

Stellungnahme zu den pflegerelevanten Änderungsanträgen des SGB V (Artikel 1) und SGB XI (Artikel 2) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

A. Vorbemerkung

Der Paritätische nimmt zu den pflegerelevanten Änderungsanträgen des SGB V und SGB XI Stellung, die nun kurzfristig zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz GVWG) eingebracht wurden und für die zur Abgabe einer Stellungnahme die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege mit kurzer Frist durch das Bundesministerium für Gesundheit angeschrieben wurde. Die meisten Regelungen entstammen einem Arbeitsentwurf für eine Pflegereform, der im März publik wurde. Gerne hätten wir im Rahmen eines üblichen Verfahrens für Reformen dieser Größenordnung – zunächst mit einem Referentenentwurf – mehr Zeit in die Analyse und damit auch für die relevanten Rückmeldungen gesteckt. Das Vorgehen wird aus unserer Sicht dem Stellenwert der Reformthemen in der Pflege nicht gerecht.

Bei der Stellungnahme zu den Einzelvorschriften haben wir uns abgesehen von den Themenbereichen zur Tarifbindung und zur Begrenzung der Eigenanteile eng mit den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege kooperierenden Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege abgestimmt.

Begrüßt wird ausdrücklich, dass im Gegensatz zu den Vorschlägen im Arbeitsentwurf von einer Beschränkung der Sachleistungen in der Tagespflege neben der ambulanten Pflege, der Nutzbarmachung von ambulanten Sachleistungen für andere nicht zugelassenen Anbieter sowie von einer Einschränkung der Flexibilität von Verhinderungspflege abgesehen wurde. Gerade die Möglichkeit, Verhinderungspflege studenweise in Anspruch zu nehmen, ist für Familien mit behinderten Kindern von besonderer Bedeutung, da hierdurch kurzfristige Auszeiten von der Pflege im Pflege- und Familienalltag realisiert werden können. Entlastung kann nur effektiv sein, wenn sie flexibel, je nach individuellem Bedarf, genutzt werden kann.

B. Stellungnahme zu den Einzelschriften

Änderungsanträge zu Artikel 1 SGB V

ÄA 3 Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege / KAP: Stärkung Pflegefachpersonen

§ 37 Absatz 2a S. 1 und 2 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. Wir setzen uns 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.“

Des Weiteren ist nicht hinreichend klar, wie nach Überführung der Stellen aus § 8 Absatz 6 SGB XI diese Mittel zur Finanzierung der Stellen weiterhin eingesetzt werden sollen, damit der ursprünglich den Eigenanteil begrenzte Charakter weiterhin Bestand hat. Ausweislich der Begründung soll die pauschale Refinanzierung eines Teils der Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär pflegebedürftigen Menschen beitragen. Dafür ist es jedoch erforderlich, dass der pflegebedingte Eigenanteil der Pflegebedürftigen um die Kostenanteile der medizinischen Behandlungspflege reduziert wird. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen vor, den Kostenanteil für die medizinische Behandlungspflege pauschal zu beziffern, den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken und die Pauschale aus der Krankenversicherung zu refinanzieren.

§ 37 Absatz 8 neu SGB V

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Hierfür wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. In der Gesetzesbegründung wird darüber hinaus ausgeführt: Eine „Blankverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei den folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.“

Wir begrüßen diese Aufnahme der Blankverordnung in die Häusliche Krankenpflege als einen ersten Schritt im Rahmen der überfälligen Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte. Für uns ist es jedoch nicht nachvollziehbar, warum die geplante Kompetenzerweiterung nur entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften vorbehalten werden sollten und nicht zu den genuinen Aufgaben jeder Pflegefachkraft gehört. Des Weiteren sind unserer Auffassung nach die ordnungsfähigen Maßnahmen zu stark eingeschränkt und auf alle nicht-medikamentösen HKP-Leistungen auszuweiten. Darüber hinaus ist eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten anzustreben. Die Gesetzesbegründung ist hier entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 8 neu SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung **entsprechend qualifizierte** Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorga-

ben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.“

§ 37 Absatz 9 und Absatz 10 SGB V

Nach § 37 Absatz 9 SGB V erheben die Krankenkassen zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Sie übermitteln dann diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Des Weiteren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung.

