

Stellungnahme des VDAB

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 411 – Grundsatzfragen der Pflegeversicherung
Mohrenstraße 60
10117 Berlin

HAUPTSTADTBÜRO

Reinhardtstraße 19
10117 Berlin

Fon 030 / 20 05 90 79-0

Fax 030 / 20 05 90 79-19

E-Mail berlin@vdab.de

Internet www.vdab.de

Ausschließlich per E-Mail an:

411@bmg.bund.de

Berlin, 07. Mai 2021

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir unserem Befremden über das gewählte Verfahren im Zusammenhang mit dem Aufruf zur Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Ausdruck verleihen. Wir halten es für völlig unangemessen, wesentliche Änderungen in der Pflegeversicherung mit weitreichenden wirtschaftlichen Auswirkungen für die Einrichtungen in einer Hau-Ruck-Aktion im Omnibusverfahren auf den Weg bringen zu wollen. Schon die Fristsetzung zur Stellungnahme ist ein Affront und signalisiert, dass auf ein seriöses Beteiligungsverfahren und auf einen ernstzunehmenden fachlichen Diskurs kein Wert gelegt wird. In diesem Zusammenhang sei auch festgestellt, dass die Inhalte der Änderungsanträge keinen eilbedürftigen Bezug zur Bewältigung der pandemischen Lage haben, sondern sich der Zeitdruck nur aus dem aufziehenden Wahlkampf ergibt. Dieses Vorgehen wird der Bedeutung der Zukunftsfragen in der professionellen Pflege keinesfalls gerecht. Vielmehr droht wieder Stückwerk, das zu Finanzierungsunsicherheiten führt und vor allem ein fatales Zeichen an die Pflegeunternehmer sendet, die eigentlich genauso viel Wertschätzung verdient hätten, wie ihre Mitarbeiter. Als Dank für ihr unermüdliches Krisenmanagement soll ihnen nun auch der letzte Rest unternehmerischer Freiheit genommen und die Macht der Kassen gestärkt werden. Wir halten das für einen Irrweg.

Auch ein schlüssiges Konzept zur Sicherstellung der Finanzierung und Refinanzierung geht aus den vorliegenden Änderungsanträgen nicht hervor. Stattdessen sollen durch einen Steuerzuschuss und Umschichtung von Versicherungsgeldern monetäre Löcher der sozialen Pflegeversicherung gestopft werden. Damit schreibt man nur den Status Quo einfach fort und hofft, dass die Allgemeinheit trotz größer werdender Versorgungslücken die steigenden Kosten bereitwillig tragen wird. Notwendig wäre eine grundlegende Reform, die Ressourcen besser verteilt und damit professionelle Pflege finanziell und strukturell leistbar hält. Wenn es nicht endlich zu einer ehrlichen Bestandsaufnahme kommt, welche Ressourcen in der nächsten Dekade vorhanden sein werden und daraus nicht die nötigen

Systemänderungen abgeleitet werden, provoziert man ein Fass ohne Boden. Ohne Flexibilisierung der Leistungen, Vertrauen in die Unternehmen und mehr Selbstbestimmung für die Betroffenen wird das System Pflegeversicherung immer weiter erodieren.

Unsere konkreten Anmerkungen und Kritikpunkte finden Sie nachfolgend:

Zu den Änderungsanträgen zum Sozialgesetzbuch V

§ 37 Abs. 2a S. 1 und 2

Der VDAB befürwortet, dass die seit langem geforderte Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen hier teilweise mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro Rechnung getragen wird. Dies kann jedoch nur ein erster behelfsmäßiger Schritt hin zu Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege auch auf der Ebene der vollstationären Pflegeeinrichtungen sein. Wir fordern, dass zumindest in einem zweiten Schritt die pauschale Beteiligung an die Träger der Pflegeeinrichtungen und somit auch an die anspruchsberechtigten Leistungsempfänger weitergegeben wird.

§ 37 Abs. 8

Die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (siehe Absatz 10) müssen an der Erstellung der Richtlinien beteiligt werden, da die angestrebten Änderungen sie unmittelbar betreffen.

Darüber hinaus führen die Änderungen nicht zu einer eigenständigen Kompetenzübertragung der Pflegefachkräfte. Vielmehr führt es nur zu einer Entlastung der Ärzteschaft jedoch nicht der Beschäftigten in der Pflege, da die Koppelung an die Ärzte weiterhin bestehen bleibt. Hier gilt es das formulierte Vertrauen umzusetzen und den Pflegekräften eigenständige Handelsbefugnisse einzuräumen.

