

Berlin, 04.06.2021

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

Hier: ÄA zum GVWG vom 02. Juni 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 über 500 stationären Pflegeeinrichtungen des DRK werden aktuell über 40.000 Pflegebedürftige versorgt, mehr als 500 ambulante Pflegedienste kümmern sich zudem um über 90.000 Pflegebedürftige in der Häuslichkeit.

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 – werden diese Vorschläge sprichwörtlich in letzter Minute als Änderungsanträge an

das sich seit Monaten im Gesetzgebungsprozess befindlichen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) angehängt.

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? Weder die in den Änderungsanträgen vorgesehenen Inhalte noch das Verfahren, werden dem Anspruch einer tatsächlichen Pflegereform gerecht.

Wir halten dies aus sozial- und fachpolitischer Sicht für untragbar. Denn wir sind der Auffassung, dass mit einem so immens bedeutsamen gesellschaftspolitischen Thema, wie der zukünftigen pflegerischen Versorgung und im Besonderen deren nachhaltigen Finanzierung anders umgegangen werden sollte. Finanziell steht die sogenannte Pflegereform auf sehr wackeligen und unsoliden Füßen. **Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die Finanzierung der Pflegeversicherung unumgänglich.** Die Einnahmehasis ist aus DRK-Sicht wesentlich stärker zu verbreitern. Das muss bei einer grundlegenden Reform unmittelbar mitgedacht und kommuniziert werden. Systemische Neugestaltungen wie etwa die Überführung in ein einheitliches Versicherungssystem mit risikounabhängiger Kalkulation von Beiträgen und Prämien sind sorgsam zu bedenken. Dasselbe gilt für Veränderungen der Beitragsbemessungsgrenze. Über diese grundlegenden Erwägungen hinaus empfiehlt das DRK Maßnahmen, die sofort wirksam würden. Insbesondere für eine angemessene Personalausstattung mit besseren Löhnen in der Altenpflege, bedarf es u.a. eine paritätisch getragene Finanzierungsbasis, deutlich höhere steuerfinanzierte Bundeszuschüsse, die vollständige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGBV sowie eine moderat vertretbare Erhöhung des einkommensbezogenen Pflegeversicherungsbeitrags, unter den genannten Reformparametern, für alle.

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 falsche Richtung gestellt werden. **Bereits jetzt steht fest, dass in der neuen Legislatur des Deutschen Bundestages weitere notwendige Schritte für eine tatsächlich umfassende, finanziell solide und strukturelle Reform der sozialen Pflegeversicherung unternommen werden müssen.**

Jenseits der hier im Mittelpunkt stehenden Änderungsanträge, bewegt in diesen Tagen unsere Einrichtungen und Dienste ein weiteres Thema: Die Verunsicherung über das Auslaufen des existenzsichernden Pflegeschutzschirms zum Ausgleich der COVID-19 bedingten finanziellen Belastungen zum 30.06.2021. Die Pandemie ist nicht vorbei und in vielen unserer Einrichtungen kann es noch keinen Regelbetrieb geben. Der Schutzschirm ist eine wichtige Stütze, um die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie abzufedern. **Als Brücke in den Normalbetrieb der Pflegeeinrichtungen appellieren wir an den Gesetzgeber, den bestehenden Pflegerettungsschirm bis zum 31.12.2021 zu verlängern.**

Weiterhin ungeklärt ist in vielen Bundesländern der Ausgleich der coronabedingten **Mindereinnahmen bei den Investitionskosten der stationären Einrichtungen;** insbesondere auch in den Einrichtungen, die ein erhebliches Ausbruchsgeschehen mit

zahlreichen Todesfällen und mit dem deutlichen corona-bedingten Einbruch der Nachfrage zu bewältigen haben.

Ebenso fürchten unsere Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter und Väter und für pflegende Angehörige weiter um ihre Existenz. **Auch der hier weiterhin notwendige Rettungsschirm für Corona-bedingte Einnahmeausfälle muss dringend bis Ende 2021 verlängert werden.**

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,
- deutliche Leistungssteigerungen und eine regelhafte Leistungsdynamisierung sowie
- eine zukunftssichere Refinanzierung der Leistungen,

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 Pflegebedürftige.

Bzgl. der vorgeschlagenen Änderungen zu a), der Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel ist das DRK der Auffassung, dass sich die konkreten Folgen der im § 113c ÄA vorgeschlagenen Regelungen in der Praxis der Einrichtungen nicht vollständig absehen lassen. Das DRK weist nachdrücklich darauf hin, dass vermieden werden sollte, dass in einzelnen Bundesländern anstatt der durch das PeBeM angekündigten Personalmehrungen Stellenkürzungen und damit ein Personalabbau in Pflege und Betreuung erfolgt.

Die vorgeschlagenen Änderungen zu b) werden als wenig praktikabel, bürokratisch und streitanfällig eingeschätzt. Weiterhin sieht das DRK als wirksamere und unbürokratischere Lösung für eine Erhöhung der Pflegepersonalvergütung eine Anpassung des Pflegemindestlohns als besseren Weg an und äußert zu dem im Änderungsantrag formulierten Ansatz deutliche Bedenken.

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,
- die Flexibilisierung ambulanter Leistungen,
- 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 wurden.

Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege § 43c SGB XI (Änderungsantrag 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. Januar 2022 gelten (ÄA vom 3. Mai 2021 sah Inkrafttreten zum 1. Juli 2021 vor): 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 einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag von 5 Prozent in den ersten 12 Monaten bezogener vollstationärer Leistungen. Ab einer Dauer von 12 Monaten erhalten Pflegebedürftige künftig einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils, ab dem dritten Jahr 45 Prozent und ab dem vierten Jahr dauerhaft 70 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 Änderungsvorschlag bleibt jedoch weiterhin 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 vielseits 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 Versichertengemeinschaft.

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 lediglich mit einem 5-prozentigen Leistungszuschlag berücksichtigt. Die Anhebung der Leistungsbeträge in den §§ 36 und 42 gilt bedauerlicherweise nicht für die stationäre Pflege. 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 wird auch mit den jüngsten Änderungen im ersten Jahr nahezu ungebremst ansteigen.

Im Übrigen interpretiert das DRK die Regelung so, dass auch Zeiträume vor dem 01.01.2022 berücksichtigt werden und die Zuschüsse somit vollständig ab dem 01.01.2022 greifen würden. Eine Klarstellung wäre wünschenswert, ggf. auch in der Begründung der Gesetzesänderung, damit Fehlinterpretationen vermieden werden können.

In Nummer 5 des Änderungsantrags 4 sieht der Gesetzgeber die Aufhebung von § 141 Absatz 3 bis 3c mit der Begründung vor, dass der in § 141 Absatz 3 bis 3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr entfaltet, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, werden die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufgehoben. Des Weiteren wird in der Begründung argumentiert, materiell-rechtlich ergäbe sich daraus für die Pflegebedürftigen keine Verschlechterung.

Dies ist für uns nicht nachvollziehbar. Auch wenn vermutlich viele Pflegebedürftige, die Ende 2016 in der vollstationären Pflege übergeleitet wurden, verstorben sind, kann es dennoch z.B. jüngere Heimbewohnende geben, die 2016 in der Pflegestufe eingestuft waren und einen niedrigen pflegebedingten Eigenanteil bezahlt haben, z. B. 100 € pro Monat. Dies ist ihr/sein Besitzstandsschutz. Die/der Heimbewohnende lebt weiterhin in der gleichen Pflegeeinrichtung und dort beträgt der pflegebedingte einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Jahr 2021 831 €. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf des prozentualen Stufenmodells müsste diese/r Heimbewohnende nun 30 % von den 831 € nach Inkrafttreten des Gesetzes bezahlen. Dies wäre dann 249,30 €. Dies stellt eine materiell rechtliche Verschlechterung dar und widerspricht auch den Ausführungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriff, wonach ein wesentliches Ziel der Übergangsregelungen sei, dass sich bisherige Leistungsbeziehende durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter stellen dürften.