Nach § 37 Absatz 10 SGB V soll dann drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung die Evaluation auf der Basis der nach § 37 Absatz 9 erhobenen Daten erfolgen. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Die gemeinsame Beauftragung halten wir für richtig. Darüber hinaus fehlt in § 37 Absatz 10 aber eine Aussage zur Finanzierung der Evaluation. Die Finanzierung hat unserer Auffassung nach durch den Spitzenbund Bund der Krankenkassen zu erfolgen.

Des Weiteren halten wir es erforderlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen bereits an der Konzeption der Datenerhebung beteiligt werden und nicht erst nach 3 Jahren bei der Auswertung der Daten und der Evaluation dieser.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 9 SGB V ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„An der Konzeption der Datenerhebung sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen zu beteiligen.“

§ 37 Absatz 10 SGB V ist um den folgenden Satz zu ergänzen:

„Die Kosten für die Evaluation trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

ÄA 4 Übergangspflege im Krankenhaus

§ 39d SGB V:

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

„Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst abhängig vom jeweiligen Bedarf im Einzelfall folgende Behandlungselemente: ärztliche Behandlung, Leistungen der

Frührehabilitation, Krankenpflege, **pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege)**, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung.“

ÄA 5 KAP Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen

§ 64d SGB V (neu)

Der Paritätische begrüßt nachdrücklich die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d SGB V zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegekräfte. Die bisherigen Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf den Vorschriften nach § 63 Abs. 3b und 3c, die sich bislang als Sackgasse und als Innovationsbremser erwiesen haben, sowohl in Bezug auf die übertragbaren Tätigkeiten als in Bezug auf die fehlenden Regelungen zur Weiterbildung der Pflegekräfte. Daher gibt es auch nach mehr als 10 Jahre kaum Modellvorhaben. Die vorliegende Regelung lässt die bestehenden Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V unberührt, die punktuell existierenden Modellvorhaben können also weiterverfolgt werden.

Kern der neuen Modellvorhaben ist es nicht nur, die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte zu erproben, sondern auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, mit dem Ziel, die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Dies sollte sich auch in der Überschrift zu diesem Modellvorhaben widerspiegeln.

Vorweg sei redaktionell bemerkt, dass die Nummerierung der Absätze des neuen § 64d SGB V, die mit Absatz 3 beginnt, aber bereits in Absatz 4 auf den nicht existierenden Absatz 1 verweist.

Wir begrüßen, dass die Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Rahmenvorgaben für die Modellvorhaben in den Bundesländern den Rahmen festlegen

Die Regelungsinhalte der Rahmenverträge bzw. Rahmenempfehlungen in Absatz 4 (redaktioneller Hinweis: Absatz 2) sind aus unserer Sicht sachgerecht. Ein sehr wesentlicher Unterschied der Modellvorhaben nach § 64d SGB V im Vergleich zu den

Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V ist der Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 ist dahingehend zu präzisieren, dass die Rahmenvertragspartner Erprobungsziele für die interprofessionelle Zusammenarbeit festlegen.

Erprobungsziele sollten sein:

- Versorgungspfade zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen
- Erprobung der Übertragung einer erweiterten Versorgungsverantwortung einschließlich der selbständigen Ausübung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen
- Entwicklung von Standards für interprofessionelle Zusammenarbeit
- Erprobung von Formen interprofessioneller Ausbildung bzw. interprofessionellen Lernens
- Entwicklung berufsübergreifender, koordinierter und strukturierter Leistungen unter Nutzung von Digitalisierungspotentialen
- Erprobung neuer Versorgungsstrukturen, wie Tandempraxen, MVZ, IGZ, lokale Versorgungszentren

Zentral für die Übertragung und eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten ist die Klärung haftungs- und berufsrechtlicher Fragen, die mit der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der eigenständigen Leistungserbringung einhergehen. Nummer 3 des Absatzes 2 wird daher ausdrücklich begrüßt.

Begrüßt wird auch die Befristung der Modellvorhaben auf längstens vier Jahre. Bewährte Modellvorhaben sollten dann allerdings nicht erst wieder in Selektivverträgen nach § 140a erprobt, sondern gleich in die Regelversorgung überführt werden.

