

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 07.05.2021

zu Formulierungshilfen für Änderungsanträge

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

BT-Drs. 19/26822

Inhalt

I. VORWORT	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	5
Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
Zu Nummer 3: Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege und Verordnungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen in der häuslichen Krankenpflege	5
Zu Nummer 4: Übergangspflege im Krankenhaus	6
i. V. m.	
Nummer 8: Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	6
Zu Nummer 5: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen	8
Artikel 2: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	12
Zu Änderungsantrag Nr. 3: Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus dem Bundeshaushalt	12
Zu Änderungsantrag Nr. 4: Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege	12
Zu Änderungsantrag Nr. 5: Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)	13
Zu Änderungsantrag Nr. 6: Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege	15
Zu Änderungsantrag Nr. 7: Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)	16
Zu Änderungsantrag Nr. 8: Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften (Konzertierte Aktion Pflege)	18
Zu Änderungsantrag Nr. 10: Vereinfachung und Klarstellung in der ambulanten Pflege	18
Zu Änderungsantrag Nr. 11: Weiterentwicklung Qualität	19
Zu Änderungsantrag Nr. 12: Vereinfachung und Klarstellung für Betreuungsdienste	20

I. VORWORT

Themen, die ursprünglich mit einer grundlegenden Reform der sozialen Pflegeversicherung (SPV) aufgegriffen werden sollten, werden nun als Änderungsanträge zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) eingebracht. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass so wesentliche, von den Betriebskrankenkassen geforderte Änderungen, wie die Reduzierung der Eigenanteile von Pflegebedürftigen und Kompetenzsteigerung bei Pflegefachkräften, noch in dieser Wahlperiode umgesetzt werden. Darüber hinaus sehen die Betriebskrankenkassen in Bezug auf die soziale Pflegeversicherung jedoch zeitnah umfassenderen Reformbedarf, um das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung – bedarfsgerechte Pflegeversorgung mit ausreichend qualifiziertem Personal zu gewährleisten und insbesondere die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern – zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf die vorliegenden Formulierungshilfen für Änderungsanträge sehen die Betriebskrankenkassen noch **Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf**. Dazu gehört:

- Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung, Brüche in der Versorgung zu schließen. Dies gilt auch für Lücken zwischen der stationären Versorgung im Krankenhaus und einer ggf. erforderlichen pflegerischen Anschlussversorgung. Die mit den Formulierungshilfen vorgesehene **Einführung einer Übergangspflege im Krankenhaus** halten die Betriebskrankenkassen jedoch nicht für den richtigen Weg. Hier bestehen Unklarheiten etwa in Bezug auf die genaue Zielgruppe der Neuregelung, die Abgrenzung zum Entlassmanagement und die Vergütung. Zudem stellt sich die Frage, ob die neue Leistung angesichts knapper Personalressourcen und der bereits hohen Arbeitsbelastung auf den Stationen überhaupt noch in der gebotenen Qualität durch die Krankenhäuser erbracht werden kann. Sollte die Übergangspflege im Krankenhaus dennoch eingeführt werden, müssten somit zumindest noch Anpassungen vorgenommen werden.
- Die Betriebskrankenkassen regen zudem an, dass nicht nur die **Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen** nicht mehr durch die Pflegekassen, sondern durch den Bund finanziert werden sollen, sondern ebenfalls die Beiträge der Pflegekassen für die Arbeitslosenversicherung der Pflegepersonen.
- Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre die vollständige **Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege** über die soziale Pflegeversicherung auch vor dem Hintergrund des "neuen" Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der die "Behandlungspflege" explizit umfasst, sachgerecht. Der Umstand der Umgliederung bestimmter Leistungen von der GKV in die SPV ist hier nicht von Relevanz, da es sich bei dem Transfer gemäß § 37 SGB V (neu) um eine pauschale Unterstützung ohne konkrete Zweckbestimmung handelt.
- Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die angedachte angemessene Bezahlung und damit u.a. verbesserte Arbeitsbedingungen für die Beschäftigte in der Pflege. Die Betriebskrankenkassen lehnen aber die dabei vorgesehenen **Regelungen zu den tariflichen Entlohnungen** ab.

Schließlich soll durch die Landesverbände der Pflegekassen bestimmt werden, welche Tarifverträge als wirtschaftlich gelten. Sie sollen damit feststellen, ob das enthaltene Lohnniveau über die Pflegesätze refinanzierbar ist. Hierbei wird zum einen in die Tarifautonomie der jeweiligen Institutionen eingegriffen. Zum anderen werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, die Tarife der einzelnen Institutionen zu überwachen und entsprechende Konsequenzen zu verhängen. Eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgungsplanung ist mit der beabsichtigten Regelung gefährdet.