Daher sprechen wir uns nachdrücklich für den Erhalt des § 141 Absatz 3 bis 3c und somit für die Streichung der Nummer 5 des Änderungsantrags 4 aus.

Darüberhinausgehende Anregungen: Care und Case Management im Kontext der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Der in Wissenschaft und Praxis diskutierte und vom DRK geforderte "Sockel-Spitze-Tausch" würde bei Umsetzung eine individuelle Bedarfsermittlung und Beratung erfordern. Das DRK spricht sich somit folgerichtig für die Schaffung einer bedarfsgerechten Leistungssteuerung in Form eines Care und Case Managements aus.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedarf benötigen eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsstruktur, in der sie alle notwendigen, am individuellen Bedarf orientierten Behandlungen, Therapien, Hilfsmittel und personellen Unterstützungsleistungen erhalten können. Im Sinne eines umfassenden Care und Case Managements muss hierfür sowohl eine adäquate Fallsteuerung im lokalen Sozialraum installiert werden als auch eine entsprechende, regionale Angebotsstruktur aufgebaut und diese, im Rahmen eines individuellen Hilfe-Mix, vernetzt werden. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sollen eine niedrighschwellige Pflegeberatung vor Ort erhalten, die individuell, neutral und bedarfsgerecht ist sowie Leistungsangebote angrenzender Rechtskreise, wie z.B. aus dem SGB V, berücksichtigt.

Für ein leistungsfähiges Care und Case Management sind erweiterte Kompetenzen, Befugnisse und Mandate für die Pflegeprofession notwendig. Was insbesondere die Zu- und Einweisung, die Verschreibung und Verordnung, sowie die unbürokratische Beantragung von Leistungen der Sozialversicherungsträger betrifft.

Als Träger von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Diensten, sowie den in Vereinsform organisierten Schwesternschaften, verfügt das DRK über wertvolle personelle Ressourcen, die bereits hohe Kompetenzen im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberatung besitzen. Um nicht zuletzt Doppel- und Mehrfachstrukturen zu vermeiden, wird eine Einbeziehung der Träger der Leistungserbringung bei der Gestaltung des Care- und Casemanagements für unerlässlich erachtet. Nach § 5 PfIBG sind Beratung und Anleitung ausdrückliche Ausbildungsziele in der beruflichen Pflege. Insofern werden Pflegefachpersonen nicht nur durch das Leistungsrecht zur Durchführung dieser Aufgaben legitimiert (z.B. §§ 7a, 36 Abs. 3 oder 45 SGB XI), sondern insbesondere durch ihre professionellen Kompetenzen.

2. Tarifliche Entlohnung - Konzertierte Aktion Pflege (Änderungsantrag 5)

Das DRK erkennt die Zielsetzung des vorliegenden Änderungsantrages 5, bessere Löhne in der Altenpflege erreichen zu wollen, an. Gleichwohl weisen wir ausdrücklich auf mögliche Implementierungsdefizite hin und halten die Umsetzbarkeit für Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge gebunden sind, für wenig praktikabel, bürokratisch und insgesamt streitanfällig.

In der ersten Stellungnahme hat das DRK zum Punkt Tarifliche Entlohnung § 72 Abs. 3 und neue Absätze 3a und 3b SGB XI (Artikel 2, ÄA 5) verschiedene Kritikpunkte vorgetragen. Dabei hatten wir insbesondere zu den Änderungen unter § 72 „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag“ grundsätzliche Bedenken geäußert und die Einführung von Vorschriften zur Kopplung von Zulassungen zur Pflege bzw. Versorgungsverträgen an das Vorhandensein und die Anwendung von Tarifverträgen als ordnungspolitisch nicht akzeptabel kritisiert und als unzulässigen Eingriff in die Tarifautonomie zurückgewiesen.

Im modifizierten Änderungsantrag 5 wurden die Einwände des DRK zum Thema Tarifbindungspflicht im Wesentlichen aufgenommen. Die Aushandlung von Tarifverträgen, ihr Abschluss und ihre unmittelbare Anwendung sollen nun keine Zulassungsvoraussetzung mehr sein. Ab 01.09.2022 soll die Entlohnung, die einem Tarifvertrag oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen der Höhe nach entsprechen, Voraussetzung zur Zulassung zur Versorgung mit Pflegeleistungen sein. Seitens des DRK wird dies mit Blick auf faire Löhne in der Pflege und der Anerkennung der Leistung beruflich Pflegenden grundsätzlich positiv bewertet. Die Intention des Gesetzgebers eine verlässliche und dauerhaft angemessene Entlohnung für die in der Pflege beschäftigten Menschen erzielen zu wollen, ist richtig und anerkennungswürdig. Durch den Wegfall der zuvor noch mit Fristsetzung geplanten Verpflichtung zum Abschluss von Tarifverträgen wurde ein Teil der Befürchtungen abgewandt. Das Ziel einer Verbesserung der Vergütung bei den in der Pflege Beschäftigten kann mithilfe der nun vorgesehenen Regelungen erreicht werden ohne Tarifverträge zu erzwingen. Für Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge gebunden sind, bleibt allerdings die Frage bestehen, ob durch die Verpflichtung, die Entlohnungsbestandteile der Tarifabschlüsse aus Verhandlungen Dritter selbst anwenden zu müssen, nicht die Vertragsfreiheit im Allgemeinen und die Verhandlungsfreiheit zwischen Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen einschränkt wird. Dies ist rechtlich zu prüfen und es ist zu erwarten, dass es zu Klagen kommen wird.

Hinsichtlich der Umsetzung ist zu bemängeln, dass Pflegeeinrichtungen, insbesondere die nicht an Tarifverträge gebunden sind, erheblicher organisatorischer und finanzieller Mehraufwand entsteht und auch die Kostenverhandlungen mit den Pflegekassen komplizierter werden. Einrichtungen und Dienste müssen für die von ihnen zu zahlende Entlohnung an einen von ihnen als maßgebend genannten Tarifvertrag anpassen. Alle Gehälter, die hinsichtlich Gehaltsgruppe, Entgeltstufe und Entgelt nicht zufällig exakt denen des gewählten Tarifvertrags entsprechen, müssen vertraglich so angepasst werden, dass sie hinsichtlich des Entgelts, der Entgeltstufen und der ggf. mit Dienstjahren verbundenen Gehaltsbestandteile mit denen des ausgewählten Tarifvertrags übereinstimmen. Dies wird in der Praxis kaum ohne Zulagenregelungen, Übergangsvereinbarungen o. Ä. möglich sein. Beispielsweise lassen sich die Regularien zu den Erfahrungsstufen der verschiedenen Tarife nicht einfach übertragen und sind von Tarif zu Tarif zu unterschiedlich geregelt bzw. sind nicht direkt vergleichbar. Der hiermit verbundene personalwirtschaftliche Aufwand wird – es sollte

berücksichtigt werden, dass z. Z. nur etwa ca. die Hälfte, der in der Pflege Beschäftigten Tariflöhne erhält – als erheblich eingeschätzt. Darüber hinaus sind die vorgesehenen Mitteilungspflichten umfangreich und erhöhen den bürokratischen Aufwand für Einrichtungen und Dienste. Das DRK erachtet daher als wirksamere, kontrollierbarere und unbürokratischere Lösung für faire Löhne in der Pflege weiterhin eine Anpassung des Pflegemindestlohns als besseren Weg.