Änderungsbedarf:

Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 wird wie folgt formuliert:

„Rahmenvorgaben für die Erprobungsziele der interprofessionellen Zusammenarbeit“

ÄA 8 Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

§ 132m SGB V:

§ 132m SGB V regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Sowohl der Gesetzentwurf als auch die Begründung lassen offen, welche Inhalte in den Verträgen zu vereinbaren sind. Notwendig ist die Klarstellung, dass sich die Verträge nach § 132m SGB V auf Regelungen zur Vergütung der Leistungen beschränken. Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39d SGB V 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 Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die **Vergütung** Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d SGB V. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

Änderungsanträge zu Artikel 2 SGB XI

ÄA 3 Gegenfinanzierung

§ 61a SGB XI:

Die Erstattung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für die Rentenversicherung von Pflegepersonen aus Bundesmitteln ist sachgerecht.

Weitergehender Änderungsbedarf:

Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege wird dem nicht gerecht.

Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahre hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsgrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird nicht nur die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abgebildet, sondern auch die Finanzierung des Pflegerisikos auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohn- und Einkommen gesichert. Administrativ ist das problemlos umsetzbar. Bereits heute werden die Beiträge freiwillig Versicherter Rentnerinnen und Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung in ähnlicher Weise berechnet. Eine steuerliche Freistellung von Einkommen würde entsprechend auch für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung gelten. Die nicht freigestellten Einkommen sollten bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem halben Beitragssatz berücksichtigt werden. Lohn- und einkommenbezogenen Anteile der Pflegeversicherung sind paritätisch zu finanzieren.

Die Beitragsbemessungsgrenze ist in einem ersten Schritt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgehend von der einkommensstärksten und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pendant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig anzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

ÄA 4 Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege

§ 43c SGB XI:

Mit dem nach § 43b einzufügenden § 43c soll ab dem 1. Juli 2021 eine Begrenzungsregelung für pflegebedingte Eigenanteil eingeführt werden. Je länger eine pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim lebt, desto geringer soll sein pflegebedingter Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege sein. Demnach erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, künftig einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Ab dem dritten Jahr in stationärer Langzeitpflege steigt dieser Zuschlag auf 50 Prozent und ab dem vierten Jahr dauerhaft auf 75 Prozent. Klarzustellen wäre, ob die Regelung bereits vorhandene Versorgungszeiten berücksichtigt.

Zur Begrenzung der Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen liegen seit einiger Zeit viele Vorschläge vor. Jedwede Verbesserung sollte daraufhin geprüft werden, ob diese mittel- und langfristig Verbesserungen der Situation der Pflegebedürftigen verspricht.

Im Eckpunktepapier zur Pflegereform 2020 wurde vorgeschlagen, die pflegebedingten Eigenanteile bei 700 € ohne Abstufung einzufrieren. Dieser schnörkellose Vorschlag – auf hohem Niveau – war pragmatisch und für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen sowie Kostenträger kalkulierbar, wenngleich nicht für den ambulanten Bereich vorgesehen. Mit dem vorliegenden Vorschlag, bliebe nun ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen (nämlich fast die Hälfte) in vollstationären Einrichtungen von Entlastungen völlig ausgeschlossen, denn eine Verweildauer unter 12 Monaten in Einrichtungen der Langzeitpflege ist keine Seltenheit. Der Regelungsvorschlag bleibt in vielfacher Hinsicht weit hinter den Erwartungen zurück. Es wäre auch fatal, diese nach ersten Modellrechnungen finanziell ungenügende, zeitlich und prozentual gestufte Begrenzung jetzt im Hauruckverfahren mit dem Wissen einzuführen, dass dann in absehbarer Zeit keine Systemänderung mehr durchsetzbar ist.

Mit Blick auf die zukünftigen Verbesserungen in der Pflege bei den Themen Tarifbindung, Mehrpersonalisierung und Arbeitsbedingungen sind weitere Kostensteigerungen absehbar, die nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen. Anstatt Zuschüsse

brauchen Pflegebedürftige eine echte Entlastung durch einen umfassenden und kalkulierbaren Kostendeckel. Insbesondere auch im ambulanten Bereich, für den nun nicht mal mehr eine Dynamisierung der Leistungsbeträge vorgesehen ist. Wie soll das funktionieren? Es zeichnet sich eine Katastrophe ab - auch, weil im ambulanten Bereich keine Verbesserung der Versorgung und der Arbeitsbedingungen analog der Mehrpersonalisierung nach § 113c SGB XI vorgesehen ist. Der Paritätische mahnt eine Dynamisierung in § 30 SGB XI an, die nicht nur, wie jetzt im Gesetz vorgesehen, regelhaft geprüft werden soll, sondern regelmäßig auf der Grundlage der Brutto-lohntwicklung erfolgen muss.

