuermitteln erstattet.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Damit wird ein Anliegen umgesetzt, das der bpa schon in seinem [Positionspapier zur Reform der Pflegeversicherung](#) unterstützt hat:

„Die Pflegeversicherung finanziert viele Aufgaben, die nicht originär in deren Zuständigkeit liegen. Würden diese von den eigentlichen Verantwortlichen gezahlt, wäre eine sofortige Entlastung der Pflegeversicherung und der pflegebedürftigen Menschen möglich. Dies umfasst u.a. die Förderung von Familie, Pflege und Beruf sowie insbesondere die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (beispielsweise die Zahlung von Rentenpunkten für pflegende Angehörige). Insgesamt betragen die Kosten dieser Leistungen etwa drei Milliarden Euro jährlich.“

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 2, Nr. 4
Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils
§ 43c SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 24 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 36 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils.

B) Stellungnahme

Insbesondere zu Beginn eines notwendigen Heimaufenthaltes kann der Eigenanteil meist noch aus eigenen Ersparnissen oder aus den Renteneinkünften finanziert werden. Mit anhaltender Pflegebedürftigkeit droht dann sehr schnell die Armutsfalle und die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit. Insofern ist es nachvollziehbar, statt eines generellen Erbenschutzprogramms die Dauer des Heimaufenthaltes bei der finanziellen Entlastung zu berücksichtigen. Der bpa weist aber sehr deutlich darauf hin, dass politisch gewollte Kostensteigerungen durch höhere Löhne und eine bessere Personalausstattung zu deutlich höheren Pflegesätzen führen werden. Eine finanzielle Entlastung der pflegebedürftigen Menschen wird insofern mit diesem Vorschlag nicht wirklich erreicht, da parallel durch staatliche Vorgaben die pflegebedingten Kosten massiv gesteigert werden. Hierauf gibt der Entlastungsvorschlag nur eine dürftige Antwort.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 2, Nr. 5
Tarifliche Entlohnung
§ 72 Abs. 3a – 3b SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die die Pflegeeinrichtungen gebunden sind, vereinbart ist. Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge abgeschlossen werden, wenn sie ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Als Tarifvertrag gilt auch einer, der mindestens von einer anderen Pflegeeinrichtung im Geltungsbereich der Pflegeversicherung als Arbeitgeber mit einer Gewerkschaft abgeschlossen wurde.

B) Stellungnahme

Grundsätzliche Überlegungen

Einleitend sagt der bpa sehr deutlich:

Private Arbeitgeber sind für höhere Löhne in der Pflege.

In den vergangenen Jahren lag die Gehaltsentwicklung bei uns höher als in jeder anderen Branche. Weiter steigende Löhne werden vom bpa bei entsprechender Refinanzierung ausdrücklich begrüßt. Sie stärken die Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb um Mitarbeiter und sichern so die Existenz der Unternehmen.

Zu der Frage der tariflichen Entlohnung verweisen wir auf die Stellungnahme des bpa Arbeitgeberverbands.

Artikel 2, Nr. 5 Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen § 82c SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Ab dem 1. Juli 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Satz 1 fallen, kann eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn der Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung, nach der oder nach dem die Pflegeeinrichtung entlohnt, regional üblich ist. Regional üblich ist eine Entlohnung, die in Tarifverträgen oder in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die mindestens für eine zugelassene Pflegeeinrichtung im gleichen Bundesland, aber nicht bundesweit, anwendbar sind, vereinbart ist. Eine Entlohnung, die in einem bundesweiten Tarifvertrag vereinbart ist, kann dann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn im gleichen Bundesland keine Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Satz 3 vereinbart sind. Für eine darüberhinausgehende Entlohnung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 1. Oktober 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 3 fest.

Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, erstmals bis zum 15. Februar 2022, für das jeweilige Land, welche Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen eine regional übliche Entlohnung vorsehen. Sie stellen dabei sicher, dass die Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen übersichtlich, vergleichbar und nach Postleitzahlen gegliedert in geeigneter Form den Pflegeeinrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

B) Stellungnahme

Hierzu verweist der bpa auf die Stellungnahme des bpa Arbeitgeberverbands.

NEU

Berücksichtigung von betrieblichen Risiken und unternehmerischem Wagnis §§ 84, 86, 87 SGB XI

Die vorgelegte Regelung zur Regulierung der Gehälter ohne finanzielle Berücksichtigung der unternehmerischen Anforderungen führt die Pflegeversicherung zurück in das planwirtschaftliche System, aus dem man sich 1995 aus gutem Grund befreit hat. Der fatale Unterschied ist heute, dass die Berücksichtigung der unternehmerisch notwendigen Kosten nicht gewährleistet wäre. Verbunden damit wäre eine absehbare wirtschaftliche Gefährdung der Unternehmen.

Der bpa hat für die Pflegeeinrichtungen die betrieblichen Risiken und das unternehmerische Wagnis in Studien exakt beziffern lassen. Nahezu fünf Prozent betragen die üblichen betrieblichen Risiken, die ein Pflegeunternehmer neben den vereinbarten Gehaltssummen jederzeit tragen können muss. Hier wird eine Nulllinie definiert. Nur dann kann er seinen Versorgungsvertrag und damit seinen Auftrag ohne absehbare wirtschaftliche Verluste überhaupt erfüllen. In den Studien wurde auch das unternehmerische Wagnis beziffert. Fünf Prozent Gewinnerwartung sind notwendig für jeden Betreiber, vollkommen unabhängig von der Trägerschaft.