Es wird zudem nachdrücklich kritisiert, dass allein der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Richtlinien zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b festlegt. Der GKV-SV erhält damit eine Doppelrolle. Einerseits erhält er die Definitionsmacht, welche Tarifverträge für eine Zulassung zur Versorgung bzw. welche Tarifvertragsanlehnungen bezüglich des Entgelts anzuerkennen sind. Andererseits verhandelt er im Rahmen der Selbstverwaltung die Höhe der Vergütungen und hat ein Interesse an möglichst niedrigen Entgelten. Dies führt zu einem Ungleichgewicht zwischen eigentlich gleichberechtigten Verhandlungspartnern der Selbstverwaltung. Wir fordern daher eine verbindliche Einbeziehung in die Erarbeitung der Richtlinien sowie ein Zustimmungsverfahren. Abgesehen hiervon ist aus Sicht des DRK auch zweifelhaft, ob für die hierzu erforderlichen Verfahren zur Festlegung der konkreten Regulierungsinhalte ausreichend Vorbereitungszeit besteht. Deutlich wird dies v. a. mit Blick auf die Frist zur Erstellung der entsprechenden Richtlinien, die schon am 30.09.2021 ausläuft. Als Beispiel seien hier nur die Definition der Regionen bzw. deren Zuschnitte und die Zuordnungsvoraussetzungen genannt. Zudem gilt es für Pflegeeinrichtungen ohne Tarifbindung zu definieren, welche Bestandteile der Entlohnung der Tarifabschlüsse aus Verhandlungen Dritter berücksichtigt werden müssen. Ebenso unklar wie unsicher ist, ob es bis dahin auch zum erforderlichen Einvernehmen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales kommen kann, ohne dass diese Richtlinien nicht wirksam werden können.

Hinsichtlich der Rolle der Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bzgl. der Zulassung zur Erbringung von Versorgungsleistungen und hinsichtlich der Position bei Pflegesatzverhandlungen wird durch die geplanten Regelungen eine Asymmetrie zugunsten der Kostenträger und zu Lasten der Leistungserbringer etabliert.

Dies ist vor dem Hintergrund der bei Gehaltsanpassungen vorzunehmenden Verhandlungen besonders kritisch. In den Vorschlägen der Koalitionsfraktionen findet sich an keiner Stelle ein Satz zum Thema Refinanzierung oder Übergangsregelungen, der die Kassen verpflichten würde, die aufgrund ggf. steigender Gehälter entstehenden Mehrkosten zu erstatten. Hier ist zu befürchten, dass Leistungsanbieter massiv unter Druck geraten können, insbesondere wenn sie gezwungen wären, schon vollzogene Gehaltserhöhungen in Verhandlungen mit den Kassen nachverhandeln zu müssen. Es ist auch denkbar, dass von Leistungserbringern ohne eigenen Tarifvertrag jährlich der jeweils „günstigste“ Tarifvertrag als maßgebend genannt wird und damit weitere Einzelverhandlungen notwendig würden und wiederum finanziellen Verwaltungsmehraufwand verursacht.

Der Mehraufwand (organisatorisch, personalwirtschaftlich und finanziell) verursacht unweigerlich zusätzliche Kosten, die die Pflegeversicherung belasten und sich letztendlich auf die Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen auswirken werden.

3. Kompetenzerweiterungen für die Pflegeberufe (Änderungsanträge 1, 8)

Die bereits in dem Eckpunktepapier der Bundesregierung aufgeworfenen - und im Rahmen des Arbeitsentwurfes für ein Pflegeversicherungsreformgesetz weiter ausformulierten Kompetenzerweiterungen der Pflegefachberufe sollen nun als Änderungsanträge an das Gesetzesverfahren des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) "angehängt" werden. Diese sogenannte „Omnibusmethode“ soll die noch ausstehenden Maßnahmen aus dem Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung auf den buchstäblich letzten Metern in die Umsetzung bringen.

Vor einem übereilten Gesetzgebungsverfahren möchten wir allerdings warnen, sofern hierdurch langfristig mehr Schaden als Nutzen zu erwarten ist. Weshalb wir die Erweiterung von pflegerischen Kompetenzen, die für die Attraktivität des Berufsbildes in der professionellen Pflege eine herausragende Bedeutung haben, lieber in einem „ordentlichen“ Gesetzesverfahren sehen würden; mit einer entsprechend intensiveren, konstruktiv-kritischen Beteiligung durch die Fachöffentlichkeit des Gesundheits- und Pflegewesens.

Das Deutsche Rote Kreuz würdigt ausdrücklich den politischen Willen der Bundesregierung, **die Kompetenzen und Befugnisse von Pflegefachpersonen gemäß den Beratungen, in dem aus der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) hervorgehenden Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit, zu erweitern.** Gerade was die Stärkung der ambulanten Akut- und Langzeitpflege betrifft. Wobei hier unserer Ansicht nach zukünftig alle Versorgungsbereiche in den Blick genommen werden müssen.

Gleichwohl denken wir im Hinblick auf die Umsetzung der in den Änderungsanträgen zum GVWG vorgeschlagenen Maßnahmen, dass das Potential des auch heute bereits Möglichen nicht vollends ausgeschöpft wurde. **Insofern bleiben die vorliegenden Änderungsanträge weit hinter den Erwartungen des DRK zurück, das sich aktiv an dem Strategieprozess beteiligt hat.** Weshalb die betreffenden Maßnahmen allenfalls als ein kleiner Schritt hin zu einer modernen Pflegeberufspolitik angesehen werden können.

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

Wünschenswert wäre, auch mit Blick auf die kommende Bundestagswahl, ein „Masterplan Gesundheit und Pflege“, der multiprofessionelle und sektorenübergreifend vernetzte Versorgungswege für die „most vulnerable“, also Menschen mit komplexen Bedarfslagen, aus Nutzerperspektive herdenkt. Das in dieser Legislatur entwickelte „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ könnte hierzu einen guten Ausgangspunkt darstellen.

Im Einzelnen bezieht sich unsere Kritik an den in den ÄA enthaltenen Maßnahmen auf folgende Aspekte

ÄA 8 Nr. 1 lit. b (Artikel 1 Nr. 11a GVWG): Blankverordnung für die häusliche Krankenpflege

- Die „Blankverordnung“ für die häusliche Krankenpflege unterliegt weiterhin einem ärztlichen Verordnungsrahmen, in dem dafür qualifizierte Pflegefachpersonen lediglich

Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung bestimmen können. Hierzu sollen sich der Gesetzesbegründung nach „insbesondere“ die folgenden Leistungen eignen: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, sowie das An- oder Ablegen eines Kompressionsverbandes. Der Ansatz bleibt auf die Unterstützung der Ärztin bzw. des Arztes begrenzt.

- Es wird weiterhin eine Verordnung des Vertragsarztes benötigt, damit die Versicherten diese Leistungen in Anspruch nehmen können. Was weder die Barrierefreiheit verbessert noch die Betroffenen entlastet. Gleichzeitig ist der Aufwand an Kommunikation und Koordination der Pflegedienste für diese vergleichsweise risikoarmen Tätigkeiten unverhältnismäßig hoch, da umfangreiche Berichtslegungen an die Vertragsärzte zu erwarten sind; was ebenso auf die Vorschriften zur Evaluation der HKP-Maßnahmen zutrifft.
- Wir fordern daher die Ausweitung der verordnungsfähigen Maßnahmen auf alle nicht-pharmakologischen HKP-Leistungen, sowie eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten.
- Zudem sollte sich die Eignung der Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen (inhaltlichen) Ausgestaltung der Leistungen an den pflegefachlichen Anforderungen orientieren. Hier gilt es aus unserer Sicht eine Differenzierung zwischen allgemeinen Aufgaben, die den Ausbildungszielen nach § 5 PflBG entsprechen (An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen), und spezielleren Aufgaben, die darüberhinausgehende medizinisch-pflegerische Kompetenzen erfordern (Versorgung von chronischen Wunden), vorzunehmen. Des Weiteren sollten die Prozesseigner*innen über grundlegende Kompetenzen verfügen, um der wirtschaftlichen und rechtlichen Verantwortung gerecht werden zu können.
- Neben formalen Zusatzqualifikationen aus der Fort- und Weiterbildung sollten hierbei ebenso die Berufsbiographien der Pflegenden berücksichtigt werden. Denn Studien zeigen, dass weniger die formale Qualifikation, als vielmehr das Training an sich einen Einfluss auf die Wirksamkeit von erweiterten Pflegerollen hat (u.a. Martinez-Gonzalez et al. 2014).
- Darüber hinaus gilt es zukünftig zu prüfen, inwiefern das Konzept „Blankoverordnung“, also die eigenverantwortliche Ausgestaltung eines ärztlichen Ordnungsrahmens auf andere Versorgungsbereiche übertragen bzw. ausgeweitet werden kann. Für die stationäre Langzeitpflege könnte sich beispielsweise die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V anbieten (vgl. Ayerle et al. 2019).

