

Berlin, 07. Mai 2021

Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Hier: ÄA zum GVWG Stand 3. Mai 2021

Vorbemerkung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arbeit des DRK wird von den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit sowohl mit ehrenamtlich als auch hauptamtlich Tätigen aktiv. Wie keine andere soziale oder humanitäre Bewegung in Deutschland kann das DRK durch seine einzigartige Stellung eine Vielzahl vernetzter Hilfen, Beratungen und Leistungen anbieten – lokal, regional, national und international. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt in seiner anwaltschaftlichen Funktion die Interessenvertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wahr.

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen. In den stationären Pflegeeinrichtungen des DRK werden aktuell über 40.000 Pflegebedürftige versorgt, mehr als 500 ambulante Pflegedienste kümmern sich um über 90.000 Pflegebedürftigen im eigenen Heim.

Präambel

Die Frage der pflegerischen Versorgung ist ein wichtiges gesamtgesellschaftliches Thema. Zu dem vorausgegangenen Eckpunktepapier des Reformvorhabens der Pflegeversicherung aus 2020 gab es eine breite fachpolitische Diskussion und eine hohe Unterstützungsbereitschaft für den darin gewählten Weg.

Umso unverständlicher ist, dass im weiteren Verfahren im Januar 2021 ein informell verbreitetes Papier des BMG kursierte, welches einen völlig anderen Weg einschlug, und deshalb an vielen Stellen auf Kritik gestoßen ist. Nun – in den letzten Tagen der Großen Koalition – sollen diese Vorschläge sprichwörtlich in letzter Minute, mit einer Rückmeldefrist von nur 3,5 Tagen, in gekürzter Form als **Entwürfe** für „**Formulierungshilfen für Änderungsanträge (noch nicht ressortabgestimmt)**“ an ein bestehendes Gesetzgebungsverfahren angehängt werden. Aus Sicht des DRK verhindert dieses Omnibusverfahren den wichtigen gesellschaftlichen Diskurs zu einer der zentralen sozialen

Fragen unserer Zeit: Wie geht es weiter mit der Pflege? Wer soll wie hoch belastet werden? Und lässt sich das am Ende auch wirklich bezahlen?

Wir halten dies nicht nur aus fachpolitischer Sicht für untragbar, sondern auch als Demokratinnen und Demokraten für eine Beschädigung der politischen Kultur und Debatte in unserem Land. Denn wir sind der Auffassung, dass mit einem so immens bedeutsamen gesellschaftspolitischen Thema, wie der zukünftigen pflegerischen Versorgung und deren nachhaltigen Finanzierung anders umgegangen werden sollte.

Unter dem jetzigen Zeitdruck besteht die Gefahr, dass mit der verständlichen Kurzsichtigkeit, die ein solcher, mit der „heißen Nadel gestrickter“ Fahrplan mit sich bringt, die Weichen in eine völlig falsche Richtung gestellt werden und weiteren absolut notwendigen Reformschritten der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Jahren den Weg versperren.

Zusammenfassung

Die wesentlichen Ziele einer notwendigen Pflegereform, wie

- die nachhaltige Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen,
- die Steigerung der Attraktivität der Pflege,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe,
- sowie deutliche Leistungssteigerungen und eine regelhafte Leistungsdynamisierung

können aus Sicht des DRK mit den vorliegenden Änderungsanträgen nicht bzw. nur marginal erreicht werden.

Das DRK sieht für die Pflegeversicherung zeitgleichen Veränderungsbedarf in

- a) der Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel,
- b) der Pflegepersonalvergütung sowie
- c) der Beschränkung der Eigenanteile für stationär versorgte Pflegebedürftige.

Die vorgeschlagenen Änderungen zu b) (Pflichteinführung von Tarifverträgen) werden als rechtlich problematisch, wenig praktikabel und streitanfällig eingeschätzt. Das DRK sieht als rasche Lösung für eine Erhöhung der Pflegepersonalvergütung eine Anpassung des Pflegemindestlohns als richtigen Weg an.

Die vorgelegten Änderungsanträge zu c) bleiben inhaltlich weit hinter dem Eckpunktpapier vom 04.10. 2020 zurück und werden vom DRK als unzureichend abgelehnt; zumal sie mittel- bis langfristig als unwirksam eingeschätzt werden. Das DRK fordert weiterhin einen Sockel-Spitze-Tausch.

Das DRK bedauert, dass bereits in der Diskussion befindliche Aspekte einer Pflegereform, wie

- die Erhöhung und Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung,
- der Beitrag der Kommunen/Länder zu den Investitionskosten

- die Finanzierung der Pflegeausbildung ausschließlich durch die Pflegeversicherung und nicht durch die Eigenanteile der Pflegebedürftigen.

nicht mehr in den Änderungsanträgen berücksichtigt werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils zum 01.07.2021 § 43c SGB XI (Artikel 2, ÄA 4)

Der Änderungsantrag Nr. 4 zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) steht im Zeichen der bestehenden Forderung nach der Begrenzung der stetig steigenden Eigenanteile in der vollstationären Langzeitpflege. Mit dem nach § 43b einzufügenden § 43c soll ab dem 1. Juli 2021 gelten: Je länger eine pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim lebt, desto geringer ist sein pflegebedingter Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege. Demnach erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, künftig einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils, ab dem dritten Jahr 50 Prozent und ab dem vierten Jahr dauerhaft 75 Prozent.

Das Deutsche Rote Kreuz erkennt das Signal an, zeitnah Entlastung für Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege zu erwirken. Der mit ÄA Nr. 4 vorliegende Entwurf bleibt jedoch weit hinter den Erwartungen zurück und stellt keine nachhaltige Lösung für die rasant ansteigenden Eigenanteile in naher Zukunft dar. Aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes bedarf es einer finanzwirksamen Deckelung der Eigenanteile und einer echten Umkehr der Finanzierungslogik. Der vielseitig diskutierte und der Fachöffentlichkeit lange bekannte „Sockel-Spitze-Tausch“ bleibt bestehende Forderung. Demnach würden Pflegebedürftige nur noch einen zeitlich begrenzten und festen Eigenanteil (den neuen Sockel) zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit zahlen. Alle Belastungen darüber hinaus (die neue Spitze) für eine bedarfsgerechte Versorgung würden von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen werden müssen und Mehrkosten, die u.a. durch Qualitätsverbesserungen oder Entgeltsteigerungen entstehen, verteilen sich somit auf die gesamte Versicherten-gemeinschaft.

