

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

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 („most vulnerable“) wahr.

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen. Die Altenhilfe des DRK vereint 537 stationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 46.800 Plätzen und 590 ambulante Pflegedienste, 322 Hausnotrufdienste, 370 Mahlzeitendienste sowie 29 Altenpflegeschulen. Hinzukommen die Einrichtungen des Verbands der Schwesternschaften vom DRK: 62 Pflegeschulen mit rund 3800 Ausbildungsplätzen, 23 stationäre Pflegeeinrichtungen, 20 ambulante Pflegedienste sowie 22 Kurzzeit- und Tagespflegezentren.

Das Deutsche Rote Kreuz nimmt entsprechend seines Selbstverständnisses die Interessen derjenigen wahr, die der Hilfe und Unterstützung bedürfen, um soziale Benachteiligung, Not und menschenunwürdige Situationen zu beseitigen sowie auf die Verbesserung der individuellen, familiären und sozialen Lebensbedingungen hinzuwirken. Im Zeichen der Menschlichkeit setzt sich das Deutsche Rote Kreuz für das Leben, die Gesundheit, das Wohlergehen, den Schutz, das friedliche Zusammenleben und die Würde aller Menschen ein.

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt das Vorhaben, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern.

B. Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 6a SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung:

Allgemein

Die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegeassistenten in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der eingestauten Kurzzeitpflegeplätze, ohne dass es zu weiteren Belastungen der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen kommt, wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113 C SGB XI begrüßt. Wichtig wäre allerdings die Umsetzung des Instruments insgesamt verbindlich festzuschreiben, wie im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart.

Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 113 c SGB XI ermittelt, besteht ein durchschnittlicher Mehrbedarf i. H. v. 36% an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Wenn der zu einem späteren Zeitpunkt vollständig nach 113c SGB XI anvisierte Personalmix umgesetzt wird, werden folglich bundesweit insgesamt mehr Mitarbeitende für die Pflege vorgesehen sein. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil von Assistenzkräften am gesamten Mehrbedarf beträgt 69%, wobei 80% des Personalmehrbedarfs für Assistenzkräfte auf Pflegekräfte mit Qualifikationsniveau 3 entfallen (1- 2-jährige Assistenzkräfte nach Landesrecht).

Die in § 8 Absatz 6a SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept zur

Umsetzung des im Projekt nach §113c SGB XI ermittelten Personalmehrbedarfs noch fehlt.

Und noch ein anderer Aspekt ist wichtig: In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte und die durchschnittliche Pflegegradverteilung ggf. nur unzureichend abgebildet würde. Unsicherheit ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll.

Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungsleitungen und damit zu flächendeckenden Nichtinanspruchnahmen der Leistung führen. So könnte angesichts einer bloßen Stichtagsbetrachtung und schwankender Belegungsstrukturen der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern äquivalent zum Pflegegradansatz anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das weicht zwar hinsichtlich des Vorgehens nach Pflegegradverteilung von § 113c SGB XI ab, löst aber das Stichtagsproblem, mit dem im Rahmen einer Umsetzung des Personalbemessungsinstruments sicherlich anders umgegangen würde. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden.

Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohem bürokratischen Aufwand, wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher sollte das Antragsverfahren zeitlich nicht losgelöst von den Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgen und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt werden, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach Abs. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt

insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Die Überwachung zahlreicher zum Teil länderbezogene Stichtagsregelungen (im SGB XI und PflBG) erhöhen den bürokratischen Verwaltungsaufwand der Einrichtungen ständig und binden erheblichen Personalressourcen.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens könnten die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist.

Der Gesetzesbegründung folgend muss sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Pflegeassistenten nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Landesregelungen angerechnet werden dürfen.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Erhebliche Bedenken bestehen hinsichtlich der Verknüpfung einer Finanzierung an den Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme, der durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Die Verknüpfung der Finanzierung mit einem erfolgreichen Abschluss einer landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme könnte dazu führen, dass aus der Sorge vor eventuellen Rückzahlungsverpflichtungen, bei nicht erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung, von der zusätzlichen Einstellung von Mitarbeitenden abgesehen würde.