ÄA 1 Nr. 1 lit. d (Artikel 1 Nr. 18a GVWG): Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

- Positiv hervorzuheben ist zunächst die Möglichkeit zur Verstetigung von erfolgreichen Modellprojekten in der „Regelversorgung“ (auch wenn es sich streng genommen lediglich um Selektivverträge nach 140a SGB V handelt), die Entwicklung von Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Schaffung von einheitlichen

Vorgaben zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, sowie ein klares Bekenntnis zur Substitution ärztlicher Leistungen.

- Allerdings basieren die Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten weiterhin auf den Vorschriften nach § 63 Abs. 3c SGB V, die sich bislang vor allem als wenig ergiebig erwiesen haben. Doch auch, wenn über die Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung nun mehr Modellprojekte in den Bundesländern entstehen würden, bleiben die bisherigen, mit diesen Rechtsvorschriften verbundenen Probleme bestehen (vgl. Hener 2016). Insbesondere in Bezug auf die Engführung der übertragbaren Aufgaben nach der Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA, die zudem dringend aktualisiert werden müsste, gerade auch vor dem Hintergrund der Heilkundemodule nach § 14 Abs. 4 PflBG. Aber auch in Zusammenhang mit den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG. Und nicht zuletzt hat sich der „body of evidence“ hinsichtlich der Effizienz und Effektivität von pflegerischen Rollenbildern in den letzten Jahren vergrößert.
- Insofern fordern wir, dass die verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V auch unabhängig von den Regelungen in § 63 (3c) SGB V bestehen können und darüber hinaus auf maximal 2 Jahre befristet werden. Ebenso gilt es die Regelung zu den Selektivverträgen nach § 140a SGB V nach einer ausreichenden Anzahl an positiv evaluierten Modellprojekten zu streichen.
- Da der Abschluss eines Selektivvertrages nach § 140a SGB V das Ergebnis eines florierenden Modellprojektes darstellt, könnte die Anzahl dieser Verträge als ein Indikator für eine ausreichende „Sättigung“ an erfolgreichen Modellen herangezogen werden. Sodass im Anschluss der Weg in die „echte“ Regelversorgung beschritten werden könnte.

ÄA 2 Nr. 8 (Artikel 2 Nr. 1a GVWG): Empfehlung von einfachen und doppel funktionalen Hilfsmitteln

- In einer Art Genehmigungsfiktion sollen die Kranken- und Pflegekassen von der Notwendigkeit bzw. Erfordernis einfacher und doppel funktionaler Hilfsmittel ausgehen, wenn diese durch dafür „geeignete“ 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 soll das Nähere hierzu durch den GKV-SV festgelegt werden, sodass noch abzuwarten bleibt, ob diese Regelung hält, was sie verspricht.
- Gleichzeitig handelt es sich bei dem Vorschlag aus den ÄA des GVWG um keine echte Genehmigungsfiktion im eigentlichen Sinne, da die Entscheidungsfrist über den Antrag bis zu drei Wochen betragen kann. Und die Versicherten so lange auf dringend benötigte Hilfsmittel warten müssen.

- Positiv hervorzuheben ist dagegen die Auslassung der fachlichen Prüfung durch die Kostenträger, die nur mehr die Wirtschaftlichkeit prüfen. Wobei die Entscheidungskriterien angesichts hierzulande (glücklicherweise) fehlender QUALY / DALY Bewertungen nur begrenzt rational sein können.
- Wir fordern daher die Beschleunigung dieses Verfahrens durch eine echte Genehmigungsfiktion, für Indikationen, bei denen die Wirtschaftlichkeit für die Versicherten (!) mit einer hohen Wahrscheinlichkeit gegeben ist.
- Dieses gilt es in der entsprechenden GKV-RL zu hinterlegen. Sodass die Betroffenen ihre dringend benötigten Hilfsmittel unverzüglich erhalten können. Denn auch wenn dieses Verfahren der aktuellen Praxis in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht, sehen wir keinen Grund, warum dieser Versorgungsbruch weiter aufrechterhalten werden sollte.
- Die Eignung zur Durchführung der Empfehlungen sollte sich unserer Ansicht nach rein durch das erfolgreiche Erreichen der Ausbildungsziele nach § 5 PflBG begründen. Insbesondere da die Befugnis ausschließlich der fachlichen Einschätzung durch die beruflich Pflegenden beinhaltet. Während die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei den Kassen verbleibt.

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 (z.B. Schaeffer et al. 2015 & Schaeffer et al. 2020) und methodisch hochwertigen Studien (u.a. Laurant et al. 2018, Matthys et al. 2017, Weeks et al. 2016, Martinez-Gonzalez et al. 2014, Health Quality Ontario 2013 & Bhanbhro et al. 2011) beschrieben.

Gleichzeitig hat die aktuelle pandemische Lage die Verletzlichkeit unseres Gesundheits- und Pflegesystems offenbart, gerade in der Langzeitpflege. Vor diesem Hintergrund **erscheint dem DRK ein „Weiter so“ im Klein-Klein des deutschen Leistungsrechts nur wenig zielführend**, um die Pflegeberufe kompetenzorientiert weiterzuentwickeln und international anschlussfähig zu machen. Denn im Vergleich mit den anderen OECD Ländern hinken wir hierzulande in der Pflegeberufspolitik deutlich hinterher.

In den USA wurden bereits in den 1950er Jahren Public Health Nurses eingeführt (Hamric et al. 2013), aus denen sich im Laufe der Zeit eine Vielzahl an erweiterten und spezialisierten Pflegerollen herausgebildet haben, beispielsweise Nurse Practitioner oder Community Health Nurses, die heute eine tragende Säule des dortigen Versorgungssystems einnehmen.

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 Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt, die prognostizierten Bedarfssteigerungen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung, sowie

den fachlich immer komplexer werdenden Pflege- und Betreuungssituationen 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.

Hierzu könnten beispielsweise folgende Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses 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 **Assessment**
- **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-, Physiotherapie), 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

Zu guter Letzt möchten wir **auf einen hierzulande eher stiefmütterlich behandelten Versorgungsbereich aufmerksam machen: Die Primärversorgung**. Immer wieder wird das deutsche Gesundheitswesen als das beste Gesundheitssystem der Welt bezeichnet, was mit der universellen Krankenversicherung, den flächendeckenden Versorgungsstrukturen, sowie der freien Arztwahl begründet wird (SVR Gesundheit 2012).

Gleichzeitig ist die Primärversorgung durch die hohe Arztzentriertheit relativ monodisziplinär ausgerichtet. Dementsprechend ist die Angebotsvielfalt an Primärversorgungsdiensten wenig ausdifferenziert (Freund et al. 2015), sodass spezielle Bedarfslagen vulnerabler Bevölkerungsgruppen nur unzureichend abgedeckt sind und immer ein Gang zu einem Arzt erforderlich ist – selbst wenn es sich um nicht-pharmakologische Behandlungen und Therapien handelt, oder aber Pflege und Hilfsmittel benötigt werden. Die OECD und die WHO bewerten die Effektivität des deutschen Gesundheitswesens sogar lediglich als durchschnittlich (Greß et al. 2008).