Den Pflegeeinrichtungen aber werden von den Vertragspartnern bestenfalls 1,5 % für beide Positionen, betriebliches Risiko und unternehmerisches Wagnis, angeboten. Für einen ambulanten Pflegedienst mit einem Umsatz von einer Million Euro bedeutet das nichts anderes, als dass der Unternehmer auf 15.000 Euro hoffen darf, wenn im ganzen Jahr kein einziges unvorhersehbares Risiko eintritt. Das Beispiel ist übertragbar und zeigt, dass **die angestrebte flächendeckende tarifliche Entlohnung in zugelassenen Einrichtungen der Altenpflege ohne die verpflichtende Berücksichtigung des betrieblichen Risikos und unternehmerischen Wagnisses nichts anderes darstellt als eine direkte Gefährdung der Unternehmen.**

Zudem weist der bpa darauf hin, dass der Fachkräftebedarf nicht nur einzelne Trägergruppen trifft. Auch tarifgebundene Träger haben einen hohen Personalbedarf. Damit bleibt unklar, welches Ziel der Gesetzgeber glaubt, erreichen zu können. Politisch wird unbeirrt am Kurs weiterer Reglementierung festgehalten.

Mit aller Deutlichkeit fordert der bpa wir eine verlässliche gesetzliche Regelung zur angemessenen Bemessung der betrieblichen Risiken und des unternehmerischen Wagnisses. Verantwortliche Politik muss auch die

Auswirkungen auf die Unternehmen und die pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen und eine absehbare Gefährdung der Betriebe vermeiden. Es macht einen Unterschied, ob nur das konkrete Gehalt refinanziert wird oder ob das Unternehmen wirtschaftlich so finanziert wird, dass vereinbarte Gehälter dauerhaft gezahlt werden können. Wer A sagt, darf bei B nicht wegschauen!

Zudem ist zu berücksichtigen, dass neue gesetzliche Anforderungen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so verändern würden, dass in erheblichem Umfang die Verhandlung neuer Entgelte sehr kurzfristig notwendig würde. Auch hierzu, schon alleine mit Blick auf eine dauerhafte wirksame Eindämmung des rasant ausufernden Aufwands bei Verhandlungen, muss der Gesetzgeber klare Vorgaben machen. Dies betrifft insbesondere eine klarstellende Definition, dass leistungsgerechte Pflegesätze und Pflegeentgelte auch betriebliche Risiken und das unternehmerische Wagnis berücksichtigen müssen. Zudem schlägt der bpa vor, dass die Landespflegesatzkommissionen ausdrücklich ermächtigt werden, Musterentgelte zu vereinbaren, denen zugelassene Pflegeeinrichtungen beitreten können. Die Regelung muss so ausgestaltet werden, dass die Schiedsstelle entscheiden kann, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt.

Zur Verdeutlichung einige Regelungsvorschläge:

- Neuer Satz vor dem jetzigen § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI: Die Pflegesätze sind dann leistungsgerecht, wenn sie auch betriebliche Risiken und das unternehmerische Wagnis angemessen berücksichtigen.
- Neu in § 86 Abs. 1 SGB XI: Auf Antrag eines Mitglieds vereinbart die Landespflegesatzkommission jeweils ein Musterentgelt für die Pflegevergütung je Pflegegrad, für Unterkunft und für Verpflegung. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von 6 Wochen nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle. Zugelassene Pflegeeinrichtungen können dieser Vereinbarung beitreten. Die Möglichkeit der individuellen Verhandlung und Vereinbarung bleibt davon unberührt. Die Verpflichtung zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.
- Dann weiter: Die Landespflegesatzkommission vereinbart auf Antrag eines Mitglieds für einen künftigen Pflegesatzzeitraum auch pauschale Veränderungen der Entgelte für die Pflegevergütung, für Unterkunft und für Verpflegung vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von 6 Wochen nicht zustande, entscheidet die

Schiedsstelle. Zugelassene Pflegeeinrichtungen können dieser Vereinbarung beitreten. Die Verpflichtung zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

- Neu in § 87 SGB XI: Die Entgelte müssen sowohl in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen als auch betriebliche Risiken und das unternehmerische Wagnis berücksichtigen.

Zudem ist eine Auffangregelung vorzusehen für den Fall, dass es in der vorgesehenen sehr kurzen Zeitspanne nicht gelingt, eine notwendige Neuverhandlung der Entgelte unter den geltenden Bedingungen fristgerecht zu vereinbaren. Liegt bis zum 30. Juni 2022 keine zwischen den Pflegekassen und der Pflegeeinrichtung abgeschlossene Vergütungsvereinbarung, welche die Personalkostensteigerungen aufgrund der Tarifierung berücksichtigt, vor, gilt die Vergütung auf der Basis der von der Pflegeeinrichtung geltend gemachten und dargelegten Personalkostensteigerung als abgeschlossen. Dabei hat die Pflegeeinrichtung diese gesteigerten Personalkosten anhand des Vergleiches der Vorjahrespersonalkosten mit den Personalkosten des zukünftigen Jahres prospektiv, an Hand des für die Einrichtung einschlägigen Tarifes, darzulegen. Um diese entsprechend dargelegte Personalkostensteigerung ist prozentual der Pflegesatz für die jeweilige Leistung zu erhöhen und von den Pflegekassen zu finanzieren.