Das Ausbleiben einer wirksamen Begrenzung der steigenden Kosten für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen verhindert langfristige Investitionen im System, da diese meist unmittelbar zu höheren Kosten für die Pflegebedürftigen führen. Schon jetzt übersteigen die zu zahlenden Eigenanteile die durchschnittlichen Renten bei weitem, denn zu den pflegebedingten Kosten fallen zusätzlich stets Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen an. Die originäre Zielstellung der sozialen Pflegeversicherung bei ihrer Einführung, den Bürgerinnen und Bürgern eine Lebensstandardsicherung im Fall von Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, konnte so schon lange nicht mehr erfüllt werden. Vor allem der dringend nötige Personalaufbau wie aber auch steigende Investitionskosten werden nach geltender Finanzierungslogik zu weiter drastisch steigenden Eigenanteilen führen und das durch Pflege bedingte Verarmungsrisiko zunehmen lassen. Denn ein erheblicher Teil der Bewohnerinnen und Bewohnern weist eine Verweildauer unter 12 Monaten in Einrichtungen der Langzeitpflege auf und wird von den derzeit vorgesehenen Entlastungen völlig ausgeschlossen. Dies wird dem bereits jetzt zu großen Teil der stationär Pflegebedürftigen,

die auf staatliche Hilfen angewiesen sind, weiter steigen lassen und die Länder zusätzlich belasten.

In dem medienwirksam veröffentlichten Eckpunktepapier zur Pflegereform 2021 wurde vorgeschlagen, die pflegebedingten Eigenanteile auf einer Höhe von ca. 700 € einzufrieren und somit nachhaltig zu deckeln. Der Vorschlag des vorliegenden Änderungsantrags Nr. 4 greift deutlich kürzer und vermag es nicht die Eigenanteile kalkulierbar zu begrenzen und eine langfristige Entlastungswirkung zu entfalten. Im Hinblick auf eine erforderliche nachhaltige Reform der Finanzierungsstruktur der sozialen Pflegeversicherung, sollte sich nicht in Pfadabhängigkeit der prozentual gestaffelten Bezuschussung begeben werden. Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich weiterhin für den in der Wissenschaft vorgeschlagenen „Sockel-Spitze-Tausch“ - die Umkehr von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze – aus, maßgeblich muss hierbei die Verhinderung zukünftiger Sozialhilfebedürftigkeit sein.

Sollte die Forderung nach der Umstrukturierung des Finanzierungssystems im Sinne des „Sockel-Spitze-Tauschs“ nicht umgesetzt werden, so sollte, um die Finanzierbarkeit der Eigenanteile durch die Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen, eine an der Inflation orientierte Steigerung der Leistungsbeträge erfolgen. Zur Sicherstellung einer zukunftsfähigen pflegerischen Versorgung ist außerdem ein Investitionskostenzuschuss der Länder beispielsweise in Form einer Pauschale pro Bewohner je Monat dringend angeraten. Denn die finanzielle Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen im ersten Jahr darf nicht ungebremst ansteigen.

Im Übrigen interpretiert das DRK die Regelung so, dass auch Zeiträume vor dem 01.07.2021 berücksichtigt werden und die Zuschüsse somit vollständig ab dem 01.07.2021 greifen würden. Eine Klarstellung wäre wünschenswert, ggf. auch in der Begründung der Gesetzesänderung, damit Fehlinterpretationen vermieden werden können.

2. Tarifliche Entlohnung § 72 Abs. 3 und neue Absätze 3a und 3b SGB XI (Artikel 2, ÄA 5)

Zu den vom Bundesministerium für Gesundheit vorgesehenen Änderungen unter § 72 „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag“ bestehen seitens des DRK erhebliche und grundsätzliche Bedenken. Die Begründung verlässliche und dauerhaft angemessene Gehälter für die in der Pflege beschäftigten Menschen erzielen zu wollen, ist nachvollziehbar und anerkennungswürdig- insbesondere auch mit Blick auf die Gewinnung zusätzlicher Pflegekräfte.

Auch aus Sicht des DRK sind Tarifverträge Mittel der Wahl zur Gewährleistung fairer und transparenter Gehälter in der Pflege. Im DRK gibt es eine Bundestarifgemeinschaft (i.S. des § 2 TVG), die die Interessen ihrer Mitglieder vertritt. Gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di bildet das DRK eine stabile Sozialpartnerschaft, die mit dem DRK-Reformtarifvertrag einen verlässlichen Rahmen für angemessene Gehälter – auch in der Pflege – bietet.

Ein flächendeckender DRK-Tarifvertrag bzw. die Mitgliedschaft aller DRK-Gliederungen in der Bundestarifgemeinschaft besteht nicht. Die Verbandsgliederungen entscheiden, selbständig und freiwillig darüber, den DRK-Tarifvertrag anzuwenden oder wie beispielsweise das Bayerische Rote Kreuz auf Landesebene eigene Tarifverträge zu vereinbaren. Dies ist u. a. auch länderspezifischen Refinanzierungs- bzw. Verhandlungsbedingungen geschuldet.

Dass z. Z. nur etwa ca. die Hälfte der in der Pflege Beschäftigten Tariflöhne erhält, ist auch aus Sicht des DRK durchaus diskussionswürdig. Doch die Einführung von Vorschriften und wie hier die Kopplung von Zulassungen zur Pflege bzw. Versorgungsverträgen an die Zahlung von durch Dritte fixierte Gehälter im Rahmen der Sozialgesetzgebung ist ordnungspolitisch nicht akzeptabel.

Dies wird als unzulässiger Eingriff in die Tarifautonomie angesehen.

Tarifautonomie ist Bestandteil allgemeiner Vertragsfreiheit. Insbesondere in ihrer Eigenschaft als unabhängige Verbände der Freien Wohlfahrtspflege entscheiden diese in eigener Verantwortung, ob, mit wem und wie sie Verträge schließen.

Über den Inhalt von Verträgen, auch von Tarifverträgen, bestimmen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in der Rolle als Sozialpartner gemeinsam mit ihren Vertragspartnern, den Gewerkschaften, autonom.

Durch eine mit Fristsetzung erzwungene Verpflichtung zum Abschluss von Tarifverträgen geraten die Leistungserbringer in ihrer Funktion als Arbeitgeber und Sozialpartner einseitig unter politischen und organisatorischen Druck als Sozialpartner zu agieren oder um bestehenden Sozialpartnerschaften beizutreten. Insgesamt ist fraglich, ob so die Voraussetzung für faire Verhandlungen von Tarifverträgen gegeben sind. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass es zu Klagen kommen wird.