Des Weiteren kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle zu, während Public Health Dienste im internationalen Zusammenhang auf deutlich weitreichendere, multiprofessionelle Angebote zurückgreifen können. Es braucht daher dringend eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland (Dragano et al. 2016) sowie eine konkrete Angebots- und Fachkräftestrategie (Hommes et al. 2020). Gerade der Pflegeprofession kommt in vielen Ländern dieser Erde eine tragende Rolle bei den Öffentlichen Gesundheitsdiensten zu. Was der SVR Gesundheit bereits 2007, mit seiner Empfehlung für eine stärkere Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in die Versorgung, bekräftigte (SVR Gesundheit 2008)).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie, sieht das Deutsche Rote Kreuz einen dringenden Handlungs- und Investitionsbedarf, um die Resilienz des Gesundheitssystems langfristig zu erhöhen. Hierzu gehört unserer Ansicht nach primär die personelle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere durch die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, im Sinne von niedrigschwelligen, wohnortnahen und lebensweltbezogenen Public Health Diensten, wie z.B. Community Health Nurses.

4. Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege) (Änderungsantrag 7)

§ 113c SGB XI:

Eine hinreichende Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile ist für die Umsetzung der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI immanent, damit die Kosten für die Verbesserung der Personalausstattung nicht alleine zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen gehen.

Im Großen und Ganzen orientiert sich die Umsetzung in § 113c SGB XI 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 auf Grundlage der Ergebnisse des gleichnamigen Projektes zur „Entwicklung und Erprobung“ gemäß § 113c (PeBeM)“ wird in den Ergebnissen der AG2 der Konzertierte Aktion Pflege explizit gefordert. Der Bezug sollte folglich auch immer die Grundlage der Projektergebnisse sein. Gegenüber der Formulierungshilfe vom 03. Mai 2021 wurde dieser Bezug in Absatz 1 herausgenommen, was nicht nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es aus unserer Sicht diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen der Stellungnahme der BAGFW zur Konzeption der Roadmap eingebracht worden, aber leider unberücksichtigt geblieben. Bzgl. der vorgeschlagenen Änderungen zu a), der Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel ist das DRK der Auffassung, dass sich die konkreten Folgen der im § 113c AA vorgeschlagenen Regelungen in der Praxis der Einrichtungen nicht vollständig absehen lassen. Das DRK weist nachdrücklich darauf hin, dass vermieden werden sollte, dass in einzelnen Bundesländern anstatt der durch das PeBeM angekündigten Personalmehrungen Stellenkürzungen und damit ein Personalabbau in Pflege und Betreuung erfolgt.

Es ist nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzbildungen in der Pflege hinwirken, zur Erreichung eines einheitlichen Qualitätsniveaus.

Die Bewertung der Höhe der Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 im Zusammenspiel mit den Bestandsschutzregelungen nach Absatz 2, den u.a. an den Personalanhaltswerten orientierten Verhandlungen der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI sowie der allgemeinen Konvergenzstrategie 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. Es wird auch aus der geänderten Gesetzesbegründung nicht deutlich, wie der „bereinigte bundeseinheitliche Ist-Stellenschlüssel“ entsteht, wie hoch er ist und vorauf er sich konkret bezieht. 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-Projekts in Höhe von rund 40 Prozent

gegenüber diesen bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln. Der Gesetzesbegründung zu Absatz 7 ist ferner Folgendes zu entnehmen:

“Um schrittweise eine Konvergenz der Personalanhaltswerte hin zu bundeseinheitlichen Werten zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden kann, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die ab dem 1. Juli 2023 auf Grund der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 mindestens zu vereinbaren ist, in einem nächsten Schritt als bundeseinheitliche Vorgabe erhöht werden kann. Eine solche Erhöhung kommt jedoch nur in Betracht, wenn die pflegerische Versorgung dabei nicht gefährdet wird.”

Die Schwierigkeit besteht in der Konvergenzphase darin, Vorgaben zu treffen, mit der sowohl die Bundesländer mit hoher als auch die Bundesländer mit geringerer Personalausstattung umgehen können. Da nur ein Teil der Ergebnisse als Personalanhaltswerte vorgegeben werden, stellt sich dabei unwillkürlich die Frage nach Erhalt des Personals auf der einen Seite. Auf der anderen Seite stellt sich so oder so die Frage, wie viel Mehrpersonalisierung im zeitlichen Kontext erreichbar ist, ohne diese ins Belieben zu stellen?

Wir richten unseren Blick zunächst auf die Länder mit vergleichsweise hoher Personalausstattung: 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 (Absatz 2 Satz 1 Nr. 2; Absatz 5 Satz 1 Nr. 1) greifen, aber die Skepsis ist groß. Unklar ist also, ob diese Vorgehensweise bzw. auch die fehlende weitergehende Argumentationsstrategie für eine Konvergenzphase wirklich geeignet ist.

Nach den wesentlichen Modellrechnungen aus dem Projekt nach 113c (Abschlussbericht, S. 261 ff. / Algorithmus 1.0) 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 noch nicht abbilden. Er sollte es aber, auch wenn noch unklar ist, wie der Algorithmus 2.0 nach Beendigung der Auswertung der modellhaften Einführung am Ende aussehen wird. Aber die Erwartungen sind klar: Es muss mehr Personal als vorher geben, um der Arbeitsverdichtung, die es auch in den Ländern mit höheren Personalschlüsseln gibt, entgegenzuwirken. Es fehlt schließlich dazu mindestens in der Gesetzesbegründung eine Zielvorgabe, z.B. dergestalt, dass nach Abschluss der Konvergenzphase und auch unabhängig von Bestandsschutzregelungen gem. Algorithmus 2.0 in keinem Bundesland insgesamt weniger Personal beschäftigt wird als vorher, sondern mehr. Das DRK weist darauf hin, dass sich der Algorithmus 2 nicht darauf beschränken sollte, in die Personalschlüssel des Algorithmus 1 allein die Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI einzubeziehen. Denn dies hätte in der Praxis der Einrichtungen keinesfalls Personalmehrungen zur Folge, sondern würde allein einen neuen Rechenweg der Personalbemessung bedeuten. Dies wird vermutlich voraussetzen, dass der Algorithmus 2.0 nicht weniger als 80 % des Umfangs erreicht, wie er gegenwärtig durch den Algorithmus 1.0 vorgegeben wird.

Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass sich die Personalbedarfsberechnungen ausschließlich auf Pflegekräfte beziehen und Hauswirtschaftskräfte und andere Funktionsstellen nicht Bestandteil dieses Personalbemessungssystems sind und sich insoweit auch keine Grundlage dafür ergibt, dass diese Stellen wegfallen. Die in der BAGFW

kooperierenden Verbände haben hierzu bereits mehrfach angeregt, 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. Dadurch, dass in den bisherigen und folgenden Ausbaustufen fixe „Werte“ verwendet werden, gerät aus dem Fokus, dass es unserer Auffassung nach im Ergebnis ein Rechenmodell geben soll, welches Unterschiede berücksichtigt, wie z.B. auch die unterschiedlichen Feiertagsregelungen in den Ländern.

Wir sprechen uns 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 SGB XI (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI (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 in der Konvergenzphase zusätzlich berücksichtigt werden und keinesfalls abgebaut werden, wenn Einrichtungen in bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI eine bessere Personalausstattung vor der Einführung der Personalbemessung hatten. Die Begründung weist zwar *expressis verbis* aus, dass „ein etwaiger Abbau des bisher durch diese Förderprogramme in stationären Pflegeeinrichtungen erreichten Stellenzuwachses [...] damit nicht verbunden sein“ soll, aber es fehlt aus unserer Sicht eine eindeutige Regelung in § 113c Absatz 2 SGB XI.