Artikel 2, Nr. 6 Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege § 88a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben Empfehlungen zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 für die Kurzzeitpflege ab. Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und anzupassen; in der Zwischenzeit sind die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Damit erkennt der Gesetzgeber die wichtige Funktion der Kurzzeitpflege an und verbessert die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Erfreulich ist aus Sicht des bpa auch, dass bereits in einzelnen Bundesländern vorhandene Verfahren für leistungsgerechte Vergütungen in der Kurzzeitpflege berücksichtigt werden können.

Zu beachten ist bei der Neuregelung, dass sich die Kosten für die Leistungen der Kurzzeitpflege damit erhöhen werden. Da die Sachleistungsbeträge nicht zeitgleich angehoben werden, werden die Eigenanteile der Versicherten erheblich steigen.

Der bpa schlägt vor, dass die Regelung zur Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39d SGB V, Artikel 1, Nr. 4, siehe Seite 12) gestrichen wird und die dafür vorgesehenen Finanzmittel dafür verwendet werden, die Eigenanteile bei der Kurzzeitpflege zu senken.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 4 wird gestrichen; § 39d SGB V wird nicht eingefügt. Die dafür vorgesehenen Finanzmittel werden für die Begrenzung der Eigenanteile bei der Kurzzeitpflege eingesetzt.

Artikel 2, Nr. 7 Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens § 113c SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“.

B) Stellungnahme

Das vorgesehene Personalbemessungsverfahren gibt keine Antwort auf den demografiebedingten erheblichen Personalbedarf. Die Umsetzbarkeit ist bisher nicht in den praktischen Auswirkungen erprobt. Zudem liegen z.B. keine Erkenntnisse darüber vor, ob in einem Bundesland mit relativ höherer Personalausstattung mehr und bessere Leistungen erbracht werden. Die gesetzliche Festschreibung auf Basis einzelner Qualifikationsniveaus birgt erkennbar die absehbare Folge der notwendigen Rationierung pflegerischer Leistungen. Zudem würde die Einführung einer doppelten Fachkraftquote vor Ort im vorgesehenen Differenzierungsgrad nicht umsetzbar sein. Wir gehen davon aus, dass das Ziel der flächendeckenden pflegerischen Versorgung eigenständig weiterbesteht. Es ist insofern zwingend notwendig, dass die Erkenntnisse aus der Erprobung eine Neujustierung der Vorgaben möglich machen.

In Deutschland wird wie selbstverständlich von guten, verlässlichen und erreichbaren pflegerischen Angeboten ausgegangen, auch wenn ein Umzug in ein Pflegeheim notwendig wird. Da die Zahl der pflegebedürftigen Menschen weiter stark steigt, steigt der Bedarf an Pflegekräften entsprechend. Auch wenn in den letzten Jahren mehr als 100.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege besetzt werden konnten, wird es trotzdem zunehmend schwieriger, den Personalbedarf zu decken.

Vorgesehen sind jetzt Obergrenzen für die künftige Personalausstattung, aber die Vorschläge führen trotzdem dazu, dass künftig nicht mehr alle pflegebedürftigen Menschen einen notwendigen Heimaufenthalt in Anspruch nehmen können. Hier wird die durchaus zynische Sichtweise einzelner Berufsverbände aufgegriffen, wonach besser gar nicht versorgt werden soll

als nicht nach wissenschaftlich gewünschtem Standard. Dabei reichen die Kapazitäten bereits heute nur knapp.

Das Ziel eines bedarfsdeckenden Angebots darf nicht aufgegeben werden. Hierzu ist es notwendig, die Regelungen möglichst praxisnah statt möglichst akademisch zu gestalten. Die jetzt vorgeschlagene Systematik der Verknüpfung der Personalausstattung an neue und in der Praxis kaum vorhandene Qualifikationen führt zu einer Reduzierung selbst der bestehenden Angebote. Wenn den einjährig examinierten Pflegekräften durch eine weitere Fachkraftquote ausdrücklich ein besonderer und erheblicher Anteil am Gesamtpersonal zugewiesen wird, sind erhebliche Versorgungslücken vorgezeichnet. Es darf keine Personalvorgaben geben, wenn auf der anderen Seite jede Chance auf die entsprechende Umsetzung fehlt. Hier führt die bisher fehlende Flexibilität direkt zu einer Unterversorgung.

Es finden sich nur wenige Hinweise zur Bindungswirkung für diejenigen, die letztlich die personelle Ausstattung miteinander vereinbaren müssen. Die anhaltend großen Unterschiede in der personellen Ausstattung nach Bundesländern machen einen etwaigen Anpassungsbedarf mehr als deutlich. Wenn z.B. Mecklenburg-Vorpommern allzu häufig die Forderung nach einer Finanzierung sämtlicher mit personeller Verbesserung verbundenen Mehrkosten formuliert, bedeutet das auch die nicht unproblematische Absicht, nach Jahrzehnten unterdurchschnittlicher Personalausstattung verbunden mit einer unterdurchschnittlichen Finanzierung der Personalkosten andere Kostenträger für eine Angleichung in die Pflicht nehmen zu wollen. Wie die Bundesregierung ein Verfahren verbindlich einführen will, dessen Umsetzung auf Landesebene verantwortet wird, bleibt weitestgehend unbeantwortet.