- Alle Regelungen mit der Zielsetzung, **Pflegefachpersonen Verordnungskompetenzen** zu übertragen, begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich. Schließlich sind mehr Kompetenzen für entsprechend qualifizierter Fachkräfte notwendig, um eine vereinfachte bedarfsgerechte pflegerische Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, zu gewährleisten. Zudem führt eine Kompetenzsteigerung zu einer gesteigerten Berufsattraktivität, was angesichts des mangelnden pflegerischen Nachwuchses und eines ansteigenden Berufsausstiegs dringend notwendig ist. Der Entwurf kommt jedoch bezüglich des angestrebten Kompetenzniveaus der betreffenden Pflegefachkräfte nicht über den bestehenden Modellparagrafen des § 63 Abs. 3c SGB V hinaus. Mithin könnte die angestrebte verbindliche Umsetzung demnach auch pragmatisch über eine Ergänzung des § 63 Abs. 3c SGB V geregelt werden. Stattdessen ist eine Anpassung des § 64d SGB V zu empfehlen, um die avisierte und modifizierte Regelung in Richtung (neuer) pflegerischer Leistungserbringer mit erweiterten Kompetenzen auf dem Niveau einer Advanced Practice Nurse (APN) in die Versorgung zu integrieren.
- Eine **Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der Pflege**, um betroffene Pflegebedürftige finanziell zu entlasten, wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Allerdings werden die beabsichtigten gesetzgeberischen Maßnahmen für zusätzliche Belastung dieses Personenkreises führen: Die staffelweise Beteiligung der SPV an den Eigenanteilen greift erst ab dem 2. Jahr nach Inkrafttreten. Damit wird nicht – wie politisch intendiert – zeitnah entlastet. Darüber hinaus ist mit einer weiteren Erhöhung der Pflegesätze durch die vorgesehene Tarifbindung und die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zu rechnen, die über der Steigerungsrate der zurückliegenden Jahre liegt. Eine Dynamisierung auch der ambulanten Leistungsbeträge der SPV ist zielführender, um das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung – nämlich in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen - zu erreichen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 3: Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege und Verordnungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen in der häuslichen Krankenpflege

Die Betriebskrankenkassen lehnen die Neuregelung ab.

Eine Subvention der SPV erscheint vor diesem Hintergrund nicht zielführend. Auch der Umstand der Umgliederung bestimmter Leistungen von der GKV in die SPV (der in den konkreten Einzelfällen sachlogisch begründet wird) ist hier nicht von Relevanz, da es sich bei dem Transfer gemäß § 37 SGB V (neu) um eine pauschale Unterstützung ohne konkrete Zweckbestimmung handelt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege vollständig über die soziale Pflegeversicherung auch vor dem Hintergrund des "neuen" Pflegebedürftigkeitsbegriffes der die "Behandlungspflege" explizit umfasst sachgerecht.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich im Sinne von schlanken Abstimmungswegen und effizienter Versorgung die Dauer und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen innerhalb einer verordneten häuslichen Krankenpflege zu bestimmen. Des Weiteren wird die hohe Kompetenz der entsprechend qualifizierten Pflegefachkräfte genutzt und fließt über die nun im Gesetz verankerten Berechtigungen direkt in den Behandlungs- bzw. Pflegeprozess mit ein.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ebenfalls sinnvoll ist mittels des G-BA jeweils bezogen auf die einzelne Tätigkeit zu Rahmenvorgaben zu regeln, denn die sinnvolle Ausgestaltung der Leistung variiert je nach Leistungscharakter. In der Gesetzesbegründung sind orientierend konkret bestimmte Leistungen benannt bei denen die Ausgestaltung der Verordnung, durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte sinnvoll erscheint. Zur Klarstellung sollte ebenfalls definiert werden, bei welchem Leistungscharakter (Leistungen) die Bestimmung von Dauer und Häufigkeit durch Pflegefachkräfte nicht sinnvoll ist (bspw. Leistungsziffer 24, 24a, 27a).

Um die avisierte Evaluation nach Abs. 9 realisieren zu können ist ein ausreichender zeitlicher Vorauf notwendig denn die genauen Inhalte der RL (die auch für die Evaluation relevant sind) sind erst mit Vorliegen der G-BA Richtlinie bekannt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Die Gesetzesbegründung zu § 37 Absätze 8 bis 10 (-neu-) SGB V wird wie folgt ergänzt:

"Nicht geeignet für diese erweiterte Verordnungskompetenz sind insbesondere alle Maßnahmen, bei denen sich die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen nach dem ärztlichen Behandlungsplan richten müssen."

Zu Nummer 4: Übergangspflege im Krankenhaus

i. V. m.

Nummer 8: Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Zielstellung der Neuregelung richtig, bestehende Versorgungslücken zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und pflegerischer Anschlussversorgung zu schließen. Ziel aller Anstrengungen muss es sein, langfristig Pflegebedürftigkeit zu verhindern und für eine bedarfsgerechte Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Allerdings sehen die Betriebskrankenkassen die Einführung einer Übergangspflege im Krankenhaus nicht als die richtige Maßnahme an, um dieses Ziel zu erreichen. Zudem wirft die geplante Neuregelung etliche Fragen und Unschärfen auf, weshalb die Betriebskrankenkassen den Änderungsantrag zum GVWG ablehnen. Sollte der Anspruch eingeführt werden, müssen zumindest die folgenden Anpassungen vorgenommen werden.

Zum einen ist unklar, für welche Zielgruppe neben den Leistungsansprüchen nach §§ 39c, 37 Abs. 1a SGB V und § 38 Abs. 1 S.3 SGB V die Übergangspflege greifen soll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen können bspw. Versicherte, die bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind und aus dieser heraus temporär ins Krankenhaus müssen, nicht anspruchsberechtigt sein. Sinnvoll wäre eine Einschränkung auf diejenigen Versicherten, welche nach einem Krankenhausaufenthalt erstmalig der Versorgung mit pflegerischen und frührehabilitativen Leistungen bedürfen. Zudem sehen der Änderungsantrag 6 zu Artikel 2 Nummer 12 (Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege) umfassende Empfehlungen zum Inhalt der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI für die Kurzzeitpflege vor, welche die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und speziell hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen berücksichtigen sollen, die inhaltlich zumindest vergleichbar mit dem Zweck der hier geregelten Übergangspflege sein dürften. Die Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI sind auf dieser Grundlage zeitnah entsprechend anzupassen. Hieraus begründet sich nach Ansicht der Betriebskrankenkassen die Notwendigkeit, dass etwaige Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vorrangig zu gewähren sind und ausgebaut werden müssen, sodass es einer medizinisch nicht begründeten längeren Liegedauer im Krankenhaus nicht bedarf. Nicht eindeutig ist, was in diesem Zusammenhang unter "unzumutbarem Aufwand" zu verstehen ist, den Patienten betreiben müssten zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung.