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die Personalausbaustufen nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 SGB XI noch längere Zeit im vollen Gange sein werden. Wir hoffen sehr, dass die Mehrpersonalisierung schnell erreicht werden kann, weisen 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. Juli 2023 ohne Berücksichtigung einer längeren Konvergenzphase ist derzeit richtigerweise kaum vorstellbar und ist aus heutiger Sicht sehr ambitioniert. Zu würdigen ist also, dass gem. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 auch weiterhin Personal nach den derzeit gängigen Modi qualifiziert und die berufsbegleitende Ausbildung gem. der Sonderregelungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 entsprechend finanziert werden kann. Diese Regelung ist so wichtig, dass sie entsprechend den Ausführungen aus der Gesetzesbegründung im Gesetzestext aufgenommen werden müssen; dies muss aus unserer Sicht auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Außerdem bitten wir zudem darum, mit weiteren Maßnahmen 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 § 113c

Absatz 5 Nummer 1 des dann angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt und erprobt werden, durchführen (§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1). 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 mit Verweis auf die Roadmap Bezug genommen werden.

Gemäß § 113c Absatz 5 sollen die in den Rahmenverträgen bisher festgelegten Personalanhaltswerte für das Pflege- und Betreuungspersonal geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan die personelle Ausstattung definieren, die mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Hierbei geht es um die Konkretisierung der Vereinbarungspartner zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1. Mit Blick auf die Bundesländer mit einer vergleichsweise geringen Personalausstattung ist dies ein wesentlicher neuralgischer Aspekt der Konvergenzphase. Verfügbarkeit von Personal, Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen usw. stehen im Spannungsfeld zu verpflichtenden Vorgaben. Dies wird auch anhand der oben zitierten Gesetzesbegründung zu Absatz 7 deutlich. Gleichwohl kann die Umsetzung der Personalausstattung nach Absatz 1 nicht in das Belieben der Landesrahmenvertragspartner gestellt werden. Das Ziel muss sein, die dort genannten Anhaltswerte auch tatsächlich umzusetzen; zumindest den Anspruch der Einrichtungen auf diese Anhaltswerte, auch wenn diese auf Grund der Arbeitsmarktsituation evtl. nicht in einem Schritt umzusetzen sind. Hierzu sollten die ggf. notwendigen Schritte, in den in § 113c Absatz 4 genannten Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die zum 30. Juni 2022 vereinbart werden müssen, mitbehandelt und konkretisiert werden.

Nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 können Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 01. Juli 2023 Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen. Wir regen an, in der Gesetzesbegründung einen expliziten Bezug zu den Verhandlungsthemen der KAP-AG 2 aufzunehmen, um die personellen Ressourcen zu Themen wie Leitungs- und Führungsaufgaben bei der der Pflegedienstleitung z.B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz etc. zu schaffen. Lt. KAP geht es ebenso um die Berücksichtigung und Refinanzierung der personellen und sächlichen Ressourcen für den Arbeitsschutz, einschließlich der Gefährdungsbeurteilung, bei der Personalausstattung, bspw. um die Entwicklung von Ausfallkonzepten, z. B. sog. „Springerpools“. Außerdem sollte diese Regelung insofern erweitert werden, dass in den Landesrahmenverträgen auch Regelungen für weitere Personalbedarfe wie Leitung und Verwaltung, Wirtschaftsdienste und Technischer Dienst getroffen werden können, um u. a. den kontinuierlich steigenden administrativen Anforderungen und einer ganzheitlichen Versorgung entsprechen zu können.

Änderungsbedarfe:

Zu § 113c Absatz 1 SGB XI:

Es muss konsequent der Bezug zu den Projektergebnissen PeBeM nach § 113c (alt) gegeben sein. Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, **deren Grundlage die Ergebnisse des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben ist, vereinbart werden.**

Es erfolgt nochmals der Hinweis, dass bei „Höchst-Personalschlüsseln“ aus der Sicht des DRK die Gefahr nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Sozialhilfeträger entsprechend ihrer Grundsätze „Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“, auf dem Verhandlungsweg alternativ darauf bestehen, dazu in Abgrenzung deutlich niedrigere Mindestschüssel einzuführen, abzuschließen und ausschließliche diese zu finanzieren.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu formulieren:

(2) Abweichend von Absatz 1 **ist** ab dem 1. Juli 2023 **wegen Bestandsschutz** eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal zu vereinbaren, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder

2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkräfte geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, **oder wenn in Beschlüssen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI eine höhere personelle Ausstattung geregelt ist,**

3. bislang über gesonderte Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 finanzierte Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal vereinbart sind und von der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden. Diese sind zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Nr. 1 und 2. zu berücksichtigen,

4. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Zu § 113c Absatz 3 SGB XI:

Des Weiteren sprechen wir uns dafür aus, gem. der Gesetzesbegründung zu Absatz 3 nachfolgende Passage in den Gesetzestext als neuen Satz 2 aufzunehmen:

Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach dem Rahmenvertrag nach

§ 75 Absatz 1-3 bzw. nach Beschlüssen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI hinausgeht, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Zu § 113c Absatz 4 SGB XI:

Die Konkretisierung der Vereinbarungspartner zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 für Verträge nach Absatz 5 kann nicht im Belieben liegen. Daher sollte Absatz 4 wie folgt gefasst werden:

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. **Insbesondere sind darin Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 für Verträge nach Absatz 5 mit dem Ziel vorzunehmen, eine höhere personelle Ausstattung zu erreichen.**

Zu § 113c Absatz 5 SGB XI:

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 sprechen wir uns in Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 für eine Ergänzung zu benannten besonderen Personalbedarfen (PDL, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung etc.) aus. Im Begründungstext sollte ein Bezug zu allen in der KAP vorgesehenen relevanten Verhandlungsthemen der AG 2 hergestellt werden.

5. Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege (Änderungsantrag 6)

§ 88a

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 in § 84 (Bemessungsgrundsätze) 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 einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen sowie einen deutlich höheren Verwaltungs- und Organisationsaufwand verursachen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. Infolgedessen 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 inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten aller Arten und Formen von Kurzzeitpflege wie z.B. hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen angepasst werden können. Abzulehnen ist jedoch ein Ermessen der Pflegekassen, nur „bei Bedarf“ die Rahmenverträge auf der Grundlage der nach § 88a Absatz 1 abzugebenden Bundesrahmenempfehlungen anzupassen. Der Änderungsantrag gibt sachgerechter Weise in der Begründung Kriterien für die Empfehlungen vor. Gegenüber dem Entwurf der Änderungsanträge wurde die Frist zur Abgabe der Bundesrahmenempfehlungen für die Kurzzeitpflege von ursprünglich 6 auf jetzt 9 Monate erweitert. Diese Frist erachten wir angesichts der komplexen Materie der Verhandlungen für sachgerecht.

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 finanziellen Belastungen der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher begrüßen die Anhebung der Leistungsbeträge nach § 42 SGB XI, wie von uns gefordert, um linear 10 Prozent nachdrücklich.

In der kommenden Legislaturperiode sollte zudem geregelt werden, dass Kostenbestandteile wie medizinische Behandlungspflege oder Unterkunft und Verpflegung von der Pflegekasse zu tragen sind (s. Vorschläge zum weitergehenden Änderungsbedarf unten).

Änderungsbedarf

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

In Absatz 1 Satz 3 sind die Worte „bei Bedarf“ zu streichen.

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 haben, 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 in der Häuslichkeit 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.

Generell benötigen wir im ambulanten Setting eine Flexibilisierung der Leistungen, um passgenauer die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen abzubilden, wie z.B. die Möglichkeit des Aufenthalts in einer Gastfamilie, einen Mix aus Tages- und Kurzzeitpflege oder Kooperationen zwischen ambulanten Pflegediensten und Therapeuten. In anderen Ländern, wie den USA, finden sich viele Formen der ambulanten Übergangsversorgung, die

sich in der Praxis bewährt haben. Vereinzelt werden solche Ansätze auch in Deutschland erprobt, wie z.B. im Projekt TIGER des Innovationsfonds in Bayern.