Mit dem vorgelegten Modell jedenfalls wird die Quote der Sozialhilfeempfänger lt. Rothgang et al. in vollstationären Einrichtungen in Kürze weiter steigen und Armut durch Pflege wird wieder nicht verhindert. Das kann nicht gewollt und nachhaltig sein.

Viele Vorschläge beleben seit geraumer Zeit die Diskussion um die Begrenzung der Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen. Es sind Konzepte für eine echte Teilkaskoversicherung bis hin zur Pflege-Vollversicherung. Es sind aber auch zeitaufwändige Zwischenschritte notwendig, um so weitreichende Veränderungen umzusetzen. Daher schlägt der Paritätische seit längerem kurzfristige und effektive Maßnahmen vor, um die finanzielle Belastung der Betroffenen schnell zu senken. Gleichzeitig fordern wir die notwendige Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegeversicherung und die Nutzung anderer Finanzmittel:

Die Pflegefinanzierung muss nach Auffassung des Paritätischen konsequent solidarisch weiterentwickelt werden. Dazu ist ein Maßnahmenpaket erforderlich, dass wirksam Entlastung schafft. Ziel muss eine Pflegevollversicherung sein, bei der die Pflegekosten in voller Höhe von den Pflegekassen getragen werden. Nur so kann der Konflikt zwischen guter Bezahlung, Entlastung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen aufgelöst werden. In einem ersten Schritt, als wirksame und schnelle Übergangslösung, sollte die Pflegeversicherung 85 % der pflegebedingten Kosten übernehmen. Der relative Anteil der Pflegeversicherungsleistungen an den reinen pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen betrug für:

PS 1 im Jahre 1999 = rd. 88% und im Jahre 2013 = rd. 72%

PS 2 im Jahre 1999 = rd. 89 % und im Jahre 2013 = rd. 68%
PS 3 im Jahre 1999 = rd. 72% und im Jahre 2013 = rd. 65%¹.

Daran ist erkennbar, wie stark der Deckungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen abgenommen hat. Das Bild wäre schon früher dramatischer ausgefallen, wenn es eine deutliche Erhöhung von Personalschlüsseln gegeben hätte und die Löhne mit der Preisentwicklung Schritt gehalten hätten. Nach dem PSG II (2015) konnte kurzweilig eine Stabilisierung der Eigenanteile beobachtet werden. Seit 2018 steigen diese aber wieder an, insbesondere aufgrund von zunehmender Tarifbindung bzw. besserer Entlohnung. Aktuell liegen die pflegebedingten Eigenanteile im Durchschnitt bei 831 €. Die geplante Tarifbindung würde wohl mit 130 € zusätzlich zu Buche schlagen. Dazu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Der Mittelwert der gesamten Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile bei 2068 €. Wer die Mittel nicht selber aufbringen kann, muss auf Sozialhilfe im Sinne der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zurückgreifen. Auf diese subsidiären Mittel ist jeder Sechste, der Pflege erhält, angewiesen. Pflege stellt ein Armutsrisiko dar². Sinkende Alterseinkünfte werden das Risiko erheblich verstärken.

Die Pflegeversicherung soll nach Auffassung des Paritätischen kurzfristig mit einer Sofortmaßnahme fortan 85% der Kosten für pflegebedingte Aufwände ambulant und stationär übernehmen, so dass die Eigenanteilsquote in allen Pflegegraden 15% beträgt. Je nach Einkommensstärke wird ergänzend Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geleistet. Für den ambulanten Bereich bedeutet dies eine Veränderung des Leistungsprinzips, aber pflegebedingte Eigenanteile sollen erst anfallen, wenn die Sachleistungen (auf dem heutigen Niveau) ausgeschöpft werden. Dies wäre nicht nur eine Bestandsschutzregelung, sondern würde gleichzeitig dafür sorgen, dass ein befürchteter Sog in vollstationäre Einrichtungen vermieden wird. Gleichwohl kann auch sofort von dem neuen System Gebrauch gemacht werden. Die Möglichkeiten der Tages- und Kurzzeitpflege sollten weiterhin neben der „ambulanten“ Versorgung erhalten bleiben. Ebenso sollte es weiterhin möglich sein, ausschließlich Pflegegeld zu bezie-

¹ Siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE / BT-Drs.18/5803.