An dieser Stelle weisen die Betriebskrankenkassen zudem auf den expliziten Anspruch der Patientinnen und Patienten auf ein Entlassmanagement des Krankenhauses hin. Wenn die Übergangspflege im Krankenhaus tatsächlich eingeführt werden soll, bedarf es klarer Regularien für ein Entlassmanagement auch im Rahmen der Leistungen des neu geschaffenen § 39d SGB V. Diese sollten ergänzend in den Rahmenvertrag Entlassmanagement gesetzlich verpflichtend aufgenommen werden. Für die Patienten ist entscheidend, dass der voraussichtliche Bedarf für die nach Krankenhausbehandlung erforderliche Anschlussversorgung durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus frühzeitig festgestellt wird, die notwendigen Anschlussmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende (Pflege-)Einrichtung informiert und eingebunden werden.

Es ist wichtig, den Anreiz zu erhalten, dass Krankenhäuser ihren Verpflichtungen im Rahmen des Entlassmanagements umfassend und frühzeitig nachkommen und kein Fehlanreiz geschaffen wird, durch fehlendes Engagement im Entlassmanagement Patienten länger als notwendig im Krankenhaus zu versorgen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, den pauschalen Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus, sollte diese in der vorgesehenen Form tatsächlich eingeführt werden, von zehn auf fünf Tage herabzusetzen.

Außerdem sollte ein Anspruch auf Erbringung von Übergangspflege für das Krankenhaus nur bestehen, wenn das Entlassmanagement nachweislich trotz aktivem Bemühen nicht erfolgreich war. Von einem aktiven Bemühen kann jedoch nicht ausgegangen werden, wenn Krankenhäuser trotz offensichtlichem Unterstützungsbedarf im Entlassmanagement zur Sicherstellung der pflegerischen Anschlussversorgung die Krankenkasse nicht einbeziehen. Derzeit werden die Unterstützungsbedarfe seitens der Krankenhäuser nur marginal angefordert bzw. Unterstützung kaum in Anspruch genommen.

Die Formulierungshilfe sieht derzeit vor, dass die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbringt, wenn eine pflegerische Anschlussversorgung nicht erbracht werden kann. Dies ist so nicht richtig. Vielmehr sollte formuliert werden, dass "*...die Versicherten Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus haben, in dem die Behandlung erfolgt ist.*"

Angesichts des zunehmenden Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal und der bereits heute bestehenden hohen Arbeitsbelastung auf den Stationen ist darüber hinaus fraglich, ob die vorgesehene Übergangspflege in den Kliniken überhaupt personell geleistet werden kann. Daran schließen sich sowohl Fragen nach der Qualitätssicherung an, als auch die Fragen nach Strukturvoraussetzungen, die Krankenhäuser vorweisen müssen, damit nach dem neu geschaffenen § 132m SGB V die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Landeskrankenhausesgesellschaften Verträge über die Erbringung von Übergangspflege nach § 39d schließen können.

Völlig unklar ist, nach welcher Systematik die Leistungen der Übergangspflege vergütet werden sollen. Aus Sicht des stationären Sektors ist eine Abgrenzung zur Krankenhausfinanzierung zwingend notwendig, insbesondere zum Pflegebudget, um eine Doppelfinanzierung von Pflegepersonal im Krankenhaus zu vermeiden. Auch die Anrechnung von Personal auf Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegequotient gilt es zu regeln.

Um keine Anreizwirkung zur Verlagerung von Pflegeleistungen und Pflegepersonal in den Krankenhausbereich zu schaffen, ist es letztlich zwingend erforderlich, dass die Vergütung von Übergangspflege im Krankenhaus die ortsübliche Vergütung der stationären/ambulanten Pflege nicht übersteigt.

Die Abrechnung der Leistungen der Übergangspflege hat analog der Regelungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V zu erfolgen.

Zu Nummer 5: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen

Mit der avisierten Regelung sollen weitere Modellprojekte zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte "angeschoben" werden. Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen die zugrundeliegende Intention. Der Entwurf kommt jedoch bezüglich des angestrebten Kompetenzniveaus der betreffenden Pflegefachkräfte nicht über den bestehenden Modellparagrafen des § 63 Abs. 3c SGB V hinaus, mithin könnte die angestrebte verbindliche Umsetzung demnach auch pragmatisch über eine Ergänzung des § 63 Abs. 3c SGB V selbst geregelt werden. Der Mehrwert dieses Modellparagrafen erschließt sich in diesem Zusammenhang nicht. Kritisch ist auch die konkrete Ausgestaltung da interessierten Pflegefachkräften kaum eine attraktive Perspektive geboten wird.

Notwendig ist vielmehr ein kommunal verankerter (neuer) pflegerischer Leistungserbringer mit erweiterten Kompetenzen auf dem Niveau einer *Advanced Practice Nurse* (APN)¹.

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass APN eine erprobte und wirksame Versorgungskomponente darstellen, um den genannten Herausforderungen zielgenau begegnen zu können. In der Primärversorgung könnten so zwischen 67 und 93% der üblichen (haus-) ärztlichen Tätigkeiten durch APN abgedeckt werden. Auch qualitativ werden – im Vergleich zu Medizinerinnen – durch diese hochqualifizierten Pflegefachkräfte gleichwertige Behandlungsergebnisse erzielt, wobei die Bereiche Kommunikation, Information und Beratung sowie Anleitung zum Selbstmanagement durch APNs sogar besser abgebildet werden². Auch im Sinne der „learnings“ aus Corona legen Mitglieder des SVR Gesundheit zum wiederholten Mal nahe, in Richtung

¹ Advanced Practice Nurses (APN) sind erfahrene Pflegenden mit einer Qualifikation auf Masterniveau (300 Credits) die im Rahmen eigener berufsrechtlicher Regelungen zu (bestimmten) Assessments, Diagnosenstellung, Medikamenten- und Behandlungsverordnung sowie als Primärversorger berechtigt sind (siehe <https://international.aanp.org/practice/apnroles>) und somit pflegerische und medizinische Kompetenz in Persona vereinen. Eine Übersicht zur internationalen Situation findet sich bei Maier et al. (Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/6/927/2616280>. (Zugriff vom 04.05.2021).