Fachfremde Änderungsanträge

§ 39e Übergangspflege im Krankenhaus

In Deutschland gibt es einen großen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der Probleme bei der pflegerischen Anschlussversorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Daher ist die Einführung einer Übergangspflege, nach der Patient*innen einen Anspruch auf Anschlussversorgung für bis zu 10 Tagen nach Krankenhausbehandlung erhalten können, aus Sicht des DRK grundsätzlich als komplementäres Angebot der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI positiv zu bewerten.

Die Aufzählung der Leistungsinhalte ist jedoch sehr umfassend und teilweise redundant. Sie birgt die Gefahr von Umsetzungs- und Abgrenzungsproblemen. Zunächst wird aus juristischer Sicht nicht klar, 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.

Begrüßt wird die Klarstellung, dass die pflegerische Versorgung im Rahmen der Übergangspflege die Grund- und Behandlungspflege umfasst, wie von uns vorgeschlagen.

Begrüßt wird zudem, dass die Übergangspflege gegenüber der Entwurfsfassung jetzt nicht mehr Leistungen zur Frührehabilitation umfassen soll wie von uns gefordert. Diese sind nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Bestandteil der Krankenhausbehandlung und als solche in Komplexcodes abgebildet.

§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Begrüßt wird, dass gegenüber der Entwurfsfassung nun ausdrücklich festgelegt ist, dass die Verträge Regelungen zur Vergütung umfassen müssen. Unklar ist jedoch nach wie vor, welche weiteren Inhalte die Verträge haben sollen. Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39e stellt bereits klar, dass Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbracht werden.

Änderungsbedarf

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die ~~Einzelheiten der Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e~~ sowie deren die Vergütung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e.

6. Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzertierte Aktion Pflege/Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen (Änderungsantrag 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 von § 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 % 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 (Änderungsantrag 11)

§ 8 Absatz 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 Absatz 1

Die Aufnahme der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege als jeweils eigenständige Bereiche wird der Bedeutung der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege gerecht und ist zu begrüßen.

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 Grundsätzen 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. Die Richtlinien nach § 112a 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 treffen.

Änderungsvorschläge:

§ 113 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„..., 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 Absatz 4a (neu) i. V. mit § 114c Absatz 3

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 entsprechend beschrieben wird. 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. Dies ist in § 114c Absatz 3 zu regeln.

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 Absatz 5

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

§ 113b Absatz 10 (neu)

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 Änderungsvorschläge:

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege.

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

8. Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen (Änderungsantrag 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. Rechnung getragen wurde unserem Petitem, dass die Pflegekassen auch bei der Beantragung von Verhinderungspflege, von Unterstützungsangeboten im Alltag oder der Umwandlungsleistung auf die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinweisen müssen.

9. Stärkung regionaler Netzwerke (Änderungsantrag 16)

§ 45c Absatz 1 und 9

Das DRK begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, 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 zwei regionale Netzwerke und je Kreis oder kreisfreier Stadt 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. Im Vergleich zu den Änderungsanträgen Anfang Mai ist nicht mehr vorgesehen, dass die nicht in Anspruch genommenen Fördermittel auch im Folgejahr der Förderung regionaler Netzwerke zur Verfügung stehen.

Die Änderungen in § 45c verfolgen 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. Richtig ist, dass auch große Landkreise oder kreisfreie Städte ab 500.000 Einwohnern mit bis zu 4 regionalen Netzwerken gefördert werden können, jedoch sollte die Förderung von Regionen mit großer Einwohnerzahl bereits ab 300.000 Einwohnern greifen.

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 der 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 deutlicheren strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden.

Der gestrichene Aspekt der Möglichkeit nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, ist aus Sicht des DRK wieder aufzugreifen und diese den Netzwerken zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht Zielstellungen der Netzwerke weiter zu verfolgen und z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abzusichern.

Darüber hinaus halten wir es weiterhin für erforderlich, dass die Pflegekassen auch hier, wie im SGB XI üblich, gemeinsam handeln. Vor diesem Hintergrund wird ein Änderungsbedarf in Absatz 9 Satz 2 formuliert.

Änderungsbedarf

Das DRK schlägt für die Förderung der regionalen Netzwerke folgende gesetzliche Formulierung vor:

Absatz 9 Satz 2

wird wie folgt gefasst:

Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen ~~einzel~~~~n~~ ~~oder~~ gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen.

Absatz 9 Satz 3 neu ist wie folgt zu ändern:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 300 000 Einwohnern bis zu vier regionalen Netzwerken gefördert werden.“

Absatz 9 nach Satz 5 neu wird folgender Satz eingefügt:

Fördermittel nach Absatz 9 Satz 5, die in dem jeweiligen Kalenderjahr vom Netzwerk nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Absatz 9 Satz 5.

10. Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege (Änderungsantrag 18)

Das DRK begrüßt, dass die Leistungsbeträge für die ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI angehoben werden sollen. Angedacht ist eine Anhebung von jeweils 5 %. Diese 5 % entsprechen dem Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung vom 09.12.2020 (Drucksache 19/25283)

In diesem wird ausgeführt: „Nach § 30 Absatz 1 Satz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) hat die Bundesregierung alle drei Jahre, erneut im Jahr 2020, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung vorzulegen.

Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum (§ 30 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Der kumulierte Anstieg des Verbraucherpreisindex in den Jahren 2017 bis 2019 betrug 4,8 Prozent. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer stieg im gleichen Zeitraum um 8,9 Prozent. Vor diesem Hintergrund erscheint aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen.“

Für uns war schon bei der Lektüre des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung die Empfehlung von 5% sachlich nicht nachvollziehbar (angesichts des Umstands, dass es sich bei der Pflege um personalintensiven Bereich handelt und von etwa 80 % Personalkosten auszugehen ist) und nur mit Finanzierungserwägungen zu begründen.

Nun sollen nur die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI (abgesehen von der Sonderregelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI) um 5 Prozent angehoben werden und nicht auch alle anderen Leistungen der Pflegeversicherung. Dies wird damit begründet, dass die Anhebung zum Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstiegs dienen soll. Sicherlich können damit Tarifsteigerungen von auch bislang schon tariflich gebundenen und bezahlenden Trägern teilweise ausgeglichen werden. Wir halten jedoch die Verknüpfung der Begründung der Leistungserhöhung mit der künftigen tariforientierten Anbindung der Löhne tariflich nicht gebundener Träger für nicht sachgerecht und befremdlich.

Hier stellt sich für uns vordergründig die Frage, warum sich dann die 5 % Anhebung ausweislich der hier vorgetragenen Begründung nicht auf alle Pflegesachleistungen bezieht wie die stationäre Pflege nach § 43, die Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI und auch auf die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. **Des Weiteren ist es für uns nicht hinnehmbar warum nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung zumindest eine 5-prozentige Erhöhung auf der Basis des Berichts der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung erfahren.** Analog zum vollstationären Bereich bedarf es zudem einer Begrenzung der Eigenanteile in den Neuen Wohnformen, da auch diese einen wesentlichen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten und erhebliche Eigenanteile erfordern.

Nachdrücklich begrüßt wird die Erhöhung der Leistungen der Kurzzeitpflege um 10 Prozent. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege zur Ermöglichung einer

wirtschaftlich tragfähigen Finanzierungsbasis dürfen, wie bereits zu § 88a kommentiert, nicht zu Lasten der Betroffenen gehen und der Eigenanteile weiter erhöhen.

Bislang waren die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Verhinderungspflege nach § 39 und die Kurzzeitpflege nach § 42 identisch. Da Kurzzeitpflege auch als Urlaubspflege oder wegen Erkrankung der Pflegeperson genutzt werden kann und soll, war die Identität der Leistungshöhe auch gut begründet. Das DRK fordert, dass auch der Leistungssatz für die Verhinderungspflege um 10 Prozent auf einen Jahresbetrag von 3.386 Euro angehoben wird. Verhinderungspflege ist ein wesentliches Entlastungsmoment für pflegende Angehörige. Verhinderungspflege sichert die häusliche Pflege, sofern die Lasten rein durch pflegende Angehörige getragen werden.