Sofort umsetzbar sind die Ergebnisse des Projektes zu einer stärker kompetenzorientierten Ausrichtung der Personalbemessung, mit der die mit den Pflegegraden steigende Relation zwischen Fachkräften – ausdrücklich nicht nur Pflegefachkräften – und Assistenzkräften in der Praxis umgesetzt wird. Hierzu sind kurzfristige Weichenstellungen auf Landesebene notwendig, die auf eine weitere Engführung nach Qualitätsniveaus und damit auf eine in den Betrieben nicht mehr umsetzbare Regelungsdichte bewusst verzichten. Die Bundesländer können ab sofort die wissenschaftliche Expertise nutzen und erste Schritte ermöglichen, die bei insgesamt steigender Personalausstattung zu einem an Pflegegraden ausgerichteten Verhältnis von Fachkräften zu Assistenzkräften führen. Die Tendenz ist einfach: Je höher der Pflegegrad, desto umfangreicher sind auch die Anforderungen an die Qualifikation. Zur Veranschaulichung verweist der bpa auf die sehr ernüchternden Erfahrungen mit den bereits heute zumindest finanzierten zusätzlichen Stellen für Fachkräfte und für Assistenzkräfte, die nicht unerwartet weit hinter den Möglichkeiten zurückbleiben. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Finanzierung alleine kein Garant für eine beliebig große Personalgewinnung ist. Umso mehr sind die Erfolge der Träger bei der

Personalgewinnung der letzten Jahre anzuerkennen, die allerdings den sicher absehbaren demografischen Mehrbedarf nur knapp decken können.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 2, Nr. 8
Empfehlung einer Pflegefachkraft für Hilfsmittel
§ 40 Abs. 6 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Einer ärztlichen Verordnung bedarf es dabei nicht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung ausdrücklich. Damit werden die Kompetenzen der Pflegefachkräfte anerkannt, ihre Eigenständigkeit gestärkt und so ein wichtiger Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Pflegefachkräfte geleistet. Zu Recht verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass die Pflegefachkräfte die häusliche Pflegesituation gut kennen. Sie erkennen sehr schnell die Notwendigkeit von Hilfsmitteln und können durch die direkte Abgabe einer Empfehlung ohne eine ärztliche Verordnung dafür sorgen, dass die benötigten Hilfsmittel schneller beim Versicherten ankommen. Dadurch wird auch die Versorgungssituation des Patienten bzw. Pflegebedürftigen verbessert. Der bpa begrüßt es sehr, dass in der Begründung ausdrücklich festgehalten ist, dass auch Altenpflegekräfte mit einem Abschluss nach dem bisherigen Altenpflegegesetz befugt sind, die Empfehlungen für die Hilfsmittel abzugeben.

Der bpa kritisiert entschieden, dass die sog. „Bundespflegekammer“ an der Richtlinie zu beteiligen ist. Als Begründung wird dazu auf die Ausführungen oben verwiesen (s. Seite 16)

C) Änderungsvorschläge

§ 40 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Satz 2 setzt voraus, dass die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. ~~Die Bundespflegekammer und die~~ Die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, ~~der Bundespflegekammer~~ und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

**Artikel 2, Nr. 9
Förderung Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den
Pflegeeinrichtungen
§ 8 Absatz 7 SGB XI**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Maßnahmen, die die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle sowie zu Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal, umfassen, werden als förderfähig anerkannt. Dies umfasst auch Maßnahmen zur jeweiligen betrieblichen Umsetzung.

B) Stellungnahme

Mit dem Ziel die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen zu erleichtern, hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ein entsprechendes Förderprogramm eingeführt. Der bpa hat in seiner damaligen Stellungnahme das Ziel des Gesetzgebers ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl wurde bereits damals festgestellt, dass das vorliegende Förderinstrument wohl keine nachhaltigen Verbesserungen bewirken könne. 7.500 Euro im Jahr als fünfzigprozentiger Zuschuss genügen zur Finanzierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten. Es kann hingegen nicht erwartet werden, dass die tatsächlich effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf damit auch nur im Ansatz gegenfinanziert werden können. Die bisherigen Zahlen zur Inanspruchnahme geben der damaligen Kritik des bpa Recht. Zum 30.06.2020 (Quelle: 1. Umsetzungsbericht KAP) betrafen 83 Prozent aller genehmigten Anträge Maßnahmen im Bereich Beratung, Weiterbildung und Einführung von Personalmanagementmodellen. Nur 15 Prozent befassten sich mit den konkreten Betreuungsangeboten. Noch deutlicher werden die bestehenden Probleme des Programms bei den bisher in Anspruch genommenen Fördermitteln. Während pro Jahr 100 Millionen Euro zur Verfügung stehen, wurden in den ersten 13 Monaten insgesamt lediglich 870.000 Euro ausgezahlt; weniger als 1 Prozent des jährlichen Förderbetrags.

Eine Überarbeitung des Förderprogramms ist demnach erforderlich.