² Maier, Claudia B.; Buchan James (2018): Integrating Nurses in advanced roles in Health Systems to address the growing burden of chronic conditions. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332589/Eurohealth-24-1-24-27-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff vom 04.05.2021).

APN konkrete Schritte zu gehen³. Ziel sollte es sein, diese als Teil eines kommunalen teambasierten Primärversorgungsnetzwerks, mit sich ergänzenden "Federführerschaften" der Professionen und "auf Augenhöhe" zu etablieren. Die jeweilige "Federführerschaft" richtet sich dabei nach den individuellen Bedarfen vor Ort und unter Nutzung digitaler Möglichkeiten.

Die Betriebskrankenkassen schlagen eine Modifikation der Regelung vor.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 64d (-neu-) SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1) Gegenstand der Modellvorhaben ist die Entwicklung ambulanter Primärversorgungsangebote insbesondere für chronisch kranke, ältere Menschen durch Pflegefachpersonen mit einer Berechtigung für eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne eines eigenständigen Leistungserbringers in Zusammenarbeit mit weiteren an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen. Das Leistungsangebot kann neben kurativen Leistungen auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich ihrer Koordination und soll die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundespflegekammer, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren gemeinsam die Einzelheiten zu den Modellvorhaben nach Absatz 1 und 2 im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und unter Beteiligung der deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, der Bundesärztekammer und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 132a Absatz 1 Satz 1.

(3) In den Vereinbarungen nach Absatz 3 sind insbesondere festzulegen:

1. das Nähere zu Voraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen erweiterter Pflegepraxis, welches im Einzelnen auf der Grundlage von § 73 Absatz 1 folgende Versorgungsinhalte umfassen:

a. In Abgrenzung zu § 73 Abs. 1 Nummer 1 in einem fest definierten Umfang, die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes. Arznei- und Verbandsmittel nach § 31 SGB V sind eingeschlossen.

³ Augurzky, Boris; Busse, Reinhard; Gerlach, Ferdinand; Meyer Gabriele (2020): Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren.

https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/ePaper_Richtungspapier-Corona.pdf. S. 54-57. (Zugriff vom 04.05.2021).

b. In Abgrenzung zu § 73 Absatz 1 Nummer 2 in einem fest definierten Umfang die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,

c. In Abgrenzung zu § 73 Abs. 1 Nummer 3 in einem fest definierten Umfang, die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,

d. in Abgrenzung zu § 73 Absatz 1 Nummer 4 in einem fest definierten Umfang, die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,

2. Rahmenvorgaben für die teambasierte interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation,

3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung der Leistungen sowie zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,

4. Anforderungen an die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte,

5. Maßnahmen bei Vertragsverstößen und

6. Beauftragung von unabhängigen Sachverständigen zur Durchführung einer Begleitevaluation im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss.

(4) Die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelt in Abstimmung mit den Vertragspartnern nach Absatz 3 zu den Vereinbarungsinhalten nach Absatz 4 Nummer 1 bis zum xy standardisierte Module für entsprechende Studiengänge.

(5) Im Fall einer Nichteinigung wird der Inhalt der Vereinbarung nach Absatz 2 durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten für das Schiedsverfahren tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(6) Die Modellvorhaben sind längstens auf xy Jahre zu befristen. xy Monate nach Ablauf der Befristung legen die Vereinbarungspartner nach Absatz 3 auf der Grundlage der Evaluation nach Absatz 4 Nummer 5 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht zu den Ergebnissen der Modellvorhaben vor. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts nach Absatz 4 Nummer 5 können die Modellvorhaben nach Absatz 1 auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortgeführt werden. Enthält der Bericht einen Vorschlag, der die Übernahme in die Regelversorgung empfiehlt, prüft das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 3 die Übernahme der Inhalte in die Regelversorgung bis zum xy.

(7) Die Partner nach § 90 Absatz 1 und die Länder führen gemeinsam, insbesondere in ländlichen versorgungsschwachen Regionen, in jedem Bundesland mindestens zwei Modellvorhaben nach Absatz 1 durch. Diese beginnen spätestens am xy. Der Bund fördert in jedem Bundesland zwei Modellprojekte in den ersten drei Kalenderjahren mit xy Euro pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist die Finanzierung durch den jeweiligen Kreis oder die Kreisfreie Stadt in gleicher Höhe wie der Bund."

Artikel 2: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Änderungsantrag Nr. 3: Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus dem Bundeshaushalt

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch den Bund. Mit einer Verlagerung der Aufbringung der Beitragsmittel von den Pflegekassen hin zum Bund trägt der Gesetzgeber der Würdigung der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe weitere Rechnung. Diesen Gedanken folgend sollte die Finanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen durch den Bund nicht nur auf den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung beschränkt sein, sondern auch auf die Beitragszahlungen der Pflegekassen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen übertragen werden. Gemäß den Zielsetzungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde die soziale Sicherung von Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 auf eine neue Grundlage gestellt. Bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen besteht für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mindestens des Pflegegrades 2 seither auch Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Eine Differenzierung der Beitragsfinanzierung zwischen der Renten- und der Arbeitslosenversicherung erscheint nicht geboten. Insofern regen die Betriebskrankenkassen an, dass der Bund auch die Finanzierung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernimmt. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Anpassung des § 349 Abs. 4a SGB III.