Formulierungsvorschlag:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt **gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gem. § 132a SGB V S. 1** 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 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.“*

§ 39d

Im Verständnis von „ambulant vor stationär“ ist § 39d SGB V nicht zielführend. Durch diese Neuregelung, welche als ein zusätzliches Aufgabenfeld für Krankenhäuser verstanden werden muss, nimmt die Hospitalisierung im Gesundheitswesen zu, was gleichzeitig zu einer Schwächung der ambulanten Versorgung führt. Darüber hinaus wird durch § 39d SGB V den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, ihr Fallpauschalmanagement zu optimieren. Damit wird der Anteil der Ausgaben im Bereich der Krankenhäuser in der stationären Versorgung zu Lasten der ambulanten Versorgung deutlich ausgeweitet.

Zu den Änderungsanträgen zum Sozialgesetzbuch XI

§ 40 Abs. 6 und 7

Die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gem. § 132a SGB V S. 1 müssen an der Erstellung der Richtlinien beteiligt werden, da die angestrebten Änderungen sie unmittelbar betreffen.

Darüber hinaus ist es zweifelhaft, ob eine nur dem Namen nach existierende Bundespflegekammer, welche nicht in jedem Bundesland vertreten ist und deren Landesverbände sich teilweise in der Abwicklung befinden, einbezogen werden sollte. Diese Organisation besitzt keinerlei Legitimität um solch grundlegende Richtlinien erarbeiten zu können.

Formulierungsvorschlag:

*„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden 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. Satz 2 setzt voraus, dass die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. 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. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die **Bundespflegekammer für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene** und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an **der Erstellung der Richtlinien** zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt,*

die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, ~~der Bundespflegekammer und~~ der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

§ 43c i. V. mit § 87a Abs. 3 S. 1

Die Begrenzung des Eigenanteils zur finanziellen Entlastung von Pflegebedürftigen ist angesichts ständig steigender Kosten sicher eine berechtigte Zielsetzung. Diese muss dann allerdings auch universell gelten und darf sich nicht auf die vollstationäre Versorgung beschränken. Wir fordern deshalb die Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen innerhalb der professionellen Versorgung unabhängig vom Versorgungsbereich. Das gilt insbesondere für die ambulante Pflege.

Die regelungstechnische Konstruktion der Begrenzung der Eigenanteile überzeugt weder systemisch noch inhaltlich. Die lange von der Politik proklamierte Deckelung der Eigenanteile soll nun doch nicht erfolgen. Vielmehr ist geplant, dass sich die Pflegeversicherung ab dem 2. Versorgungsjahr mit einem ansteigenden Prozentsatz an der Finanzierung der Eigenanteile beteiligt. Es ist willkürlich, dass es im ersten Jahr gar keine zusätzliche Entlastung geben soll und auch die Prozentsätze zur Beteiligung der Pflegeversicherung sind augenscheinlich zufällig gegriffene Werte. Insgesamt soll die Staffelung wohl eher die finanziellen Risiken für die Pflegeversicherung begrenzen, als tatsächlich zur Entlastung beitragen, denn auch dem Gesetzgeber ist natürlich bewusst, dass die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen bei 30 Monaten liegt.

Die Regelung wird für alle Beteiligten zu weiterem bürokratischen Aufwand führen. So sind unter anderem neue Abrechnungs- und Mitteilungswege notwendig, um den zusätzlichen Finanzierungsanteil der Pflegekasse zu ermitteln und beizutreiben. Auch wie mit Entgelterhöhungen oder dem Wechseln des Pflegeheimplatzes zu verfahren ist, lässt der Entwurf unbeantwortet. Den Pflegekassen liegen alle Informationen vor, um den entsprechenden Zuschuss automatisch (ohne aufwendige Rechnungslegung der Einrichtung) auszuzahlen und analog zu den Leistungsbeträgen zu verfahren.

Die Beteiligung der Länder an den Investitionskosten sowie eine angemessene Dynamisierung der Leistungsansprüche, die im Arbeitsentwurf der Pflegereform noch vorhanden waren und zu einer Entlastung aller Pflegebedürftigen geführt hätten, sind in den Änderungsanträgen nicht vorhanden. Wir fordern diese Regelungen auch hier mit aufzunehmen.

§ 55 i. V. mit § 61a

Mit der Gegenfinanzierung zur Leistungsausweitung für Pflegebedürftige im stationären Versorgungsbereich werden frühere Pläne zur Entlastung der jüngeren Generation aufgegeben: Die Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose wird nunmehr direkt durch die Leistungsausweitungen für die Älteren konsumiert, anstatt die Mittel für den Pflegevorsorgefonds zu erhöhen. Die Regelung

vergrößert das Defizit an Generationengerechtigkeit im Umlageverfahren und wird infolge des demografischen Wandels einen weiteren Beitragssatzanstieg zur Folge haben.