Die hier vorgenommene Ausweitung der Fördertatbestände ist jedoch in doppelter Hinsicht ungenügend. Die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle waren sind größtenteils schon heute förderfähig. Dies zeigt sich nicht zuletzt darin, dass sich 27 Prozent aller bisher genehmigten Anträge mit

der Einführung neuer familien-orientierter Personalmanagementmodelle befassten und 24 Prozent mit Beratungsleistungen zur Optimierung der Dienstgestaltung. Neu ist demnach in erster Linie das Aufgabenfeld der Rückgewinnung von Pflegekräften. Während der bpa auch dies für eine wichtige Absicht hält, muss doch die Vereinbarkeit mit dem ursprünglich vom Gesetzgeber vorgesehenen Förderziel in Frage gestellt werden. Vielmehr wirken die hier vorgeschlagenen Neuregelungen, als würden sie einzig das Ziel verfolgen, die vom Pflegebeauftragten der Bundesregierung angestoßenen Beratungsleistungen zu unterstützen, indem sie künftig aus eigentlich anderweitig avisierten Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden können. Aus Sicht des bpa wäre es hingegen zielführender, wenn keine solche Interessenverquickung erfolgen und stattdessen das ursprüngliche Förderziel stärker unterstützt werden würde. Dazu ist insbesondere eine sehr viel unbürokratischere Umsetzung in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands notwendig. Maßnahmen müssen regelmäßig auch dann förderfähig sein, wenn sie das Ziel der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mitverfolgen, gleichzeitig aber auch anderes umsetzen. So können beispielsweise Schulungen über E-Learning aufgrund der größeren Flexibilität für Pflegekräfte einen deutlichen Beitrag zur besseren Vereinbarkeit leisten. Gleichwohl wären sie aktuell nur dann förderfähig, wenn sich auch die Schulungsthemen mit Aspekten der Vereinbarkeit befassen. Diese doppelte Hürde sollte nicht länger bestehen.

In Anbetracht der bisher verschwindend geringen Wahrnehmung des Programms sollten die Förderbeträge deutlich erhöht werden. **Es bietet sich mindestens eine Verdoppelung auf 15.000 € pro Pflegeeinrichtung pro Jahr an. Um die Teilnahme zu fördern, sollte zudem der zu erbringende Eigenanteil auf 10 Prozent gesenkt werden.** So kann der Gesetzgeber einen entschiedeneren Beitrag zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen leisten.

C) Änderungsvorschläge

§ 8 Absatz 7 SGB XI wird wie folgt geändert:

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,

2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung sowie
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den unter Ziffer 2 und Ziffer 3 genannten Themen.

Gefördert werden bis zu **50 90** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von **7.500 15.000** Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

Artikel 2, Nr. 10
Koppelung des Versorgungsvertrags an eine ressourcenschonende Leistungserbringung
§ 72 Abs. 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Versorgungsverträgen für die ambulanten Pflegediensten wird neu geregelt, dass bei der Festlegung des Einzugsbereichs die Leistungen „ressourcenschonend und effizient“ erbracht werden müssen.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung entschieden ab. Sie ist völlig unnötig, erschwert ambulanten Pflegediensten die Zulassung und wird zu vermeidbaren juristischen Auseinandersetzungen führen.

Was ist „ressourcenschonend“ und was ist „effizient“ bei der Leistungserbringung eines Pflegedienstes? Beides sind unbestimmte Rechtsbegriffe und weder der Änderungsantrag noch die Begründung führt dazu Näheres aus. Zudem stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber meint, solche Voraussetzungen einführen zu müssen. Als einzige Erläuterung finden sich dazu in der Begründung die Hinweise, dass Leistungen bürgernah und möglichst ohne lange Wegstrecken angeboten werden sollen. Pflegedienste haben aber selber ein Interesse daran, Leistungen möglichst ohne lange Wegstrecken zu erbringen.

Der Gesetzgeber verkennt aber mit der Formulierung „ortsnah“ die Versorgungssituation in den Flächenländern. In ländlichen Gebieten mit dünner Besiedlung lassen sich längere Wegstrecken nicht vermeiden. Das darf aber insbesondere den privaten Pflegediensten nicht zum Vorwurf gemacht werden. Eine [Studie von Prof. Rothgang](#) hat vielmehr die Behauptung, private Pflegedienste seien auf dem Land nur selten vertreten, als unzutreffend widerlegt.

Der bpa lehnt die Einfügung von „ressourcenschonend und effizient“ im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag auch ab, weil damit den Pflegekassen ein weiteres Instrumentarium an die Hand gegeben werden würde, um die Zulassung von Pflegediensten nach ihrem Belieben zu steuern und letztlich auch zu verhindern. Für die Pflegedienste, die einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten, bliebe erneut nur der zeit- und ressourcenaufwändige Rechtsweg, um zum Versorgungsvertrag zu gelangen, wenn die Pflegekassen unterstellen, der Pflegedienst würde nicht effizient sein.

C) Änderungsvorschlag

In Änderungsantrag 10 Nr. 1 wird die Einfügung von Nummer 19 gestrichen. In § 72 Abs. 3 SGB XI werden die Wörter Leistungen „ressourcenschonend und effizient“ nicht eingefügt.