Zu Änderungsantrag Nr. 4: Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege

Die angedachte Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege, welche ergänzend zu den Sachleistungsbeträgen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) von den betroffenen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, soll die seit Jahren zunehmenden finanziellen Belastungen der Betroffenen abmildern. Die Entlastung der Pflegebedürftigen soll konkret durch eine gestaffelte Beteiligung der SPV an den pflegebedingten Eigenanteilen erfolgen. Gewählt wurde damit eine „kleine“ Lösung, die sich der bestehenden Problematik im Teilleistungssystem der SPV ausschließlich im stationären Setting widmet, damit insbesondere die ambulante Versorgung ausklammert und somit aber das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung – nämlich in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern – außer Acht lässt. Eine Dynamisierung u.a. der ambulanten Leistungsbeträge der SPV ist, wie noch im Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung angedacht, nicht vorgesehen. Dies hätte das beschriebene Ungleichgewicht des Ansatzes zumindest ansatzweise austariert.

Die Betriebskrankenkassen sehen an dieser Stelle einen grundlegenden Reformbedarf im Leistungsrecht (und mithin im Vertragsrecht) der SPV und insofern sollte es sich hierbei nur um eine Übergangslösung bis zu einer grundlegenden Reform des Pflegeversicherungsrechts handeln. Dies muss – sofern die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform anerkannt wird – vom Gesetzgeber auch deutlich gemacht werden, um den Handlungsbedarf herauszustellen.

Zudem muss konstatiert werden, dass mit einer nennenswerten weiteren Erhöhung der Pflegesätze insbesondere infolge der mit den vorliegenden Änderungsanträgen ebenfalls vorgesehenen Tarifbindung und der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zu rechnen sein dürfte, die über der Steigerungsrate der zurückliegenden Jahre liegt. Dies wird dazu führen, dass der Anteil der aktuell Betroffenen in der vollstationären Versorgung und hier insbesondere Pflegebedürftige im ersten Jahr der vollstationären Versorgung perspektivisch nicht – wie politisch intendiert – zeitnah zurückgeht.

Vielmehr dürften die genannten gesetzgeberischen Maßnahmen sogar zu zusätzlichen Belastung dieses Personenkreises führen, da die staffelweise Beteiligung der SPV an den Eigenanteilen erst ab dem 2. Jahr nach Inkrafttreten greift. Ergänzend sei darauf verwiesen, dass mit den vorliegenden Änderungsanträgen ebenfalls die mit dem Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung zuletzt vorgesehene zusätzliche Entlastung der Pflegebedürftigen über eine verlässliche Finanzierung von Investitionskosten durch die dafür zuständigen Länder nicht mehr vorgesehen ist, was die Betriebskrankenkassen ausdrücklich bedauern.

Zu Änderungsantrag Nr. 5: Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)

Der Änderungsantrag sieht Regelungen vor, nach denen die Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung mittels Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als Voraussetzung vereinbart sein muss, um als Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag abschließen zu können. Die Pflegeeinrichtungen müssen hierfür mindestens eine Entlohnung zahlen, welche die Höhe eines inhaltlich vergleichbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Gleichzeitig soll allerdings durch die Landesverbände der Pflegekassen bestimmt werden, welche Tarifverträge als wirtschaftlich gelten und damit festgestellt werden, ob das enthaltene Lohnniveau über die Pflegesätze refinanzierbar ist. Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die angedachte gesetzgeberische Maßnahme, um eine angemessene Bezahlung und damit u.a. verbesserte Arbeitsbedingungen für die Beschäftigte in der Pflege umzusetzen.

Das Anliegen des Gesetzgebers für eine möglichst flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen ist nachvollziehbar – insbesondere nach dem Scheitern eines verpflichtenden Tarifvertrags für die gesamte Pflegebranche. Konterkariert wird dies allerdings dadurch, dass es mit den Regelungen in § 82c SGB XI (n.F.) nunmehr die Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen sein soll, alle Tarifverträge dahingehend zu beurteilen, ob eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur vorliegt und diese Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Das bedeutet, dass die Landesverbände der Pflegekassen faktisch als „Tarifpolizei“ auftreten und darüber entscheiden sollen, welche Entlohnung als wirtschaftlich und damit in den Pflegesatzvereinbarungen als berücksichtigungsfähig gilt. Damit wird den Landesverbänden eine schwierige und sich widersprechende Doppelrolle auferlegt, denn diese sind originärer Vertragspartner der hier gegenständlichen Versorgungsverträge. Außerdem ist mit der Regelung insgesamt ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie gegeben, welcher von den Betriebskrankenkassen abgelehnt wird. Abgesehen davon wird sowohl dem GKV-Spitzenverband, der für die Bewertung der Tarifverträge Kriterien festlegen soll, als auch den Landesverbänden der Pflegekassen, welche die wirtschaftlichen Tarifverträge im Bundesland regelmäßig veröffentlichen sollen, die bislang ungelöste Aufgabe auferlegt, eine angemessene Bezahlung von Pflegekräften zu

bestimmen. Zu berücksichtigen ist, unabhängig von der unangemessenen Aufgabenzuweisung an die Landesverbände der Pflegekassen, dass diese nicht über tagesaktuelle Informationen zu in einer Region vereinbarten bzw. gültigen Tarifverträgen verfügen. Daher wäre mindestens zu regeln, sofern an der Regelung festgehalten werden soll, dass den Tarifpartnern eine entsprechende Informationspflicht gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen zukommt.