² Betrachtet man nur die Pflegeheimbewohner, sind dort 30 % auf Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe angewiesen. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>

hen. Der Einzug eines Deckungsgrades von 85% wäre auch finanzierbar, wie anhand anderer Vorschläge bereits aufgezeigt wurde. So hat Prof. Dr. Heinz Rothgang die Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ analysiert und kommt zum Ergebnis, dass es zur Reduktion der Beitragssätze durch Berücksichtigung aller Einkommensarten in der Beitragsbemessung käme und somit eine Solidarische Pflegeversicherung auch Spielräume für Leistungsausweitung eröffnet³. Insgesamt kann die Begrenzung auf einen Eigenanteil in Höhe von 15 % als Übergangslösung verstanden werden, um einerseits schnell die Eigenanteile zu begrenzen und um andererseits systematisch einen vollständigen Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer echten Teil- oder Vollkaskoversicherung auf den Weg zu bringen.

Investitionskosten

Es muss zudem eine verbindlichere Förderung oder besser noch Übernahme der Investitionskosten durch die Länder geben. Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Länder das Versprechen abgegeben, dass sie im Gegenzug zur Entlastung bei der Sozialhilfe, die Investitionskosten der Einrichtungen finanzieren. Dieses Versprechen ist nicht eingehalten worden. Wird es endlich umgesetzt führt dies zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Betroffenen und die Länder erhalten ihrerseits dadurch ein Mittel zur Steuerung der Versorgungsstrukturen. In den nun vorliegenden Änderungsanträgen ist gegenüber dem Arbeitsentwurf die Übernahme der Investitionskosten in Höhe von zumindest 100 € zum Leidwesen der Betroffenen entfallen. Mittlerweile werden im Durchschnitt 460 € Investitionskosten fällig. Eine Pflegereform ohne die Länder in die Pflicht zu nehmen, ist nicht vorstellbar.

³ Siehe Rothgang: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, 2017. Der gleiche Autor kommt in einer weiteren Studie für die Initiative Pro Pflegereform zum Ergebnis, dass selbst eine Vollversicherung mit einer Erhöhung von 0,7 Prozentpunkten Beitragssatz möglich wäre (Rothgang: „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, Abbau von Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“, 2017).

ÄA 5 Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)

§§ 72 Abs. 3, 3a und b; 82c SGB XI:

Der Paritätische begrüßt, dass es zu dem Arbeitsentwurf vom 15. März (Pflegerformgesetz) einen Dialog mit den Verbänden gegeben hat, in dessen Folge der geäußerten Kritik teilweise Rechnung getragen wurde. In die richtige Richtung geht auch das grundsätzliche Bemühen, die Vergütung von in der Pflege Beschäftigten auf das Niveau tariflicher Entlohnung, wenn auch nicht zwingend in (echter) Tarifbindung, verpflichtend zu heben. Dennoch bleibt die gesetzliche Konzeption in §§ 72 Abs. 3a und b, 82c SGB XI (neu) hinter der bislang geltenden, klaren Regelung zurück, wonach Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen (§ 84 Abs. 2 S. 5 SGB XI). Im Falle (beiderseitiger) Tarifbindung soll die Refinanzierung der tarifvertraglich vereinbarten Entlohnung zwar, wie bisher auch, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Außerhalb einer Tarifbindung sollen jedoch tariflich orientierte Entlohnungen, zum Beispiel aus in Bezug genommenen, einschlägigen Tarifverträgen, nur dann refinanzierbar sein, wenn sie auch einer regional üblichen Entlohnung entsprechen. Daraus ergeben sich, auch wenn das Kriterium der "Ortsüblichkeit" aufgegeben wurde, in der Sache ähnliche rechtliche (Folge-)Probleme. Was gilt, wenn es zum Beispiel mehrere regional einschlägige Branchen- oder Haustarifverträge mit unterschiedlichen Entlohnungsniveaus gibt? Entsprechen dann alle oder nur einzelne Tarifverträge einer regional üblichen Entlohnung? Hierüber sollen letztendlich die Verbände der Pflegekassen - nach noch nicht näher verifizierten Kriterien - entscheiden. Auch dies begegnet Bedenken. Ein (einziger) abgeschlossener Pflege-Haustarifvertrag würde im Übrigen schon dazu führen, dass in dem Bundesland, in dem die tarifabschließende Einrichtung liegt, eine andere Einrichtung in Zukunft nicht mehr mit ihren Beschäftigten bundesweite Tariflöhne vereinbaren könnte. Dies könnte als unwirtschaftlich abgelehnt werden, da regional vereinbarte Tarifwerke, auf welchem Entgeltniveau auch immer, insoweit Vorrang genießen sollen. Die gesamte Konzeption entfernt sich damit von geltenden Grundsätzen und würde insgesamt einen Rückschritt gegenüber dem Status Quo bedeuten.