Artikel 2, Nr. 10

Berücksichtigung der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V in der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geeignete Inhalte der Bundesrahmenempfehlung für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V, insbesondere was den Beleg der prospektiven personellen Gestehungskosten angeht, sollen grundsätzlich auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach § 89 SGB XI für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe angewendet werden können.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung ab. Die Übertragung der Regelung aus der Bundesrahmenempfehlung nach § 132 a SGB V ist weder anwendbar noch sachgerecht. Die Grundsätze der Vergütungsfindung nach § 132a Abs. 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V wurden in der Bundesrahmenempfehlung aktuell mit Geltung zum 1. Januar 2021 aufgenommen. Hierzu liegen weder Erfahrungen noch Erkenntnisse in der Umsetzung vor. Entscheidend für die Ausgestaltung dieser Regelungen war die BSG-Rechtsprechung unter anderem auch zu § 84 Abs. 7 SGB XI. Diese Regelung wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf abgeschafft. Daneben setzen die vorgesehenen Gesetzesänderungen, insbesondere zu der Verknüpfung der Anwendung von Tarifverträgen mit der Zulassung und deren daraus ggf. resultierenden Kostensteigerungen, Kostengrundkalkulationen voraus. Nur anhand dieser Kostengrundkalkulationen kann für den einzelnen Dienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung getroffen werden. Diese Kostengrundkalkulationen sind nach den Regelungen der Bundesrahmenempfehlungen gegenwärtig, wie in der Regelung selbst ausdrücklich festgestellt, nicht möglich. Es fehlt an dem Zusammenhang zwischen den Durchschnittskosten pro Stunde und dessen Auswirkungen auf den Preis pro Leistung, weil die Krankenkassen nicht bereit sind, den tatsächlichen Zeitaufwand zu vergüten. Der Vorschlag der Übernahme dieser Regelungen ist daher sachfremd und ungeeignet.

Wenn die Höhe der Gehälter bis ins Detail geregelt wird, muss der Anspruch auf die Berücksichtigung des betrieblichen Risikos als auch des unternehmerischen Wagnisses eindeutig im Gesetz verankert werden. Dabei muss die Höhe des Wagnisses einer systematischen und mit anderen Branchen vergleichbaren, fundiert begründeten Höhe zugeführt werden.

Das muss entweder im Gesetz oder zumindest in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Gleichzeitig muss gesetzlich sichergestellt werden, dass die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, die neuen Anforderungen an die Versorgungsverträge auch erfüllen zu können. Das setzt die Refinanzierung von erforderlichen Personalkostensteigerungen voraus.

Bei über 30.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland und der Annahme des Bundesministers für Arbeit und Soziales, dass 10 Prozent aller Pflegeeinrichtungen tarifgebunden seien, müssten für fast 27.000 Pflegeeinrichtungen bis zum 30. Juni 2022 neue Vergütungsverhandlungen geführt werden. Gelingt das nicht, dürften diese Einrichtungen nicht mehr an der Versorgung teilnehmen oder sie wären defizitär und müssten wissentlich ihre Insolvenz verschleppen. Um das zu vermeiden, braucht es einen Automatismus, der die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen absichert und den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung erwirkt, welche die geforderte tarifliche Entlohnung ebenso wie die betrieblichen Risiken und das unternehmerische Wagnis refinanziert. Der bpa schlägt dazu folgende Regelung vor:

Liegt bis zum 30. Juni 2022 keine zwischen den Pflegekassen und der Pflegeeinrichtung abgeschlossene Vergütungsvereinbarung, welche die Personalkostensteigerungen aufgrund der Tarifierung berücksichtigt, vor, gilt die Vergütung auf der Basis der von der Pflegeeinrichtung geltend gemachten und dargelegten Personalkostensteigerung als abgeschlossen. Dabei hat die Pflegeeinrichtung diese gesteigerten Personalkosten anhand des Vergleiches der Vorjahrespersonalkosten mit den Personalkosten des zukünftigen Jahres prospektiv, anhand des für die Einrichtung einschlägigen Tarifes, darzulegen. Um diese entsprechend dargelegte Personalkostensteigerung ist prozentual der Pflegesatz für die jeweilige Leistung zu erhöhen und von den Pflegekassen zu finanzieren.

Als weiteren Mechanismus zur Entbürokratisierung und Verwaltungskosten sparenden Vergütungsverhandlungen wäre sowohl in § 86 Abs.1 SGB XI als auch in § 89 SGB XI die Möglichkeit von Kollektivverhandlungen sowie bei deren Scheitern der Zugang zu den Schiedsstellen gesetzlich zu verankern.

C) Änderungsvorschläge

In Änderungsantrag 10 Nr. 1 wird die Einfügung von Nummer 20 gestrichen. § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI bleibt unverändert wie bisher.

Artikel 2, Nr. 11

Qualitätsausschuss

**§ 8 Abs. 4 SGB XI, § 113 Abs. 1 SGB XI, § 113b Abs. 4a (neu) SGB XI,
§ 113b Abs. 10 (neu) SGB XI**

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 8 Abs. 4 SGB XI

Die Regelung schafft eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 SGB XI und der dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absätze 4 und 4a SGB XI übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung wird die Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege klarstellend abgegrenzt. Die Regelung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 113 Abs. 1 SGB XI

Aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit wird ergänzt, dass die Vereinbarungspartner auch für den Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu erarbeiten haben.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme der Kurzzeitpflege wird befürwortet, gleichzeitig wird aufgrund der Bedeutung der Versorgungsform Tagespflege auch deren Aufnahme in den § 113 Abs. 1 SGB XI angeregt.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Infektionserkrankung Sars-CoV-2 und der Pandemie ist die Aufnahme in die Maßstäbe und Grundsätze von flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen nachvollziehbar. Gleichzeitig wird zur Vermeidung von Missverständnissen die Eingrenzung des Begriffs der Krisensituation für zwingend gehalten, um Missverständnisse und ausufernde Auslegungen zu verhindern.