Der Bezug auf die sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahmen ist somit sehr unspezifisch und lässt offen, welche Qualifizierungen im Sinne des § 8 Abs. 6a anerkannt werden.

Zudem ist unpräzise, welches Qualifikationsniveau die nachzuqualifizierenden Pflegehilfskräfte (QN 1 auf QN 2) tatsächlich erreichen müssen, denn der Gesetzestext stellt nur auf das „erfolgreiche Durchlaufen einer Qualifizierungsmaßnahme“ ab. Die Gesetzesbegründung stellt zwar auf den zweiten Zwischenbericht zum Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c SGB XI das ab, aber rein formal sollte der Bezug in Form eines Anhangs Gegenstand des Gesetzes werden, so wie er sich bspw. aus dem Zwischenbericht ergibt:

Wichtig wäre mit dem Gesetzentwurf konsequent das Ziel zu verfolgen, mit dem GPVG den Aufbau von Pflegehilfskräften mit einer 1-2-jährigen Qualifikation nach Landesrecht (QN3) zu fördern, den hier besteht der größte Bedarf in der Umsetzung der Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI und speziell zur Erreichung dieses Abschlusses die Übergangsfrist von zwei Jahren zu verlängern.

Anzuerkennen ist aber, dass von den Möglichkeiten bereits Gebrauch gemacht werden kann, bereits nach Landesrecht ausgebildete Pflegehelfer über das Programm einzustellen. Auch die neu gewonnenen Pflegehilfskräfte mit QN 2 können sich schließlich ebenfalls noch weiterbilden. Eine echte Qualifizierungsstrategie für QN 3 sollte im Rahmen einer Roadmap zur Umsetzung von § 113c verbindlich vorangebracht werden. In Niedersachsen handelt es z. B. sich bei der Pflegehelfer(innen)ausbildung um eine zweijährige schulische Ausbildung die lediglich unentgeltliche Praktika in der Praxis mit einem Volumen von 960h vorsieht.

Jedenfalls sollte bei der Umsetzung des Gesetzes im Besonderen auf länderspezifische Besonderheiten geachtet werden, genauso wie spezifische Bedenken berücksichtigt werden sollten, denn die Einführung bundeseinheitlicher Personalschlüssel darf nach Auffassung des DRK nicht zu einer Absenkung der Personalschlüssel in einzelnen Ländern führen, die ggf. schon jetzt über dem anzustrebenden Durchschnittsergebnissen liegen.

Vereinheitlichung Assistenz- oder Helferausbildung und Qualifizierungsstrategie QN 3

Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt.

Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine Vereinheitlichung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben – so wie im Rahmen der KAP angestoßen. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Um überhaupt flächendeckend die Chance für Träger zu wahren, nach eigenem Ermessen 1-2-jährige Pflegehelfer auszubilden und bereits nach Erreichen des Status einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme im Sinne des § 8 Abs. 6a zu besetzen (was zu konkretisieren wäre), wäre ohnehin eine einheitliche Regelung der Ausbildung dringend geboten. Grundsätzlich würde die Eröffnung dieses Weges eine

richtige Qualifizierungsstrategie anschieben. Zu berücksichtigen wäre dann eine verlängerte Qualifizierungsfrist.

§ 150 SGB XI Absatz 5c: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Bewertung:

Mit der vorliegenden Regelung hat das BMG dem Anliegen des DRK Rechnung getragen, die Frist für die Inanspruchnahme nicht verbrauchter Mittel des monatlichen Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI aus dem Kalenderjahr 2019 vom 30. September 2020 auf den 31. Dezember 2020 zu verlängern. Aufgrund der Corona-Krise konnten Pflegebedürftige und auch Angehörige von Menschen mit Behinderung, die ihre familienentlastenden

Unterstützungsangebote im Alltag oft sehr langfristig planen, nicht in Anspruch nehmen, da die Angebote wegen Kontaktreduzierung ausgesetzt worden waren. Die Änderung wird daher sehr begrüßt.