Außerdem ist es Arbeitgebern in der Pflege, die nicht im Geltungsbereich eines Flächentarifvertrages liegen, faktisch unmöglich, Tarifverträge z. B. mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di abzuschließen, da ver.di aufgrund ihres äußerst geringen Organisationsgrades in der weitaus überwiegenden Zahl der Pflegebetriebe über keinerlei Tarifmacht verfügt. Betrieben, die eine nicht hinreichende Anzahl von ver.di-Mitgliedern beschäftigen, verweigert ver.di erfahrungsgemäß die Aufnahme von Tarifverhandlungen. Diesen Betrieben ist es objektiv unmöglich, an Tarifverträge gebunden zu sein.

Das Ziel einer Verbesserung der Vergütung bei den in der Pflege Beschäftigten kann auch auf anderem weniger einschränkenden Wege erreicht werden. Das DRK sieht die Pflegemindestlohnkommission als geeignetes Mittel, um eine rasche Steigerung der Löhne zu erzielen.

Es wird zudem nachdrücklich kritisiert, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Richtlinien bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a festlegt. Die nachträgliche Vertragsauflösung bzw. Verknüpfung von Tarifierhebung mit Zulassungen als Leistungsanbieter durch Dritte (z. B. Spitzenverband Bund der Pflegekassen) ist nicht akzeptabel. Der GKV-SV erhält damit eine Doppelrolle. Einerseits erhält er die Definitionsmacht, welche Tarifverträge für eine Zulassung zur Versorgung anzuerkennen sind. Andererseits verhandelt er im Rahmen der Selbstverwaltung die Höhe der Vergütungen und hat ein Interesse an möglichst niedrigen Vergütungen. Dies führt zu einem Ungleichgewicht zwischen eigentlich gleichberechtigten Verhandlungspartnern der Selbstverwaltung.

Wie unter diesen Bedingungen eine flächendeckende Verbesserung der Vergütung von Pflegekräften erreicht werden kann, erschließt sich nicht. Hier sind langwierige Rechtsstreitigkeiten vorprogrammiert.

Nicht zuletzt ist die Umsetzung der Regelung im vorgesehenen Zeitrahmen hoch problematisch. Nicht nur der Abschluss dieser Verträge würde eine geraume Zeit in Anspruch nehmen. Insbesondere der Abschluss von Tarifverträgen mit Gewerkschaften und die dann notwendigen Neuverhandlungen der Personalvergütung sind weder für die Pflegekassen noch für die Einrichtungsträger in diesem knapp bemessenen Zeitrahmen zu bewältigen. Die dann drohenden Konsequenzen sind nicht abschätzbar, Versorgungsengpässe sind nicht auszuschließen.

3. Kompetenzerweiterungen Pflegeberufe (Artikel 1, ÄA 3 und 5; Artikel 2, ÄA 8)

Das Deutsche Rote Kreuz würdigt ausdrücklich den politischen Willen der Bundesregierung, die Kompetenzen und Befugnisse von Pflegefachpersonen, gemäß den Beratungen, in dem aus der KAP hervorgehenden Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit, zu erweitern.

Gleichwohl denken wir im Hinblick auf die Umsetzung, der in den Änderungsanträgen vorgeschlagenen Maßnahmen, dass das Potential des auch heute bereits Möglichen nicht vollends ausgeschöpft wurde. Insofern bleiben die hier vorliegenden Änderungsanträge weit hinter den Erwartungen des Deutschen Roten Kreuzes zurück, das sich aktiv an diesem Prozess beteiligt hat.

Wir sehen daher einen weiteren Handlungsbedarf, um die Versorgungszugänglichkeit und -kontinuität des hiesigen Gesundheits- und Pflegewesens wirkungsvoll und nachhaltig zu erhöhen. Aber auch die Pflegeprofession insgesamt zu stärken, indem die Fachlichkeit der Berufsangehörigen ernst genommen wird, und sich schließlich in einer kompetenzorientierten Eigenverantwortung wiederfindet.

Im Einzelnen bezieht sich diese Kritik auf die folgenden Aspekte:

Artikel 1 ÄA Nr. 3: Blankverordnung für die häusliche Krankenpflege

- Die „Blankverordnung“ für die häusliche Krankenpflege unterliegt weiterhin einem ärztlichen Ordnungsrahmen, in dem dafür qualifizierte Pflegefachpersonen lediglich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung folgender Leistungen bestimmen können: Positionswechsel Dekubitus, An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, sowie das An- oder Ablegen eines Kompressionsverbandes.
- Die Betroffenen benötigen daher weiterhin eine Verordnung ihres Vertragsarztes und werden in keiner Weise entlastet. Gleichzeitig ist der Aufwand an Kommunikation und Koordination der Pflegedienste für diese vergleichsweise risikoarmen Tätigkeiten unverhältnismäßig hoch, was ebenso auf die Vorschriften zur Evaluation zutrifft.
- Wir fordern daher zumindest die Ausweitung der verordnungsfähigen Maßnahmen auf alle nicht-pharmakologischen HKP-Leistungen, sowie eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten.

Artikel 1 ÄA Nr. 5: Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

- Positiv hervorzuheben ist zunächst die Möglichkeit zur Verstetigung von erfolgreichen Modellprojekten in die Regelversorgung, die Entwicklung von Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Schaffung von einheitlichen Vorgaben zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, sowie ein klares Bekenntnis zur Substitution.
- Allerdings basieren die Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten weiterhin auf den Vorschriften nach § 63 Abs. 3b und 3c, die sich bislang vor allem als Innovationsbremser hervorgetan haben. Doch auch wenn über die Verpflichtung der Krankenkassen nun mehr Modellprojekte in den Bundesländern entstehen würden, bleiben die weiteren Probleme dieser Rechtsvorschriften bestehen, insbesondere in Bezug auf die Engführung der übertragbaren Tätigkeiten in der Heilkundeübertragungsrichtlinie, die zudem dringend aktualisiert werden müsste.
- Insofern fordern wir, dass die verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V auch unabhängig von den Regelungen in § 63 SGB V bestehen können und darüber hinaus auf maximal 2 Jahre befristet werden. Ebenso gilt es neben den wirtschaftlichen und fachlichen Verantwortungsbereichen auch die Fragen zur Haftbarkeit zu klären.