Ergänzend ist festzustellen, dass sich die Regelung in § 72 Absatz 3a SGB XI (n.F.) allein auf die in Pflegeeinrichtungen als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich bezieht. Damit werden Beschäftigte der angesprochenen Berufsgruppen, welche bspw. über Personalservicegesellschaften ausgegliedert wurden, um bspw. eine Loslösung von den häufig an den TVöD angelehnten Tarifverträgen zu erreichen, ggf. nicht berücksichtigt. Dies sollte entsprechend korrigiert werden, sofern die Regelung weiter zur Umsetzung angedacht ist.

Mit der angedachten Regelung wird zudem § 84 Absatz 7 SGB XI gestrichen, was zur Folge hat, dass die bislang gültige Regelung der Bemessungsgrundsätze für die Vergütung der stationären Pflege aufgehoben wird, nach welcher der Träger der Einrichtung dazu verpflichtet ist, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei dieses nachzuweisen. Eine gleichlautende Regelung findet sich weder in den neu gefassten § 72 Absatz 3a SGB XI (n.F.) noch im § 82c SGB XI (n.F.) und wurde lt. Begründung zum Zweck der Entbürokratisierung gestrichen. Eine solche Regelung ist aber zwingend erforderlich und sollte – sofern die vorliegende Regelung weiter zur Umsetzung vorgesehen ist – dringend allgemeingültig für alle Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden, wie sie im Übrigen auch in § 132a Absatz 4 Satz 7 und 8 SGB V nach wie vor wirksam ist. Denn die neu angedachte, dauerhaft einzuhaltende Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a SGB XI (n.F.) wird nicht automatisch dazu führen, dass die entsprechend resultierenden Vergütungsbestandteile als Entlohnung adäquat an die Beschäftigten weitergegeben werden, um der mutmaßlichen Intention des Gesetzgebers, nämlich einer adäquaten Entlohnung, die bei den Beschäftigten „ankommt“, Rechnung zu tragen. Im Sinne dieses Ziels dürfen aus Sicht der Betriebskrankenkassen die entsprechenden Nachweispflichten nicht aufgegeben werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Nach § 72 Absatz 3 werden folgende Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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 Ent-

lohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Als Tarifvertrag nach Satz 2 gilt auch einer, der mindestens von einer anderen Pflegeeinrichtung im Geltungsbereich der Pflegeversicherung als Arbeitgeber mit einer Gewerkschaft abgeschlossen wurde. Für kirchliche Pflegeeinrichtungen ist im Falle von Satz 2 auch die Zahlung einer Entlohnung, die die Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet, zulässig. Die Pflegeeinrichtung hat für den Abschluss des Versorgungsvertrages nach Satz 1 den Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung und im Falle der Sätze 2 bis 4 den anwendbaren Tarifvertrag oder die anwendbare kirchliche Arbeitsrechtsregelung beizubringen und im Falle der Sätze 2 bis 4 den Nachweis der Anwendbarkeit zu erbringen und zu gewährleisten, dass diese bei der Entlohnung des Pflegepersonals dauerhaft angewendet werden. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung jederzeit die Bezahlung von Gehältern nach dem oder der Zulassung zugrunde gelegten Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nachzuweisen.

(3b) Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Nachweisverfahren nach § Abs. 3a Satz 6 und das Verfahren bei Pflichtverletzung des Trägers der Pflegeeinrichtung fest. Die Festlegung bedarf der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums.

§ 82c sowie die Änderungen von § 75 Absatz 2 Satz 1, § 84 Absatz 2 und 7, § 89 Absatz 1 und 3 sowie § 115 Absatz 3a Satz 2 werden gestrichen.

Zu Änderungsantrag Nr. 6: Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege

Das Anliegen des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege durch eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicherzustellen, wird von den Betriebskrankenkassen unterstützt. Auch die Herangehensweise, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beauftragen, handlungsleitende Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI für die Kurzzeitpflege zu erarbeiten, wird geteilt. Inhaltlich ist insbesondere im Kontext der Gesetzesbegründung zu konstatieren, dass gerade hinsichtlich der Ausgestaltung und des Bedarfs von Kurzzeitpflegeplätzen regionale Strukturen zu berücksichtigen sein werden und sich zudem die regionale Ausgangslage sehr heterogen darstellt. Dies stellt im Detail allgemeingültige Empfehlungen auf Bundesebene vor die Herausforderung, diese regionalen Komponenten nicht adäquat abbilden zu können. Hierfür sprechen allein die in der Gesetzesbegründung genannten landesbezogenen Verfahren zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Insofern muss die Möglichkeit im Vordergrund stehen, dass nach § 75 Absatz 1 SGB XI die Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf der Grundlage der Empfehlungen zu überprüfen und individuell anzupassen sind, bestenfalls auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Erhebung zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in den jeweiligen Ländern, wie für NRW bspw. im Jahr 2017 und für Bayern 2019 geschehen. Konterkariert würde ein solches Vorgehen mit der Maßgabe nach § 88a

Absatz 1 Satz 2 SGB XI (n.F.), dass bis zur jeweiligen Anpassung der Landesrahmenverträge, die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen in ihrer Gesamtheit unmittelbar verbindlich sind. Ergänzend sei mit Blick auf die Gesetzesbegründung zur Entgeltermittlung darauf verwiesen, dass es sich dem Wesen einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nach bei der Berücksichtigung vergütungsrelevanter Aspekte nicht um die "Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen" handeln kann, da die entsprechende Personengruppe nicht dauerhaft in Kurzzeitpflegeeinrichtungen untergebracht ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§88a SGB XI wird wie folgt gefasst:

„§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege geben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 bis zum [Einzusetzen: 6 Monate nach Inkrafttreten der Regelung] Empfehlungen zum Inhalt der Verträge 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 nach § 75 Absatz 1 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.~~

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb dieser Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die Empfehlungspartner nach § 75 Absatz 6 gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest."