Die Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte in die Maßstäbe und Grundsätze für ambulante Dienste – auch aus den Richtlinien nach § 112a SGB XI – aufzunehmen erachtet der bpa als unzureichend. Vielmehr hält der bpa zur Harmonisierung der Qualitätsanforderungen die Einbeziehung aller Kräfte in die Grundsätze und Maßstäbe für die ambulanten Dienste für die geeignete Maßnahme und plädiert für die Aufhebung der Richtlinien nach § 112a SGB XI. Im Ergebnis würden auch die Regelungen für die Betreuungsdienste der Vereinbarung der Vertragsparteien unterliegen.

Änderungsvorschlag

„... Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten ~~und~~, **teilstationären**, stationären und Kurzzeitpflege sowie...“

„..., das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in **pan-demischen** Krisensituationen umfasst. ...“

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 113b Abs. 4a (neu) SGB XI

Der neue Absatz 4a überträgt den Vertragsparteien die Verantwortung für die medizinisch-pflegfachliche und technische Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären und ambulanten Bereich.

B) Stellungnahme

Durch die Einfügung des Abs. 4a wird klargestellt, dass die Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 zu den Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gehört und die Verzahnung dargelegt. Diese Klarstellung hält der bpa zur Vermeidung von Missverständnissen für sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 113b Abs. 10 (neu) SGB XI

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Entscheidungen des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und die Beanstandungen, Auflagen und

Festsetzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach Absatz 9 vor den Sozialgerichten anfechtbar sind.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Einführung einer Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht gegen Entscheidungen des Qualitätsausschusses Pflege sowie gegen Maßnahmen des BMG wird begrüßt und für erforderlich gehalten. Hierbei handelt es sich um eine Klarstellung zu der nach Artikel 19 Absatz Satz 1 bestehenden Rechtsweggarantie. Offen bleibt allerdings, wer klagebefugt ist.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte eine ergänzende Klarstellung zum Klageberechtigten eingefügt werden.

Artikel 2, Nr. 12
Verlängerung der Übergangsfrist für die leitende Pflegefachkraft
bei Betreuungsdiensten
§ 71 Abs. 3 Satz 7 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen soll die mit Einführung der Betreuungsdienste vorgesehene Übergangsfrist für leitende Fachkräfte bis zum 1. Januar 2023 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Änderung ab. Der bpa fordert die Gleichbehandlung aller Pflegeeinrichtungen und nicht die Bevorzugung der Betreuungsdienste. Es ist deswegen nicht nachvollziehbar, warum für Betreuungsdienste eine solche Ausnahmeregelung geschaffen werden soll.

C) Änderungsvorschläge

In Änderungsantrag 12 Nr. 1 wird die Einfügung von Nummer 24 gestrichen. In § 71 Abs. 3 Satz 7 SGB XI bleibt die Frist wie bisher 1. Juni 2021.

Artikel 2, Nr. 12
Berufsbegleitender Erwerb der Qualifikationen für Betreuungsdienste
§ 112a Abs. 2 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in den Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste festgelegten Qualifikationen können auch berufsbegleitend erworben werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung in der vorliegenden Form ab. Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar, warum hier ein Sonderrecht für die Betreuungsdienste geschaffen werden soll. Der bpa fordert, dass sämtliche Qualifikationen grundsätzlich berufsbegleitend erworben werden können.

C) Änderungsvorschläge

Es wird ergänzend klargestellt, dass sämtliche im SGB XI festgeschriebenen Qualifikationsanforderungen grundsätzlich berufsbegleitend erworben werden können.

Artikel 2, Nr. 14
Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach dem
Tod des Versicherten
§ 35 Satz 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen wird eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche ermöglicht.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Damit wird für Geldleistungsempfänger bzw. ihre Erben eine rechtliche Lücke geschlossen.

Einen ganz ähnlichen Sachverhalt gibt es beim Anspruchsübergang nach dem Tod des Leistungsberechtigten gem. § 19 Abs. 6 SGB XII: Hier bestehen für die ambulanten Pflegedienste große Probleme bei der Abrechnung von Leistungen mit den Sozialämtern, wenn der Bedürftige stirbt, bevor das Sozialamt die Leistungen genehmigt hat.

Aufgrund des Teildeckungscharakters der sozialen Pflegeversicherung übernehmen die Sozialämter bei Pflegebedürftigen ohne ausreichendes Einkommen die Vergütung der notwendigen Pflegeleistungen. In der Praxis treten dabei die Pflegedienste häufig in Vorleistung: aufgrund der unmittelbar notwendigen Hilfe beginnt die Leistungserbringung auf Anforderung der Sozialämter oder aus einer akuten Notlage häufig, auch wenn noch keine Kostenübernahme des zuständigen Sozialamtes vorliegt. Verstirbt dann der Pflegebedürftige, bevor die Bewilligung vorliegt, weigern sich die Sozialämter die Vergütung zu übernehmen. Begründet wird dieses damit, dass ein Anspruch auf Sozialhilfe nicht vererbt werden und damit nach dem Tod auch keine Bewilligung von Leistungen erfolgen könne. Lediglich für die stationäre Pflege gibt es in § 19 Abs. 6 SGB XII eine Ausnahmeregelung; diese gilt nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) aber nicht für die ambulanten Dienste, die dadurch erheblich benachteiligt werden.