Artikel 2 ÄA Nr. 8: Empfehlung von einfachen und doppelunktionalen Hilfsmitteln

- In einer Art Genehmigungsfiktion sollen die Kranken- und Pflegekassen von der Notwendigkeit bzw. Erfordernis einfacher und doppelunktionaler Hilfsmittel ausgehen, wenn diese durch dafür qualifizierte Pflegefachpersonen im Rahmen der ambulanten Akut- und Langzeitpflege empfohlen werden.
- Im Gegensatz zu der Blankoverordnung für die häusliche Krankenpflege ist hierbei keine ärztliche Verordnung mehr notwendig, was wir ausdrücklich begrüßen. Allerdings sollen die Indikationen für die Notwendigkeit bzw. Erfordernis durch den GKV-SV festgelegt werden, sodass noch abzuwarten bleibt, ob sich diese Regelung letztlich in der Praxis bewähren kann.
- Gleichzeitig handelt es sich bei den hier vorgeschlagenen Regelungen um keine Genehmigungsfiktion, im eigentlichen Sinn, da die Entscheidungsfrist über den Antrag bis zu drei Wochen beträgt.
- Wir fordern daher die Beschleunigung dieses Verfahrens durch eine echte Genehmigungsfiktion, für Indikationen, bei denen die Notwendigkeit bzw. Erfordernis mit einer hohen Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Diese gilt es in der entsprechenden GKV-RL zu hinterlegen.

Die Wirksamkeit und Effektivität von Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen und Befugnissen, die im anglo-amerikanischen Raum auch als Advanced Practice Nurses bezeichnet werden, wurde in einer Vielzahl internationaler Good Practice Beispiele und

methodisch hochwertigen Studien beschrieben. Gleichzeitig hat die aktuelle pandemische Lage die Verletzlichkeit unseres Gesundheits- und Pflegesystems offenbart, gerade in der Langzeitpflege.

Vor diesem Hintergrund erscheint dem Deutschen Roten Kreuz ein „Weiter so“ im Klein-Klein des Leistungsrechts nur wenig zielführend, um die Pflegeberufe kompetenzorientiert weiterzuentwickeln und international anschlussfähig zu machen. Denn im Vergleich mit den anderen OECD Ländern hinken wir in der Pflegeberufspolitik deutlich hinterher.

In den USA wurden bereits in den 1950er Jahren Public Health Nurses eingeführt, aus denen sich bis zum heutigen Tag eine Vielzahl an erweiterten und spezialisierten Pflegerollen herausgebildet haben, beispielsweise Nurse Practitioner oder Community Health Nurses.

In Deutschland haben wir dagegen bis heute lediglich erreicht, dass die Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozess den Pflegefachberufen vorbehalten sind, und dass Pflegefachfrauen und -männer im europäischen Ausland nicht mehr als Hilfs- sondern Fachkräfte anerkannt werden.

Dies ist aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes allerdings zu wenig, angesichts der großen Herausforderungen, denen wir uns auch außerhalb von pandemischen Lagen gegenübersehen. Beispielsweise der Diskrepanz von Pflegehilfs- und Pflegefachpersonen gegenüber den prognostizierten Bedarfssteigerungen, sowie den fachlich immer komplexer werdenden Pflegesituationen in den Krankenhäusern, Einrichtungen und Diensten.

Vor dem Hintergrund der Idee für ein „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ setzen wir uns daher nachdrücklich für die Ablösung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V durch ein Heilkundengesetz auf der Bundesebene ein, in dem die heilkundlichen Kompetenzen und Befugnisse für alle Gesundheitsfachberufe verbindlich und rechtssicher geregelt werden.

Zur Stärkung der Versorgungszugänglichkeit und -kontinuität sowie der pflegerischen Kompetenzen könnten beispielsweise folgende Aufgaben gehören:

Gesundheitsförderung und Prävention

- Maßnahmen der **Verhaltens- und Verhältnisprävention** sowie salutogene Interventionen im lokalen Sozialraum
- Populationsbezogene Angebote der **Gesundheitsedukation**, z.B. in Kindertagesstätten, an Schulen, am Arbeitsplatz, in der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen) usw.
- **Aufsuchende Angebote** für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen jeden Alters, z.B. Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit Pflegebedarf, mit Behinderung, ohne Aufenthalt, in Armut, ohne Wohnung usw.

Pflegerische Heilkunde

- **Substitution** von pflegenahen, originär ärztlichen Tätigkeiten, z.B. Wundversorgung, Verlaufskontrolle, Therapiemonitoring und -modifikation, Ernährungsmanagement
- **Direkte Versorgung** spezifischer Populationen (nach Altersgruppen oder Fachgebieten) auf der Grundlage von evidenzbasierten Behandlungsprotokollen
- Niedrigschwellige **Gesundheitsangebote** in Form der Behandlung von stabilen chronischen und leichten akuten Erkrankungen
- Durchführung von **Schutzimpfungen** nach den STIKO-Empfehlungen, wie auch von einfachen Screenings, sowie sozialmedizinischer Testdiagnostik

Care- und Casemanagement

- Sozialmedizinisches **Assesement**
- **Gesundheits- und Pflegeberatung**
- **Beantragung** von Leistungen der Sozialversicherungsträger
- **Zu- und Einweisung** von/zu Versorgungsangeboten

- **Unterstützung** bei der Suche nach einem Therapie- Behandlungs- oder Pflegeplatz

Verschreibung und Verordnung

- **(Folge-)Verschreibung** von fest definierten Wirkstoffgruppen mit Pflegebezug, z.B. Antidiabetika, Analgetika, Antihypertensiva, Diuretika oder Insulinen
- **Verordnung** (bzw. Beantragung) von pflegebezogenen Heilmitteln (Ergo, Logo, Physio), sowie einfachen und doppelunktionalen Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Verbrauchsmaterialien, technische Hilfsmittel)
- **Verordnung** (bzw. Beantragung) eines Pflegegrads, sowie häuslicher (Kranken-)Pflege, Entlastungsleistungen, haushaltsnaher Dienste

- **(Folge-)Krankschreibung** für bestimmte ICD-Diagnosen

Das Deutsche Rote Kreuz ist sich seiner Verantwortung als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege sowie auxiliare Hilfsgesellschaft voll bewusst und steht gerne als Ansprechpartner zur Klärung dieser Fragen zur Verfügung.

4. Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege) §113c SGB XI (Artikel 2, ÄA 7)

Die Begrenzung der Eigenanteile ist für die Umsetzung der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen nach § 113c immanent.

Im Großen und Ganzen orientiert sich die Umsetzung in § 113c an der auf Basis eines Beschlusses der Konzertierte Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“.