Zu Änderungsantrag Nr. 7: Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

Die vielschichtigen Regelungen des vorliegenden Änderungsantrags stellen den zweiten Schritt der gesetzgeberischen Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der PeBeM-Studie gemäß § 113c SGB XI (a.F.) dar und werden von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. So werden mit § 113c Absatz 1 und 2 SGB XI (n.F.) Personalanhaltswerte pro Pflegegrad vorgegeben, auf deren Grundlage ab 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich hieraus

ergebende Personalausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbart werden kann. Parallel werden u. a. die Pflegestellenförderprogramme n. § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellen) und § 84 Absatz 9 bzw. § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI (Pflegehilfskraftstellen) sukzessive aufgelöst, indem etwaige zusätzliche Personalstellen nur noch bis zum 30. Juni 2023 beantragt bzw. beschieden oder vereinbart werden können. Allein aus letzterem Aspekt – geregelt in § 113c Absatz 5 SGB XI (n.F.) – ergibt sich die Unklarheit, dass einerseits ab dem 1. Juli 2023 Anträge auf die genannten Vergütungszuschläge jeweils nicht mehr gestellt werden, während vor dem 1. Juli 2023 beschiedene oder vereinbarte Vergütungszuschläge in dem ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren nach § 85 in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 SGB XI übertragen werden müssen. Dies schließt praktisch Vergütungszuschläge, welche in kurzem zeitlichem Abstand vor dem vor dem 1. Juli 2023 beantragt wurden, damit aber nicht zwingend vor diesem 1. Juli 2023 beschieden oder vereinbart werden können, faktisch aus, denn diese könnten dem Wortlaut folgend keine Berücksichtigung finden. Nicht erwähnt und aufgegriffen werden hingegen die Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung (§ 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 SGB XI). Konsequenterweise dürften auch diese nicht mehr ab 01.07.2023 vereinbart werden und sollten insofern ebenfalls in die Systematik des Personalbemessungsinstruments einfließen.

Zwar entspricht die gewählte schrittweise Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens den wissenschaftlichen Empfehlungen der Universität Bremen in der zugrundeliegenden PeBeM-Studie, allerdings ist fraglich, inwiefern der vorgesehene Personalzuwachs, über die zugrundeliegenden Qualifikationsniveaus hinweg, durch die derzeit verfügbaren Kräfte – insbesondere angesichts der anhaltenden SARS-CoV-2-Pandemie, welche ggf. etwaige Personalrekrutierungs- und Personalförderungsmaßnahmen konterkariert – tatsächlich abgedeckt werden kann. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund des noch anstehenden Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege wäre es zwar nachvollziehbar, dass die vorgesehenen Personalanhaltszahlen unterhalb der Empfehlungen der PeBeM-Studie Bremen angesetzt sind, erläutert wird dies in der Gesetzesbegründung allerdings nicht. Im Sinne der Transparenz bei der Umsetzung, welche auch der Akzeptanz des neuen Personalbemessungsinstruments dient, sollte diese Vorgehensweise vom Gesetzgeber dargelegt und begründet werden. Zudem wird mit den Personalanhaltszahlen in den Pflegesatzvereinbarungen eine Obergrenze für die jeweilige Personalausstattung im Bereich Pflege und Betreuung mit einem definierten Ausnahmetatbestand n. § 113c Absatz 2 Satz 2 SGB XI (n.F.) definiert. Die Einführung einer differenzierten Personalbemessung, welche sich auf der Grundlage der PeBeM-Studie an den unterschiedlichen Bedarfen der Pflegebedürftigen orientiert, wird sich vermutlich nicht sinnvoll mit den bislang starren sog. Fachkraftquoten der Wohn- und Teilhabegesetze nach Landesrecht kombinieren lassen. Insofern ist die Frage zu stellen, ob mit den definitorischen Obergrenzen in § 113c Absatz 1 SGB XI (n.F.) auch etwaige Untergrenzen definiert werden müssen, damit die Versorgungssicherheit gewährleistet ist und an welcher sich die Pflegesatzverhandlungen gleichermaßen orientieren müssen. Im Sinne einer konsequenten Umsetzung müssen sich hieran auch entsprechende vertragliche Konsequenzen orientieren. Zwar soll dies nach Absatz 4 u. a. Gegenstand der Landesrahmenverträge nach § 75 sein, allerdings wäre auch hierfür eine bundeseinheitliche Untergrenze zielführend, zumal die Gesetzesbegründung, die Erwartungshaltung an die landesheimrechtlichen Vorgaben formuliert, so flexibilisiert zu werden, dass sie der geplanten, schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nicht entgegenstehen, was entweder der oben vermuteten Auflösung der sog. Fachkraftquoten bedeutet oder aber einen Wildwuchs an landesrechtlichen Regelungen. In diesem Zusammenhang bleibt auch unklar, worauf konkret die Flexibilität zu den Qualifikationsniveaus im Fachkraft-