ÄA 6 Stärkung der Kurzzeitpflege zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch: Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung

§ 88a SGB XI:

Der Paritätische 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 meist einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. In Folge dessen schwankt die Auslastung stark. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer unzureichenden Vergütung der Leistungen. Der vorgesehene Änderungsvorschlag stellt die Weichen in die richtige Richtung, indem er in § 88a Absatz 1 vorsieht, dass die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen auf der Grundlage von Bundesrahmenempfehlungen, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene angepasst werden können. Der Änderungsantrag gibt sachgerechter Weise Kriterien für die Empfehlungen vor. Er verkürzt jedoch im Gesetzestext auf das Kriterium des niedrigeren Auslastungsgrades. Zur Fluktuation in der Kurzzeitpflege tragen aber auch nicht kalkulierbare vorübergehende Krankenhausaufenthalte bei. Daher sollte die Vergütung bei Abwesenheit nicht nur in die Begründung, sondern auch in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen letztere für unmittelbar

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

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

Änderungsbedarf:

Die Regelungen des § 88a sind grundsätzlich in § 84 oder in einen neuen § 84a zu überführen. In § 88a Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen **oder Abwesenheiten wegen Krankenhausaufenthalts** und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote.“

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

„§ 75 Absatz 4 gilt entsprechend“.

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, Kurzzeitpflege für die Krankenhaushausnachsorge nachhaltig zu stärken und auf eine neue konzeptionelle

Grundlage zu stellen. Daher soll künftig zwischen Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege (z. B. bei Urlaub, krankheitsbedingter Abwesenheit der Pflegeperson) einerseits und als Krankenhausnachsorge andererseits unterschieden werden. Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege soll den Leistungen nach § 39 SGB XI zugerechnet werden. Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge soll in § 42 SGB XI geregelt werden. Das bedeutet, dass nur noch Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 42 SGB XI abgeschlossen hat, Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge erbringen können. Konzeptionell soll die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge als rehabilitative Pflege ausgestaltet werden. Neben den pflegebedingten Aufwendungen soll die Pflegekasse auch vollumfänglich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Wege der Sachleistung der Einrichtung pro Versichertem 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.

ÄA 7 Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 113c SGB XI:

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

Im Großen und Ganzen orientiert sich die Umsetzung in § 113c SGB XI an der auf Basis eines Beschlusses der Konzertierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“. Zu begrüßen ist, dass das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun gesetzlich verbindlich eingeführt werden soll. Diese gesetzliche Festschreibung hatte der Paritätische auf

Grundlage der Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ explizit gefordert.

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

§ 113c Absatz 1 und 2 SGB XI:

Die Bewertung des Vorgehens zur Höhe der Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 und 2 SGB XI ist mit Blick auf die unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Personalschlüssel und in zeitlicher Hinsicht nicht einfach. Als Grundlage geht der Gesetzesentwurf von den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus. Die bundeseinheitlichen Stellenschlüssel, die als Personalanhaltswerte ab dem 01.07.2023 durch das Gesetz vorgegeben werden, berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekt in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber diesen bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln. Mit der Durchschnittsbetrachtung ergeben sich mit diesem Schritt nicht für alle Bundesländer höhere Personalschlüssel, was dort für die Akzeptanz schwierig ist. Zwar sollen Bestandsschutzregelungen und insbesondere auch Regelungen zum Schutz vor Fachkraftabbau greifen, aber die Skepsis ist groß. Unklar ist also, ob diese Vorgehensweise bzw. auch die fehlende Kommunikation für eine Konvergenzphase wirklich geeignet ist?

Nach den wesentlichen Modellrechnungen aus dem Projekt nach 113c (Abschlussbericht S. 261 ff.) ergäbe sich tatsächlich in einigen wenigen Bundesländern weniger Bedarf an Fachkräften, aber deutlich mehr an Hilfskräften. Insgesamt wird also mehr Personal in den Einrichtungen arbeiten und den Fachkräften sollen am Ende 130 %

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

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 berücksichtigt werden und keinesfalls abgebaut werden, wenn Einrichtungen eine bessere Personalausstattung vor der Einführung der Personalbemessung hatten.