Zu begrüßen ist, dass das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun gesetzlich verbindlich eingeführt werden soll. Diese gesetzliche Festschreibung hatte das DRK auf Grundlage der 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)“ explizit gefordert.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es allerdings aus Sicht des DRK diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen unserer Stellungnahmen zur Konzeption der Road Map eingebracht worden, aber dann unberücksichtigt geblieben. So ist z.B. nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzbildungen in der Pflege hinwirken. Um in allen Bundesländern tatsächlich ein einheitliches Qualitätsniveau zu erreichen, muss analog zur Pflegeausbildung auch eine einheitliche Helfer- und Assistenzausbildung in den Blick genommen werden.

§ 113c Abs. 1 und 2:

Die Bewertung des Vorgehens zur Höhe der Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 und 2 ist mit Blick auf die unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Personalschlüssel und in zeitlicher Hinsicht nicht einfach. Als Grundlage geht der Gesetzesentwurf von den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus. Die bundeseinheitlichen Stellenschlüssel, die als Personalanhaltswerte ab dem 01.07.2023 durch das Gesetz vorgegeben werden, berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekt in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber diesen bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln.

Mit der Durchschnittsbetrachtung ergeben sich mit diesem Schritt nicht für alle Bundesländer höhere Personalschlüssel, was dort für die Akzeptanz schwierig ist. Zwar sollen Bestandsschutzregelungen und insbesondere auch Regelungen zum Schutz vor Fachkraftabbau greifen, aber die Skepsis ist groß. Unklar ist also, ob diese Vorgehensweise bzw. auch die fehlende Kommunikation für eine Konvergenzphase wirklich geeignet ist?

Nach den wesentlichen Modellrechnungen aus dem Projekt nach 113c (Abschlussbericht S. 261 ff.) ergäbe sich tatsächlich in einigen wenigen Bundesländern weniger Bedarf an Fachkräften, aber deutlich mehr an Hilfskräften. Insgesamt wird also mehr Personal in den Einrichtungen arbeiten und den Fachkräften sollen am Ende 130 % mehr Zeit für Fachkraftaufgaben zur Verfügung stehen. Diese vom Ende her gedachte Sichtweise kann der

Vorschlag nicht abbilden. Er sollte es aber, auch wenn noch unklar ist, wie der Algorithmus 2.0 nach Beendigung Auswertung der modellhaften Einführung am Ende aussehen wird. Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass sich die Personalbedarfsberechnungen ausschließlich auf Pflegekräfte beziehen und zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI sowie Hauswirtschaftskräfte und andere Funktionsstellen nicht Bestandteil dieses Personalbemessungssystems sind und sich insoweit auch keiner Grundlage dafür ergibt, dass diese Stellen wegfallen. Die in der BAGFW organisierten Verbände regten bereits mehrfach an, dass das hinter dem sog. „Algorithmus 1“ und später auch „Algorithmus 2“ liegende Rechenmodell – mit allen seinen Parametern, wie z.B. der konkreten Nettojahresarbeitszeit und den weiteren Einstelloptionen – transparent und nachvollziehbar offengelegt werden muss und somit in der Praxis überprüft werden kann.

Das DRK spricht sich in diesem Gesamtzusammenhang ausdrücklich für einen **Bestandsschutz** aus, der klar und eindeutig geregelt sein sollte und nicht für gut gemeinte Formulierungen, die in diese Richtung zielen, aber eben unbestimmte Rechtsbegriffe beinhalten, die wiederum einer anderen Auslegung zugänglich sind.

Unklarheit besteht in den Ländern zudem bei den bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm). Diese werden zwar gemäß den Neuregelungen Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte, aber bei einer Gegenüberstellung „vorher / nachher“ muss gerade hinsichtlich des Bestandsschutzes sichergestellt werden, dass auch diese Stellen tatsächlich berücksichtigt werden und keinesfalls abgebaut werden, wenn Einrichtungen eine bessere Personalausstattung vor der Einführung der Personalbemessung hatten.

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die Personalausbaustufen nach § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 noch längere Zeit im vollen Gange sein werden. Das DRK hofft sehr, dass dies schnell erreicht werden kann, weist aber darauf hin, dass keinesfalls gesichert ist, dass die dafür benötigten schulischen Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen werden. Daher ist es sinnvoll, dass eine gesetzliche Verpflichtung genau daran gekoppelt ist. Eine gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung zum 01.07.2023 ohne Berücksichtigung einer längeren Konvergenzphase ist derzeit kaum vorstellbar und ist aus heutiger Sicht sehr ambitioniert. Zu würdigen ist also, dass es eine längere Übergangsphase für die Übertragung der Zuschläge für o.g. zusätzliche Stellen bis zum 31.12.2025 geben soll sowie, dass auch weiterhin Personal nach den derzeit gängigen Modi qualifiziert werden kann, dies muss auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Insoweit bittet das DRK darum sicherzustellen, dass die Länder bei der nach Landesrecht geregelten Helferausbildung tatsächlich verpflichtet werden, in ausreichender Zahl Ausbildungskapazitäten sicherzustellen.

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 des angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Das ist in Anbetracht der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig erachteten Umsetzung von Ergebnissen der nun anlaufenden Modellprogramme folgerichtig. Allerdings fehlt eine weitere Verankerung finanzieller Förderung bzw. die Bereitstellung von Schulungsmaterialien im Sinne einer

Implementierungsstrategie. Darauf sollte entsprechend in der Begründung Bezug genommen werden.

Änderungsbedarf:

Das DRK spricht sich hinsichtlich des Bestandschutzes im Rahmen von 113c Absatz 2 Satz 2 dafür aus, dass kein Ermessen gegeben ist, mit „kann“, sondern:

Sieht die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine darüber hinausgehende Personalausstattung vor und wird diese entsprechend von der Pflegeeinrichtung vorgehalten, **gelten** die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 **wegen Bestandsschutzes weiter.**

Zu § 113c Abs. 4:

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge sprechen wir uns in Ziffer 1 für eine Ergänzung zur Anerkennung der landesrechtlichen Regelungen aus.

Zudem regen wir an, für die unter Ziffer 2 benannten besonderen Personalbedarfe (PDL, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung etc.) im Begründungstext einen Bezug zu den in der KAP vorgesehenen Verhandlungsthemen vorzunehmen.

Änderungsbedarf:

§ 113c Abs. 4 Satz 1 Ziffer 1: Ziffer 1 wird wie folgt ergänzt: „1. **der sich aus den bisherigen Vorgaben nach § 75 Abs. 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben und Regelungen** ergebene Personalanhaltswerte, die [...]“.