Zusätzlich fehlt in den ÄA eine entsprechende Regelung zur regelmäßigen Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen.

11. Änderung des Pflegeberufgesetzes (Änderungsantrag 19)

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die in den Änderungsanträgen des GVWG vorgeschlagenen Anpassungen des Pflegeberufgesetzes, wonach sich die Regelungen zur Vermittlung von heilkundlichen Kompetenzen nach § 14 PflBG, neben den Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V, nun auch auf solche nach § 64d SGB V beziehen sollen.

Vielfalt der Modellvorhaben ermöglichen

Wir interpretieren dies dahingehend, dass die Modellprojekte nach § 64d SGB V, der gesetzgeberischen Intention nach, zusätzlich zu den Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V bestehen können.

Da dies nicht in voller Klarheit aus den Regelungsinhalten zu § 64d SGB V hervorgeht, bitten wir dies in Artikel 1 Nr. 18a GVWG entsprechend zu korrigieren, sodass sowohl Modellprojekte nach § 64d SGB V, als auch nach § 63 Abs. 3c SGB V aufgesetzt werden können.

Wertschöpfungsanteil für das 2. und 3. Ausbildungsjahr

Darüber hinaus möchten wir auf ein bisher ungelöstes Problem im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes hinweisen, welches insbesondere für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege von Bedeutung ist, und im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege bislang nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte: Den sogenannten Wertschöpfungsanteil der Auszubildenden für das 2. und 3. Ausbildungsjahr.

Wie in der Ausbildungsinitiative Pflege protokollarisch klargestellt, wird in § 27 PflBG nicht die Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden geregelt, sondern lediglich die anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütung.

Der Wertschöpfungsanteil ist demnach die Differenz zwischen der Summe aus dem Ausbildungsfonds zur anteiligen Finanzierung der Ausbildungsvergütung und demjenigen Anteil der Ausbildungsvergütung, den die Ausbildungsträger selbst aufbringen müssen.

Anders als die Krankenhäuser, die diese Kosten im Rahmen ihrer Leistungserstellung real erwirtschaften können, ist dies für die Einrichtungen der Langzeitpflege aktuell jedoch nicht flächendeckend möglich.

Während in den (wenigen) Bundesländern, in denen bereits vor dem PfIBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgte, diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen, nach wie vor über die Pflegesätze geltend machen können, wird dieses Delta in anderen Bundesländern aktuell durch eine Anrechnung auf das Stammpersonal der Pflegeeinrichtungen kompensiert.

Dies führt allerdings de facto zu einem Abschmelzen von Stammpersonal. Sodass die Einrichtungen, die Verantwortung für die Zukunft der pflegerischen Versorgung übernehmen, indem sie zusätzliches Personal ausbilden, mit effektiv weniger qualifizierten Pflegenden auskommen müssen als solche, die nicht ausbilden. Dies wird in manchen Bundesländern auf die Spitze getrieben, indem sich die Anrechnung alleinig auf den Anteil der Fachkräfte bezieht, wodurch die Fachkraftquote in der stationären Langzeitpflege faktisch untergraben wird.

Die in der BAGFW organisierten Verbände, so auch das DRK, haben daher bereits in mehreren Stellungnahmen die Streichung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden, auch für das 2. und 3. Ausbildungsjahr gefordert, was wir nach wie vor als die einzig sachgerechte Lösung ansehen.

Denn unserer Auffassung nach sind Auszubildende in den Pflegeberufen in erster Linie Lernende, die in den Einrichtungen, unter ständiger Begleitung und Aufsicht durch Praxisanleitung und beruflich Pflegenden, die zur Berufsausübung benötigten theoretischen und praktischen Kompetenzen erwerben und vertiefen. Es ist daher nur von einer geringfügigen Wertschöpfung auszugehen, die eine Anrechnung auf den Personalschlüssel unserer Ansicht nach nicht rechtfertigt.

Zudem durchlaufen die Auszubildenden nach dem PfIBG eine Vielzahl von Ausbildungsstätten, die sich häufig zu einem gemeinsamen Ausbildungsverbund zusammengeschlossen haben. Eine Zurechnung zu einer bestimmten Ausbildungsstätte, wie das in den bisherigen Ausbildungen nach dem AltPfIG und KrPfIG noch der Fall war, ist daher praktisch nicht mehr möglich.

Gleichzeitig werden die Auszubildenden in ihrer Rolle als Lernende überfordert, wenn sie aufgrund knapper, personeller Ressourcen, stärker eigenverantwortlich handeln müssen, als sie es ihres Ausbildungsstandes herkönnen. Und gleichsam weniger Anleitung durch Pflegefachpersonen erhalten, wie sie eigentlich bräuchten. Was in der Folge zu einem vorzeitigen Ausbildungsabbruch bzw. Berufsausstieg, nach bereits erfolgter Ausbildung, führen kann. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Fachkräftemangels in allen Versorgungsbereichen der Pflege, kann das jedoch niemand wollen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegesatzverhandlungen in den Bundesländern kommen wir daher insgesamt zu dem Ergebnis, dass übergangsweise eine **pragmatische Möglichkeit zur Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils in der ambulanten und stationären Langzeitpflege** gefunden werden muss.

Dies könnte, unter der Voraussetzung eines echten Sockel-Spitze-Tausches, durch eine regelhafte Einpreisung in die Pflegesätze, ohne zusätzliche Belastungen für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen, erfolgen. Weiterhin wäre eine leistungsgerechte Erhöhung des in die Ausbildungsfonds einzubringenden Finanzierungsvolumens der sozialen Pflegeversicherung denkbar, um den Wertschöpfungsanteil der Auszubildenden zu refinanzieren.

12. § 37 Absatz 2a Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege (Änderungsantrag 11a, fachfremder Änderungsantrag zu Artikel 1 (SGB V))

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 wir 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.

Ansprechpersonen:

Karolina Molter, DRK, k.molter@drk.de, 030/85404-316 / 0176-23117517

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK, b.fehrecke@drk.de, 030/85404-356

Anhang: Quellenverzeichnis

- Ayerle G., Langer G., Meyer G. (2020) Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin.
- Bhanbhro, S., Drennan, V. M., Grant, R., & Harris, R. (2011). Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC health services research*, 11(1), 1-10.
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B. M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., ... & Zeeb, H. (2016). Public Health: Setting Goals, Establishing Structures and Improving Health for All. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 78(11), 686-688.
- Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M. (2015): Skillmix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies* 52 (3), 727–743.
- Greß, S., Maas, S., & Wasem, J. (2008). Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem (No. 154), Arbeitspapier.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Health Quality Ontario. (2013). Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting. *Ontario health technology assessment series*, 13(10), 1.
- Hener, C. (2016). Advanced Practice Nursing. Narrative Rollenentwicklung. *Pflege Zeitschrift*, 69(12), 749-753.
- Hommel, F., Alpers, K., Reime, B., & Rexroth, U. (2020). Durch attraktive Karrierewege Public Health in Deutschland nachhaltig stärken—Kernforderungen an eine Public-Health-Strategie für Deutschland im Bereich Human Resources. *Das Gesundheitswesen*, 82(04), S.303-305.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in pc. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Martínez-González, N.A., Djalali, S., Tandjung, R. et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 14, 214 (2014).
- Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC family practice*, 18(1), 1-22.
- Schaeffer, D., Hämel, K., & Ewers, M. (2015). Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada.
- Schaeffer, D., & Hämel, K. (2020). Kooperative Versorgungsmodelle. In *Handbuch Gesundheitssoziologie* (pp. 463-480). Springer VS, Wiesbaden.
- SVR Gesundheit (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Berlin. Deutscher Bundestag, Drucksache, 17, 10323.
- SVR Gesundheit (2008), Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Band II: Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Primärprävention in vulnerablen Gruppen., Baden-Baden.
- Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).