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die Personalausbaustufen nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 SGB XI noch längere Zeit im vollen Gange sein werden. Wir hoffen sehr, dass dies 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 es eine längere Übergangsphase für die Übertragung der Zuschläge für o.g. zusätzliche Stellen bis zum 31.12.2025 geben soll sowie, dass auch weiterhin Personal nach den derzeit gängigen Modi qualifiziert werden kann; dies muss aus unserer Sicht auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Insoweit bitten wir darum mit weiteren Maßnahme 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 4 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. Das ist in Anbetracht der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig erachteten Umsetzung von Ergebnisse der nun anlaufenden Modellprogramme folgerichtig. Allerdings fehlt eine weitere Verankerung finanzieller Förderung bzw. die Bereitstellung von Schulungsmaterialien im Sinne einer Implementierungsstrategie. Darauf sollte entsprechend in der Begründung Bezug genommen werden.

Änderungsbedarf:

Wir sprechen uns hinsichtlich des Bestandschutzes im Rahmen von 113c Absatz 2 Satz 2 SGB XI dafür aus, dass kein Ermessen gegeben ist, mit „kann“, sondern es muss heißen:

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

Des Weiteren sprechen wir uns dafür aus, die nachfolgende Passage aus der Gesetzesbegründung in den Gesetzestext unter Absatz 2 Ziffer a aufzunehmen.

„Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, 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:

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge sprechen wir uns in Ziffer 1 für eine Ergänzung zur Anerkennung der landesrechtlichen Regelungen aus. Zudem regen wir an, für die unter Ziffer 2 benannten besonderen Personalbedarfe (PDL, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung etc.) im Begründungstext einen Bezug zu den in der KAP vorgesehenen Verhandlungsthemen der AG 2 vorzunehmen.

Änderungsbedarf:

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

Weitergehender Änderungsbedarf:

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

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

ÄA 8 Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)

§ 40 Absatz 6 SGB XI

Nach § 40 Absatz 6 sollen Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel-

und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Dies begrüßen wir. Nach der geplanten Regel werden, wenn ein Pflegehilfsmittel von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen wird, in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist dann der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln.

Dies entspricht im Wesentlichen den Ausführungen in § 18 Absatz 6a SGB XI. Wir halten die hier dargelegten Regelungen des § 40 Absatz 6 neu für sachgerecht. Diese Erweiterung der sogenannten Verordnungskompetenz für Pflegefachkräfte überträgt die bisher beim Verfahren zur Pflegebedürftigkeit üblichen Regelungen auch auf die Pflegefachkräfte außerhalb der MDK- Gemeinschaft. Darüber hinaus soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien festlegen, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird. Auch dies halten wir für sachgerecht.

Der Gesetzesbegründung ist des Weiteren zu entnehmen: „Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“ Den Ausführungen der Gesetzesbegründung stimmen wir zu und können nicht nachvollziehen, warum der GKV-SV auch festzulegen hat, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. Zur Klarstellung sind diese beiden Sätze aus der Begründung in den Gesetzestext aufzunehmen und der Halbsatz „dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll“ zu streichen. Darüber hinaus regen wir an diese Regelungen auch auf die vollstationäre Pflege auszuweiten.

Änderungsbedarf:

§ 40 Absatz 6 ist wie folgt anzupassen: Nach Satz 3 sind die folgenden Sätze aufzunehmen:

„Für die Wirkung der Empfehlung ist eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“

Der bisherige Satz 5 ist wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; **dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll.**“

ÄA 9 Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen

§ 8 Absatz 7 SGB XI

Die Fördertatbestände des § 8 Absatz 7 SGB XI 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.

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

Wir weisen zudem darauf hin, dass eine zentrale Hürde in der Umsetzung der Anschubfinanzierung der Digitalisierung im hohen Eigenanteil von 60 Prozent pro geförderter Maßnahme, den die Einrichtungen zu leisten haben, begründet ist. Letztlich münden Fördermaßnahmen in diesem Bereich in eine Erhöhung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, da sie refinanziert werden müssen. Des Weiteren sollte in § 8 Absatz 8 SGB XI 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.