Weitergehender Änderungsbedarf:

Es scheint bis auf Weiteres geboten zu sein, dass eine Ausnahmeregelung als Absatz 5a aufgenommen wird, die - nach Auffassung einiger Länder - eine entsprechende Absenkung der Gesamtpersonalausstattung, aber in jedem Falle die Verlagerung der Kosten für das bisher zusätzliche Personal nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 auf die Pflegebedürftigen wenigstens in den Bundesländern verhindern, deren Rahmenverträge bisher eine bessere Personalausstattung festlegen, als in § 113c Absatz 1 vorgesehen ist:

(5a) Absatz 5 gilt nicht für Einrichtungen im Geltungsbereich von Verträgen nach § 75 Absatz 1, die eine höhere personelle Ausstattung vorsehen, als nach Absatz 1 geregelt ist

5. Stärkung der Kurzzeitpflege und Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch: Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung § 88a SGB XI (Artikel 2, ÄA 6)

Das DRK begrüßt nachdrücklich die Intention des Gesetzgebers, für die auch im Koalitionsvertrag vorgesehene wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege eine gesetzliche Grundlage vorzusehen. Vorweg sei angemerkt, dass § 88a SGB XI nicht der richtige Regelungsort ist, denn § 88 regelt Zusatzleistungen. In diesem Fall handelt es sich

jedoch um regelhafte vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege, die § 84 oder ggf. als § 84a SGB XI geregelt werden müssen.

Der Regelungsinhalt geht in die richtige Richtung. Kurzzeitpflegeplätze stehen derzeit bei weitem nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Grund für diesen Mangel ist vorrangig die Schwierigkeit, insbesondere solitäre aber auch eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirtschaftlich zu betreiben. Die Ursachen sind, dass Kurzzeitpflegegäste häufig wechseln und meist einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. In Folge dessen schwankt die Auslastung stark. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer unzureichenden Vergütung der Leistungen. Der vorgesehene Änderungsvorschlag stellt die Weichen in die richtige Richtung, indem er in § 88a Absatz 1 vorsieht, dass die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen auf der Grundlage von Bundesrahmenempfehlungen, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene angepasst werden können. Der Änderungsantrag gibt sachgerechter Weise Kriterien für die Empfehlungen vor. Er verkürzt jedoch im Gesetzestext auf das Kriterium des niedrigeren Auslastungsgrades. Zur Fluktuation in der Kurzzeitpflege tragen aber auch nicht kalkulierbare vorübergehende Krankenhausaufenthalte bei. Daher sollte die Vergütung bei Abwesenheit nicht nur in die Begründung, sondern auch in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen letztere für unmittelbar verbindlich erklärt. Der Änderungsantrag lässt allerdings offen, wie diese Verbindlichkeit hergestellt werden kann. Für die Anpassung der Landesrahmenverträge sind verbindliche, schiedsstellenbewährte Vorgaben zu schaffen. Begrüßt wird, dass der Gesetzgeber für das Zustandekommen der Bundesrahmenempfehlungen nach Absatz 2 den engen Fristen des Schiedsverfahrens nach § 76 Absatz 6 SGB XI einschließlich den dort geregelten Modalitäten folgt. Für das Schiedsverfahren in den Landesrahmenverträgen ist daher konkret festzulegen, dass § 75 Absatz 4 entsprechend gilt.

Eine mit den gesetzlichen Änderungen einhergehende Erhöhung der Vergütungen führt bei unveränderten Regelungen des § 42 SGB XI zu einer unzumutbaren Erhöhung der Eigenanteile und damit zu erhöhten wirtschaftlichen Belastung der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher sind die Leistungsbeträge in § 42 SGB XI sind entweder in entsprechender Höhe anzupassen oder Kostenbestandteile wie medizinische Behandlungspflege oder Unterkunft und Verpflegung sind von der Pflegekasse zu tragen (s. Vorschläge zum weitergehenden Änderungsbedarf unten).

Änderungsbedarf

Die Regelungen des § 88a sind grundsätzlich in § 84 oder in einen neuen § 84a zu überführen.

In § 88a Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen **oder**

Abwesenheiten wegen Krankenhausaufenthalts und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote.“

Für die Anpassung der Landesrahmenverträge ist ein Schiedsverfahren vorzusehen. Daher ist § 88a Absatz 1 Satz 3 nach dem Semikolon wie folgt zu ergänzen:

„§ 75 Absatz 4 gilt entsprechend“.

Weitergehender Änderungsbedarf: Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge und Ausbau der solitären Kurzzeitpflege

Das DRK setzt sich dafür ein, Kurzzeitpflege für die Krankenhausnachsorge nachhaltig zu stärken und auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Daher soll künftig zwischen Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege (z.B. bei Urlaub, krankheitsbedingter Abwesenheit der Pflegeperson) einerseits und als Krankenhausnachsorge andererseits unterschieden werden. Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege soll den Leistungen nach § 39 SGB XI zugerechnet werden. Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge soll in § 42 SGB XI geregelt werden. Das bedeutet, dass nur noch Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 42 SGB XI abgeschlossen hat, Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge erbringen können. Konzeptionell soll die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge als rehabilitative Pflege ausgestaltet werden. Neben den pflegebedingten Aufwendungen soll die Pflegekasse auch vollumfänglich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Wege der Sachleistung der Einrichtung pro Versicherten pauschal in vollem Umfang bedarfs- und leistungsgerecht aus der Pflegeversicherung erstattet. Die Kosten für die Behandlungspflege werden der Pflegeversicherung aus dem SGB V pauschal refinanziert.

Zum Angebot einer Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge sollen ausdrücklich therapeutische Leistungen wie Physio- und Ergotherapie und Logopädie gehören. Diese werden weiterhin vom SGB V erbracht, die therapeutischen Kräfte gehören jedoch zum multiprofessionellen Team. Idealerweise sollten solche Kurzzeitpflegeeinrichtungen ins Quartier geöffnet werden, damit auch häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen Zugang zu den spezifischen therapeutischen Angeboten haben und im Sinne einer wohnortnahen geriatrischen Reha so stabilisiert werden können, dass ihre Versorgung im häuslichen Umfeld gesichert werden kann.

Fachfremde Änderungsanträge zu Artikel 1

Änderungsantrag 4

Übergangspflege im Krankenhaus

§ 39d Übergangspflege im Krankenhaus

In Deutschland gibt es einen großen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der Probleme der pflegerischen Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Daher ist die Einführung einer Übergangspflege, nach der Patienten einen Anspruch auf Anschlussversorgung für bis zu 10 Tagen nach Krankenhausbehandlung erhalten können,

aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes grundsätzlich als komplementäres Angebot der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI als positiv zu bewerten.