bereich in den Landesrahmenverträgen abzielt. Es stellt sich die Frage, ob es hier auch möglich ist, akademisierte Pflegefachkräfte zu berücksichtigen, die in den Personalanzahlzahlen nach Absatz 1 nicht berücksichtigt werden. Welche Auswirkungen hat die betreffende Flexibilität auf die Kostenwirkung? Letztere ist insgesamt in den Änderungsanträgen zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments ebenso wenig beschrieben, wie die Beantwortung der Frage, ob die mit § 113c SGB XI (n.F.) gewählte Vorgehensweise die in der PeBeM-Studie bzw. Roadmap angedachte Konvergenzphase darstellt, welche zu einem späteren Zeitpunkt ggf. zu einer anderen Systematik führen wird, jenseits von festen, im Gesetz festgelegten Personalanzahlzahlen. Gerade die Kostenwirkung ist aber für die Umsetzung des Personalbemessungsinstruments und mit Blick auf die Situation wesentlich, das für die SPV keine finanzielle Beteiligung des Bundes vorgesehen ist, wie noch im Arbeitsentwurf zu einem Pflegereformgesetz vorgesehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Es wird vorgeschlagen, zum jetzigen Zeitpunkt auf die zweite Phase der Einführung des Personalbemessungsinstruments zu verzichten, um die aufgezeigten offenen Fragen im Kontext der Konzertierte Aktion Pflege bzw. mit den Beteiligten der Roadmap zum Zweck der Transparenzherstellung zu reflektieren. Außerdem würde eine Umsetzung in der kommenden Legislaturperiode die Chance eröffnen, die Wirkung der Personalaufbauphase gemäß § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 8 bzw. § 85 Absatz 8 SGB XI abzuwarten und hier ggf. korrigierend einzugreifen, während die zeitgleich notwendige kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zwischen den Pflegefachpersonen und Pflegehilfs- und Assistenzpersonen eng durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen bereits forciert werden kann.

Zu Änderungsantrag Nr. 8: Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften (Konzertierte Aktion Pflege)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die avisierte Regelung. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung ist insbesondere die Einbeziehung der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sinnvoll, um eine wirksame und wirtschaftliche Umsetzung zu sichern. Auch im Hinblick auf die Nutzung der Kompetenzen von Pflegefachkräften ist die Neuregelung ein wichtiges Signal und ermöglicht den Versicherten einen zügigeren und unkomplizierteren Zugang zu den notwendigen Hilfsmitteln.

Zu Änderungsantrag Nr. 10: Vereinfachung und Klarstellung in der ambulanten Pflege

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die beabsichtigte Angleichung der Regelungen für Pflegedienste, die sowohl im Rechtskreis SGB V als auch SGB XI Leistungen erbringen. Dies spiegelt die überwiegend gängige Praxis wider und ermöglicht einen Gleichklang und damit eine Vereinfachung der Vergütungsverhandlungen.

Für die Versicherten kritisch bleibt nach wie vor die mit Änderungsantrag Nr. 4 beabsichtigte Entlastung der pflegebedürftigen Menschen, die sich jedoch ausschließlich auf stationäre Einrichtungen beziehen. Praktisch werden nun in der ambulanten Pflege neben der (ausdrücklich begrüßenswerten) tariflichen Entlohnungen auch die Refinanzierung der Wegezeiten im Sinne einer anteiligen Finanzierung durch die Versicherten zu tragen sein. Damit wird ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung – nämlich in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern – nicht berücksichtigt. Wie schon zum Änderungsantrag Nr. 4 ausgeführt sehen die Betriebskrankenkassen in Bezug auf die soziale Pflegeversicherung zeitnah umfassenden Reformbedarf.

Zu Änderungsantrag Nr. 11: Weiterentwicklung Qualität

Mit dem Änderungsantrag Nr. 22 wird klargestellt, dass zusätzlich zur Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die ambulante und stationäre Pflege nunmehr auch Maßstäbe und Grundsätze für den Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu vereinbaren sind. Allerdings ist die beabsichtigte gesetzliche Regelung dem Grunde nach überflüssig, denn die intendierten Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege existieren heute bereits im Kontext der stationären Pflege. Die letzte Anpassung durch den Qualitätsausschuss Pflege erfolgte hierzu am 8. September 2020. Auch die Gesetzesbegründung, welche einen Bezug zu § 88a SGB XI (n.F.) und zu dessen inhaltlichen Anforderungen herstellt, lässt nicht automatisch den Umkehrschluss zu, dass es der intendierten gesetzlichen Anpassung bedarf, denn die gewünschte inhaltliche Anpassung der bestehenden Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege ergibt sich schon aufgrund der bestehenden Rechtslage.

Inhaltlich neu ist hingegen die Anforderung, dass Maßstäbe und Grundsätze aufgrund der aktuellen Erfahrungen im Zuge der festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite Regelungen zu „flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen“ umfassen sollen. Eine solche Anpassung in Vorbereitung auf etwaige weitere Krisensituationen ist sachgerecht und wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

Außerdem erfolgt eine gesetzliche Anpassung dahingehend, dass Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste, welche Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen, was inhaltlich grundsätzlich sachgerecht ist. Allerdings ist der Verweis auf die genannten Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste ungeeignet, da es sich hierbei um eine Übergangsregelung bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems für die ambulante Pflege nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB XI handelt, welches sich bereits über den Qualitätsausschuss Pflege in der Umsetzung befindet. Klargestellt werden sollte deshalb, dass die Anforderungen an die Qualifikationen der Betreuungskräfte in Betreuungsdiensten den Anforderungen für Betreuungskräfte in (ambulanten) Pflegediensten gleichzustellen sind.

Zu Änderungsantrag Nr. 12: Vereinfachung und Klarstellung für Betreuungsdienste

In § 112a SGB XI soll eingefügt werden, dass in den zugrundeliegenden Richtlinien festgelegte Qualifikationen nunmehr auch berufsbegleitend erworben werden können. Hierzu sind allerdings folgende Klarstellung erforderlich:

Die gewählte Formulierung bezieht sich im Wortlaut auf alle in den Richtlinien nach § 112a SGB XI erwähnten Qualifikationen und insofern sachlogisch auch auf die Qualifikation der verantwortlichen bzw. stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft. Der Gesetzesbegründung ist aber zu entnehmen, dass sich die Vorgabe explizit auf die Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen in ambulanten Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten erbringen, beziehen soll. Dies sollte entsprechend konkretisiert werden.