§ 150 Absatz 5d: Pflegeunterstützungsgeld aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie i.V. mit Artikel 4 § 9a PflegeZG

Bewertung:

Das DRK begrüßt, dass der pandemiebedingte zusätzliche Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld nicht auf den Anspruch auf reguläres Pflegeunterstützungsgeld, das je pflegebedürftiger Person für bis insgesamt 10 Arbeitstagen bezogen werden kann, nicht angerechnet wird. Die Regelung hilft Beschäftigten, die beispielsweise wegen Schließung einer Tagespflegeeinrichtung die Pflege ihrer Angehörigen selbst übernehmen mussten und keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder auf anderweitige Lohnersatzleistungen haben. Das dafür geschätzte Kostenvolumen von 10 Mio. Euro, mit dem die Pflegeversicherung belastet wird, ist vertretbar. Grundsätzlich ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Regelungen nur zögerlich in Anspruch genommen werden.

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

§ 9a: Nichtanrechnung kurzzeitiger Arbeitsverhinderung während des Geltungszeitraums der Sonderregelung aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Bewertung:

Die Nichtanrechnung von Arbeitstagen, für die im Geltungszeitraum des § 9 Abs. 1 genommen wurden, wird vom DRK begrüßt.

Weitergehender Änderungsbedarf

Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote nach § 45a SGB XI Verlängerung des Schutzschirms über den 30.09.2020 hinaus

Der Schutzschirm des § 150 Absätze 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Abs. 5a SGB XI für die nach Landesrecht anerkannten Angebote. Der gegenwärtige Anstieg der Infektionszahlen zeigt, dass die Krise noch nicht vorüber ist. Es ist zu befürchten, dass das Infektionsgeschehen ab Herbst auch wieder in den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zunimmt. Insbesondere vulnerable Patientinnen und Patienten, wie chronisch kranke Menschen und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen weiterhin vor einer Ansteckung mit COVID-19 geschützt werden. Gleichzeitig muss eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung auch in dieser Zeit sichergestellt werden. Die Studie aus Bremen (<https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie>) hat gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen ein besonders hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe aufweisen und dass 60 Prozent aller COVID-19 verursachten Todesfälle Menschen betreffen, die in stationären

Pflegeeinrichtungen leben oder von Pflegediensten versorgt werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV- 2 bezogenen

Schutz- und Hygienekonzepte für die pflegebedürftigen Menschen und Ihre Angehörigen aber auch für die Mitarbeitenden arbeiten müssen.

Die Regelungen des § 150 SGB XI sind gegenwärtig bis zum 30.09.2020 befristet. Aufgrund des pandemischen Geschehens sollten die Regelungen daher – angepasst an Konzepte eines Betriebs der Einrichtungen unter Corona-Bedingungen – verlängert werden.

Für uns zeichnet sich gegenwärtig folgendes Bild der Mindereinnahmen und Mehraufwendungen für die Zeit nach dem 30.09.2020 ab:

1. Mindereinnahmen

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen haben in allen Bundesländern (abgesehen von Hamburg) einen gesicherten/ingeschränkten Betrieb jenseits der Notversorgung wiederaufgenommen. Hier werden neben den allgemeinen Abstands- und Hygieneregeln in verschiedenen Bundesländern auch Anforderungen im Hinblick auf feste Gruppen von Tagespflegegästen und voneinander unabhängige Personalteams gestellt, damit das Infektionsrisiko soweit möglich begrenzt bleibt und bei Nachweis von SARS-CoV-2 nur eine kleine Gruppe von Personen als Kontaktpersonen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes entsteht. Dies gilt auch für den Fahrdienst. Es ist davon auszugehen, dass die Tagespflegeeinrichtungen abhängig von der räumlichen und regionalen Situation sowie den Rechtsverordnungen der Länder und der örtlichen Gesundheitsbehörden auch bei einem relativ stabilen Infektionsgeschehen zwischen 50 % und 70 % der vereinbarten Auslastung haben werden. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen aufgrund von höheren Ausfallzeiten/Quarantänezeiten von einzelnen Tagespflegegästen sowie aufgrund von vorübergehenden Schließungen im Einzelfall durch die örtlichen Gesundheitsbehörden entstehen werden.