Die Aufzählung der Leistungsinhalte ist jedoch sehr umfassend und teilweise redundant. Sie birgt die Gefahr von Umsetzungs- und Abgrenzungsproblemen. Zunächst ist juristisch nicht deutlich, ob die Einschränkung des im Einzelfall Erforderlichen“ sich nur auf die ärztliche Behandlung oder auf alle aufgezählten Behandlungselemente bezieht. Hier sollte dahingehend klargestellt werden, dass es hinsichtlich aller Behandlungselemente auf den jeweiligen Bedarf im Einzelfall ankommt.

Ebenfalls verwirrend ist das Nebeneinander der Begriffe „Krankenpflege“ und „pflegerische Versorgung“. Aus dem Wortlaut ist nicht ersichtlich, ob hiermit unterschiedliche Leistungen gemeint sind. Eine eindeutige Formulierung „pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege)“ wäre hilfreich.

Abgelehnt wird, dass die Übergangspflege auch Leistungen zur Frührehabilitation umfassen können soll. Diese sind nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Bestandteil der Krankenhausbehandlung und als solche in Komplexcodes abgebildet. Die Verwendung der Begrifflichkeit in der Definition der Übergangspflege sollte vermieden werden. Die Sicherstellung erforderlicher frühzeitiger rehabilitativer Maßnahmen ist über die Nennung der ärztlichen, pflegerischen und Heilmittelversorgung ausreichend beschrieben.

Änderungsbedarf

„Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst abhängig vom jeweiligen Bedarf im Einzelfall folgende Behandlungselemente: ärztliche Behandlung, **pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege)**, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung.“

§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Sowohl der Gesetzentwurf als auch die Begründung lassen offen, welche Inhalte in den Verträgen zu vereinbaren sind. Notwendig ist die Klarstellung, dass sich die Verträge nach § 132m auf Regelungen zur Vergütung der Leistungen beschränken. Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39d stellt bereits klar, dass Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbracht werden.

Formulierungsvorschlag:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die **Vergütung** von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

6. Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen § 8 Abs. 7 SGB XI (Artikel 2, ÄA 9)

Die Fördertatbestände des § 8 Absatz 7 werden in den Ziffern 2 und 3 des Satzes 2 um die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und um Konzepte zur Rückgewinnung von Pflegekräften erweitert. Beides sind Ziele der KAP. Gute Konzepte in diesen beiden Bereichen leisten einen wesentlichen Beitrag für den Berufsverbleib der Pflegekräfte und es ist positiv zu bewerten, wenn eine entsprechende Konzeptentwicklung gefördert werden kann.

Das DRK weist erneut darauf hin, dass diese Maßnahmen – ebenso wie auch die Anschubfinanzierung der Digitalisierung – gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung sind, deren Finanzvolumen entsprechend aus Steuermitteln refinanziert werden sollte. Mit diesem Gesetzentwurf erfolgt in § 61a SGB XI der Einstieg in die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der Pflegeversicherung aus Bundesmitteln. Es sollte überlegt werden, auch die Fördermaßnahmen der §§ 8 Absätze 7 und 8 in den Bundeszuschuss einzubeziehen.

Wir weisen zudem darauf hin, dass eine zentrale Hürde in der Umsetzung der Anschubfinanzierung der Digitalisierung im hohen Eigenanteil von 60 Prozent pro geförderter Maßnahme, den die Einrichtungen zu leisten haben, begründet ist. Letztlich münden Fördermaßnahmen in diesem Bereich in eine Erhöhung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, da sie refinanziert werden müssen. Des Weiteren sollte in § 8 Absatz 8 auch das Erfordernis gestrichen werden, dass die Maßnahmen der Digitalisierung der Entlastung der Pflegekräfte dienen müssen. So dient z.B. die Anschaffung von Tablets zur Durchführung von Videosprechstunden nicht der Entlastung der Pflegekräfte, kann aber einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung leisten.

7. Weiterentwicklung der Qualität § 8 Abs. 4, § 113 Abs. 1 und § 113b Abs. 4a (Artikel 2, ÄA 11)

§ 8 Abs. 4

Bewertung:

Es handelt sich hier um eine Klarstellung zur Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege sowie um Anpassungen aufgrund von vorgeschlagenen Gesetzesänderungen. Diese sind folgerichtig und sachgerecht.

§ 113 Abs. 1

Bewertung:

Die Aufnahme der Kurzeitpflege als eigenständigem Bereich wird der Bedeutung der Kurzeitpflege gerecht und ist zu begrüßen. Auch die Tagespflege sollte hier separat aufgeführt werden.

Die Aufnahme von flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen in die Maßstäbe und Grundsätze wird vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Sars-CoV-2-Pandemie ebenfalls als sachgerecht angesehen. Da der Begriff der Krisensituation sehr weit auslegbar ist, wäre es sinnvoll die Art der Krisensituation hier einzugrenzen.

Der Vorschlag, dass für ambulante Dienste in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 auch die Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte aus den Richtlinien nach § 112a

aufgenommen werden müssen, lehnen wir ab. Grundsätzlich ist eine Harmonisierung der Übergangsrichtlinie zur Qualitätssicherung bei den Betreuungsdiensten nach § 112a mit den Maßstäben und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege zu begrüßen. Allerdings wäre dabei umgekehrt vorzugehen und die Richtlinien nach 112 a sind perspektivisch aufzulösen und die Betreuungsdienste sind in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 aufzunehmen, denn es kann nicht sein, dass einseitige Richtlinien des GKV-SV hier Vorgaben für gemeinsame Vereinbarungen der Vertragsparteien vorgeben.

Änderungsvorschläge:

§ 113 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen

„... 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 **pandemischen** Krisensituationen umfasst. ...“

§ 113 Absatz 1 Satz 4 neu ist ersatzlos zu streichen.

§ 113b Abs. 4a (neu)

Bewertung:

Mit der Neueinführung des Absatzes 4a wird klargestellt, dass die Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 zu den Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 gehört und der Prozess wird entsprechend beschrieben. Die Klarstellung wird begrüßt.

Die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 und die Berichte des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach §114c Absatz 3 sind zu berücksichtigen.

Darüber hinaus haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in vergangenen Stellungnahmen angemerkt, dass die Berichte nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 nicht mehr zeitgemäß sind, da mittlerweile eine öffentliche Qualitätsberichterstattung etabliert ist, die diese Berichte hinsichtlich der Qualität von Einrichtungen ersetzen und keine weitere Schattenberichterstattung benötigt.