Die Konsequenz für ambulante Dienste ist in diesen Fällen also, dass sie ihren Zahlungsanspruch anders als stationäre Einrichtungen nicht direkt gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen können und sich an die Erben des verstorbenen Hilfeberechtigten halten müssen. Die Entscheidung des BSG ist aus Sicht des bpa aus verschiedenen Gründen nicht nachvollziehbar.

Für die Schutzwürdigkeit des Einrichtungsträgers und den Übergang des Anspruchs gegen den Sozialhilfeträger stellt das Gericht im Grundsatz auf den Leistungserbringer ab und legitimiert dieses mit der Höhe des zu tragenden Kostenrisikos. Dieses lässt zum einen außer Acht, dass nicht selten ambulante Leistungen im Verhältnis zu Leistungen in einer stationären Einrichtung durchaus teurer sind; zum anderen werden stationäre Einrichtungen häufig sogar eher als ambulante Dienste in der Lage sein, finanzielle Ausfälle aufzufangen.

§ 19 Abs. 6 SGB XII soll die Bereitschaft zu schneller Hilfe fördern, wo sie erforderlich ist, aber noch kein Bewilligungsbescheid vorliegt. Wird dieser Gesetzeszweck berücksichtigt, verbietet sich eine unterschiedliche Behandlung von stationären und ambulanten Leistungserbringern.

Der bpa bittet daher um eine entsprechende Gleichstellung ambulanter Dienste.

C) Änderungsvorschläge

§ 19 Abs. 6 SGB XII wird wie folgt gefasst:

Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen **für in** Einrichtungen **gem. § 13 bzw. durch Dienste im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 2** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tod demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

Artikel 2, Nr. 17

Umwandlungsanspruch für Angebote zur Unterstützung im Alltag

§ 45 a Abs. 4 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs für Angebote zur Unterstützung im Alltag soll künftig auch nachträglich geltend gemacht werden können, ohne dass zuvor ein gesonderter Antrag gestellt worden ist. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bereits möglich, ohne dass vom Pflegebedürftigen zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt worden sein muss.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Änderung wird die Umwandlung von Sachleistungen nach § 36 SGB XI in einen Kostenerstattungsanspruch, der für die Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden kann, noch einfacher. Der bisher erforderliche Antrag entfällt. Damit wird der Anreiz noch mehr vergrößert, den Sachleistungsanspruch umzuwandeln. Dadurch stehen entsprechend weniger Mittel für die häusliche Pflege nach § 36 SGB XI zur Verfügung. Der bpa befürchtet, dass dieses negative Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung haben wird. Es entsteht eine Sogwirkung weg von der qualitätsgesicherten pflegerischen Leistungen hin zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, deren Leistungserbringer auch bei weitem nicht die gleichen Anforderungen erfüllen müssen wie zugelassenen Pflegedienste, die die Sachleistungen nach § 36 SGB X erbringen. Eine weitere Förderung der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist daher nicht angezeigt. Die beabsichtigte Regelung ist zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Änderungsantrag 17 Nr. 1 wird die Einfügung von Nummer 33 a) gestrichen. In § 45a Abs. 4 SGB XI werden die Wörter „ohne vorherige Antragstellung“ nicht aufgenommen.

NEU
Dynamisierung
§ 30 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Änderungsanträgen fehlt eine Regelung zur Dynamisierung der Sachleistungsbeträge.

B) Stellungnahme

Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 30 SGB XI (Bundestags-Drucksache 19/25283 vom 9. Dezember 2020) festgehalten:

„Vor diesem Hintergrund erscheint aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen. Die Bundesregierung wird zeitnah über die Umsetzung der Dynamisierung entscheiden.“

Im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz) vom 15. März 2021 hat das Bundesministerium für Gesundheit eine einmalige Erhöhung der Sachleistungsbeträge um 5 Prozent sowie eine jährliche Dynamisierung um 1,5 Prozent verankert. Damit sollten die Ergebnisse des Berichts umgesetzt werden. Die entsprechenden Regelungen fehlen allerdings jetzt in den Änderungsanträgen.

Der bpa setzt sich dafür ein, dass in die Änderungsanträge sowohl eine einmalige Anhebung als auch die jährliche Dynamisierung der Sachleistungsbeträge noch aufgenommen werden (s. Änderungsvorschläge).

Die Notwendigkeit der Dynamisierung ergibt sich insbesondere aus den weiter steigenden Kosten, insbesondere aufgrund steigender Gehälter in der Pflege. Steigen die Löhne in der Pflege, steigen auch die Eigenanteile. Um dieses abzufedern, werden die stationären Eigenanteile begrenzt (s. Seite 21). Eine entsprechende Regelung fehlt allerdings für die ambulante und teilstationäre Pflege, sodass sich künftig dort die Steigerung der Eigenanteile besonders stark bemerkbar machen wird. Mindestens die mit dem Gesetz einhergehenden Kostensteigerungen müssen über die Dynamisierung der Sachleistungen aufgefangen werden.