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiterhin außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen verzeichnen, z. B. wenn Doppelzimmer aufgrund von Quarantäneregeln oder Kohortenisolierung nicht belegt werden können.

Zusätzlich können außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen auch in der ambulanten Pflege und in den stationären Hospizen, neben den teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Hotspotregionen anfallen. Dies gilt auch wenn das Infektionsgeschehen im Herbst wieder deutlich ansteigt.

2. Mehraufwendungen

In allen Bereichen der Pflege und des Gesundheitswesens (ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege, stationäre Hospize, nach Landesrecht anerkannte Angebote, ...) entstehen auch über den 30. September hinaus außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen für Schutz- und Hygienematerialien sowie entsprechende Schutz- und Hygienemaßnahmen.

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP 2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung).

- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand:** Ein gesteigener Bedarf an Wasch- und Reinigungsdiensten einschließlich des Materialverbrauchs (z.B. Desinfektionsmitteln) aufgrund höherer Reinigungsfrequenzen liegt auf der Hand. Perspektivisch bedarf es ggf. wegen der Übertragung von SARS-CoV2 über Aerosole auch der Luftreinigungsgeräte. Auch Isoliervorrichtungen wie Plexiglaswänden oder die Anschaffung von Händedesinfektionsspendern verursachen zusätzliche Kosten.
- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand:** gesteigener Bedarf an Sachkosten für Desinfektionsmittel, Isoliervorrichtungen und an Zeitaufwand für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie perspektivisch ein höherer Bedarf an Luftreinigungsgeräten wegen der Übertragung von SARS-CoV-2 über Aerosole.
- **Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots, durch das Angebot der Betreuung** in kleineren und getrennt organisierten Gruppen durch eine veränderte Tourenplanung in der ambulanten Pflege.
- In den vollstationären Pflegeeinrichtungen entstehen darüber hinaus noch außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen aufgrund des **veränderten Besuchermanagements** und der COVID-19-bezogenen Besucherregelungen und in der **Tagespflege für den Fahrdienst**.

Unserer Auffassung nach ist es nicht realistisch und möglich, die hier dargestellten außerordentlichen Corona-bedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen über Pflegesatzvergütungs- oder Tagesbedarfssatzverhandlungen zum 01.10.2020 bzw. für dieses Jahr und ggf. auch darüber hinaus abzusichern.

Hinzukommt, dass Neuverhandlungen zu höheren Pflegesätzen, Vergütungen oder Tagesbedarfssätzen führen werden. Diese bedeutet für die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege eine Erhöhung der Eigenanteile und in der ambulanten Pflege bzw. in der Tagespflege eine Reduktion der Leistungszeiten, der Nutzungstage oder höhere Zuzahlungen.

Erweiterung des Anwendungsbereichs von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen

§ 150 Absatz 2 sieht die Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. Dies impliziert, dass ambulante Pflegedienste, die reine SGB V-Leistungen anbieten, wie SAPV-Pflegedienste, Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste oder Familienpflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 SGB V die Kostenerstattung nicht erhalten konnten und können, obwohl sie in gleicher Weise von der Pandemie betroffen waren wie Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Dasselbe Problem haben auch

stationäre Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

Änderungsvorschlag:

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d.“

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

**Weitergehender Änderungsbedarf zur Verlängerung der
pandemiebedingten Sonderregelungen im Pflegezeit- und
Familienpflegezeitgesetz**

Das DRK setzt sich dafür ein, dass die Sonderregelungen zum Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz, die mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis zum 30. September verlängert wurde, nochmals erneuert wird: So soll die Regelung des § 16 Absatz 4 bis 6 FamilienPZG sowie des § 9 Absätze 5 bis 7 PflegeZG, die eine Flexibilisierung der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit vorsieht, ohne dass die beiden Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen, zumindest pandemiebedingt verlängert und pandemieunabhängig entfristet wird.

Ansprechpartner

Benjamin Fehrecke-Harpke	(DRK-GS)	B.Fehrecke@drk.de
Alexander Preiß	(DRK-GS)	A.Preiss@drk.de