Änderungsvorschläge:

§114c Absatz 3

(3) **Die Vertragsparteien nach § 113** ~~Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und

2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 **beauftragen die Vertragsparteien nach § 113 Spitzenverband Bund der Pflegekassen** eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

§ 113b Abs. 5

Bewertung:

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung der neu eingeführten Regelungen, die sachgerecht ist.

§ 113b Abs. 10 (neu)

Bewertung:

Neu eingefügt werden soll die Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht gegen Entscheidungen des Qualitätsausschusses Pflege sowie gegen Maßnahmen des BMG. Klagen sollen dabei keine aufschiebende Wirkung haben. Hierbei handelt es sich um eine Klarstellung der nach Artikel 19 Absatz Satz 1 bestehenden Rechtsweggarantie. Unklar bleibt hingegen, wer klagebefugt ist.

Änderungsvorschläge:

Es sollte eine Klarstellung vorgenommen werden, wer in diesem Fall klageberechtigt ist.

Weitere Themen:

§ 113a

Bewertung:

Im Arbeitsentwurf der Pflegereform aus dem März 2021 war noch eine Aktualisierung des § 113a vorgesehen. Die im Arbeitsentwurf vorgesehene Neureglung zu den Expertenstandards sollte in den Änderungsanträgen zum GVWG übernommen werden.

8. Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen § 7b SGB XI (Artikel 2, ÄA 15)

Die Ergänzungen in § 7b Absatz 1 dienen zum einen der Aufnahme von noch nicht unter die Beratungsanlässe fallenden Leistungstatbestände des Wohngruppenzuschlags, von Pflegehilfsmitteln, Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds und der neuen Digitalen Pflegeanwendungen, was sehr zu begrüßen ist. Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Regelung des neuen Satzes 2, wonach die Pflegekassen nur bei der Beantragung von Verhinderungspflege, von Unterstützungsangeboten im Alltag oder der Umwandlungsleistung auf die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinweisen müssen. Dieser Hinweis sollte für die Pflegeberatung bei allen Leistungstatbeständen nach § 7b grundsätzlich gelten.

Wir weisen darauf hin, dass der in Satz 1 genannte Leistungstatbestand des § 45f SGB XI in diesen Änderungsanträgen nicht enthalten ist.

Änderungsbedarf

Die Leistungen der §§ 39, 40 Absatz 2, § 4a Absatz 4 und § 45b sind in Satz 1 zu integrieren und folgender ergänzender Satz ist nach Satz 1 einzufügen:

„Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.“

Satz 2 wird entsprechend aufgehoben.

9. Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung § 45c SGB XI (Artikel 2, ÄA 16)

Das DRK begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. Akteuren ist wesentlich, um einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen zu sichern, einen guten Hilfe-Mix zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Die vorgesehene Erhöhung der aus dem Ausgleichsfond zur Verfügung stehenden Mittel zur strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken auf 20 Millionen Euro je Kalenderjahr stärkt aus Sicht des DRK das Wirken der Akteure vor Ort.

In Verbindung mit dieser Erhöhung stehen die vorgesehenen Änderungen in Satz 3 des Absatzes 9. Darin wird vorgeschlagen, dass je Kreis oder kreisfreie Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg zwei regionale Netzwerke und je Großstadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden können. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Zudem sollen nicht in Anspruch genommene Fördermittel auch im Folgejahr dem Netzwerk weiterhin zur Verfügung stehen. Dieser Vorschlag verfolgt das Ziel, bundesweit eine gleichmäßige Verteilung der Netzwerke zu ermöglichen. Dabei wird auf Regionen mit besonders hohen Bevölkerungszahlen Rücksicht genommen. Diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wird vom DRK geteilt, jedoch sollten in Landkreisen oder Städten mit mehr als 300.000 Einwohnern, angelehnt an den Vorschlag in Großstädten ab 500.000 Einwohnern bis zu 4 regionale Netzwerke zu fördern, weitere regionale Netzwerke gefördert werden können.

Die Steigerung des Förderbetrages von 20 000 € auf 25 000 € seitens des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wird begrüßt, jedoch wird eine Gesamt-Fördersumme pro Netzwerk von insgesamt max. 45 000 € für erforderlich erachtet, um netzwerkbezogene Personalkosten im erforderlichen Umfang zu ermöglichen (vgl. Positionierung zu §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken). Vor diesem Hintergrund ist eine gemeinsame Förderung durch Mittel des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft sowie vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesetzlich zu verankern. Angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und damit verbundenen steigenden Zahl von auch größtenteils älteren pflegenden Angehörigen oder Angehörigen mit Doppelbelastungen von Beruf, Familie und Pflege sind der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken wesentlich und bedürfen einer deutlichen strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden.

Die Möglichkeit nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, wird unterstützt. Dies ermöglicht den Netzwerken ihre Zielstellungen weiter zu verfolgen und dabei z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abgesichert zu wissen.

Änderungsbedarf

Folgende gesetzliche Formulierung für die Förderung der regionalen Netzwerke wird vorgeschlagen:

Absatz 9 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt: „Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg können *bis 300 000 Einwohnern* zwei regionale Netzwerke *gefördert werden. In Kreisen oder Städten ab 300 000 Einwohnern können für je weitere 125 000 Einwohner ein weiteres regionales Netzwerk gefördert werden*; der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 45 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. *Eine Förderung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ergänzt mit Mitteln des jeweiligen Landes oder der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft.* Fördermittel nach Absatz 1 Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 3. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

10. Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege § 37 Abs. 2a S. 1 und 2 SGB V (Artikel 1, ÄA 3)

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Mit § 37 Absatz 2a S. 1 und 2 wird die pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 640 Mio. Euro geregelt. Dies ist weiterhin nur ein erster Schritt im Zusammenhang mit der systemgerechten Finanzierung der Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus der GKV. Das DRK setzt sich dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb fordern das DRK den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.“

Ausweislich der Begründung soll die pauschale Refinanzierung eines Teils der Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär pflegebedürftigen Menschen beitragen. Dafür ist es jedoch erforderlich, dass der pflegebedingte Eigenanteil der Pflegebedürftigen um die Kostenanteile der medizinischen Behandlungspflege reduziert wird. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen vor, den Kostenanteil für die medizinische Behandlungspflege pauschal zu beziffern, den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken und die Pauschale aus der Krankenversicherung zu refinanzieren.

Ansprechpartner:

Karolina Molter, DRK, k.molter@drk.de 030/85404-316

Alexander Preiß, DRK, a.preiss@drk.de 030/85404-305

Christian Hener, DRK c.hener@drk.de 030/85404-356

Niklas Muskulus, DRK, n.muskulus@drk.de 030/85404-388