ÄA 11 Weiterentwicklung der Qualität

§ 8 Abs. 4 SGB XI

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 SGB XI

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

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

Der Vorschlag, dass für ambulante Dienste in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI auch die Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte aus den Richtlinien nach § 112a SGB XI aufgenommen werden müssen, lehnen wir ab. Grundsätzlich ist eine Harmonisierung der Übergangsrichtlinie zur Qualitätssicherung bei den Betreuungsdiensten nach § 112a SGB XI mit den Maßstäben und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege

zu begrüßen. Allerdings wäre dabei umgekehrt vorzugehen und die Richtlinien nach §112a SGB XI sind perspektivisch aufzulösen und die Betreuungsdienste sind in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI aufzunehmen, denn es kann nicht sein, dass einseitige Richtlinien des GKV-SV hier Vorgaben für gemeinsame Vereinbarungen der Vertragsparteien vorgeben.

Änderungsbedarf:

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

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

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

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

§ 113b Absatz 4a SGB XI

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 SGB XI gehört und der Prozess wird entsprechend beschrieben. Die Klarstellung wird begrüßt.

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

Änderungsbedarf:

§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 SGB XI:

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

§ 113b Absatz 10 SGB XI (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.

Änderungsbedarf:

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

Weitergehender Änderungsbedarf:

§ 113a SGB XI:

Im Arbeitsentwurf der Pflegereform aus dem März 2021 war noch eine Aktualisierung des § 113a SGB XI vorgesehen. Die im Arbeitsentwurf vorgesehene Neuregelung zu

den Expertenstandards sollte in den Änderungsanträgen zum GVWG übernommen werden.

ÄA 15 Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen

§ 7b SGB XI:

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

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

Änderungsbedarf:

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

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

Satz 2 wird entsprechend aufgehoben.

ÄA 16 Stärkung regionaler Netzwerke

§ 45c Absatz 1 und 9 SGB XI

Der Paritätische begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzt*innen, Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. Akteuren ist eine wesentliche Voraussetzung, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen langfristig 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 Paritätischen das Wirken der Akteure vor Ort.

Um die gesetzlichen Regelungen zur Stärkung regionaler Netzwerke übersichtlicher zu halten, empfehlen wir, die Regelungen gesondert in einem neuen § 45e SGB XI zusammenzufassen. Die bestehenden Paragraphen § 45e sowie § 45f SGB XI müssen dementsprechend umbenannt werden.

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

Die Erhöhung 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 ergänzende Förderung durch Mittel des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft sowie vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesetzlich vorzusehen.

Angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und damit verbundenen steigenden Zahl von auch größtenteils älteren pflegenden Angehörigen oder Angehörigen mit Doppelbelastungen von Beruf, Familie und Pflege sind der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken wesentlich und bedürfen einer deutlichen strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden. Die Möglichkeit nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, wird von uns unterstützt. Dies ermöglicht den Netzwerken ihre Zielstellungen weiter zu verfolgen und dabei z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abgesichert zu wissen.

Änderungsbedarf:

Der Paritätische schlägt für die Förderung der regionalen Netzwerke folgenden neuen § 45e SGB XI vor:

„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

- (1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit bis zu 300 000 Einwohnern können zwei regionale Netzwerke gefördert werden. In Kreisen oder Städten ab 300 000 Einwohnern können für je weitere 125 000 Einwohner ein weiteres regionales Netzwerk gefördert werden; der

Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 45.000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Eine Förderung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ergänzt mit Mitteln des jeweiligen Landes oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Bei der erstmaligen Förderung eines regionalen Netzwerks soll die Bewilligung der Fördermittel für einen Zeitraum von zwei Kalenderjahren erfolgen. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk mindestens für ein Kalenderjahr bewilligt. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 8 entsprechend. § 45c Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

- (3) Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht (durch eine Bewilligung) in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.
- (4) Die Landesverbände der Pflegekassen haben eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke im Internet zu veröffentlichen. Hierbei sind der Name des Netzwerkes, der Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in der das Netzwerk tätig ist, der Förderzeitraum sowie Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer des Koordinators des Netzwerkes anzugeben. Ab dem 1. Januar 2023 erfolgt die Veröffentlichung im Informationsportal nach § 7d.
- (5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2021 Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit

Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.“

Berlin, 07. Mai 2021

Lisa Marcella Schmidt Thorsten Mittag /
Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

Thorsten Mittag (altenhilfe@paritaet.org)