Ebenso kritisch ist die Einführung eines dauerhaften Steuerzuschusses zur sozialen Pflegeversicherung zu sehen. Dieser wird zwar mit der Finanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen als einer versicherungsfremden Leistung formal korrekt begründet, dient aber in der gesamten Finanzierungs konstruktion nur dazu, einen kurzfristigen finanziellen Spielraum für die Leistungszuschläge bei den Eigenanteilen zu schaffen. Die Begründung des Steuerzuschusses mit den Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen überzeugt zudem deshalb nicht, weil die pflegenden Angehörigen in der Privaten Pflegeversicherung ohne sachlichen Grund außen vor bleiben. Der somit faktische Einstieg in eine dauerhafte Steuerfinanzierung von Leistungen der Pflegeversicherung erzeugt eine kurzfristige Illusion von Finanzierungssicherheit und macht die Pflege vom Bundeshaushalt abhängig, wo sie mit anderen Staatszielen konkurriert.

Darüber hinaus sieht der Änderungsantrag keinerlei Gegenfinanzierung der tariflichen Entlohnung von Pflege- und Betreuungspersonal vor. Die Zuzahlungen der Pflegebedürftigen zur pflegerischen Versorgung werden somit ins Unermessliche steigen, wenn hierfür kein Ausgleich erfolgt.

§ 72 Abs. 3 und neue Absätze 3a und 3b i. V. mit § 82c neu

Zielsetzung des Gesetzgebers ist es, eine Bezahlung auf Tarifniveau in der Pflege durchzusetzen. Hier schließt sich schon die erste Frage an. Wie verträgt sich dieser Anspruch mit dem Grundsatz der Tarifautonomie? Uns drängt sich der Eindruck auf, dass die beabsichtigte Koppelung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags an einen ortsüblichen Tarif nur ein Surrogat für das gescheiterte Projekt „Allgemeinverbindlicher Tarif in der Pflege“ sein soll. Es ist höchste Zeit in der Diskussion um die Gehälter in der Pflege einiges grundsätzlich klarzustellen:

1. Es gibt keine Dumpinglöhne in der Pflege. Das garantieren die gesetzlichen Mindestlöhne, denen auch tarifgebundene Organisationen in der Kommission zugestimmt haben.
2. Tariflöhne sind nicht per se gute Löhne. Das zeigen Tarifwerke, die sich knapp über Mindestlohniveau bewegen.
3. Private Träger würden in Zeiten des Pflegekräftemangels konkurrenzfähige Löhne auf Tarifniveau zahlen, sofern diese von den Pflegekassen refinanziert würden.

Es stellt sich also die Frage, mit welcher Berechtigung der Gesetzgeber hier eingreift und damit den Anspruch auf einen Versorgungsvertrag noch weiter relativiert. Vor allem private Träger sollen in ein ortsübliches Korsett gepresst werden, indem selbst bestehende Versorgungsverträge unter eine auflösende Bedingung gestellt werden. Die Lohnentwicklung der vergangenen Jahre zeigt, dass eine gesetzliche Regulierung unnötig ist.

In dieses Bild passt auch der Auftrag an den GKV-Spitzenverband, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a festzulegen. Die Unternehmen sollen damit vollends zum Zaungast ihrer eigenen betrieblichen Rahmenbedingungen werden. Dies ist ein schwerer Schlag gegen die unternehmerische Freiheit, die im

Pflegebereich ohnehin deutlich eingeschränkt ist. Misstrauen und Respektlosigkeit gegenüber professionellen Pflegeunternehmen scheint hier Triebfeder gewesen zu sein. **Es wird alles in die Hände der Kassen gelegt. Von ihnen wird das Leistungsgeschehen und dessen Refinanzierung bis hin zu den Lohnhöhen diktiert, das Risiko verbleibt jedoch vollumfänglich und ohne jedwede Einwirkungsmöglichkeit bei den Einrichtungen.** Wir appellieren deshalb eindringlich, diesen Pfad zu verlassen und ausgewogene Regelungen zu treffen.

Sollte an dem Entwurf festgehalten werden, ist es zwingend erforderlich, die Regelung um die Möglichkeit des Sonderkündigungsrechtes nach § 85 Abs. 7 SGB XI zu ergänzen. Nur so können die Einrichtungen auf die kurzfristig notwendig werdenden Anpassungen reagieren.

Des Weiteren ist auch die zeitliche Vorgabe zur Umsetzung der tariflichen Entlohnung bis zum 1. Juli 2022 zu kurz gefasst. Sofern die Kostenträger auf Landesebene den Trägern der Pflegeeinrichtungen die Übersicht zu den anwendbaren Tarifwerken erst im Februar 2022 zur Verfügung stellen, ist die Umstellung aufgrund der dann anstehenden aufwendigen Vergütungsverhandlungen bis Juli 2022 nicht umsetzbar. Wir schlagen um eine Übergangsfrist bis zum 1. Juli 2023.

Darüber hinaus dienen die in § 72 Absatz 3 Satz 3 gemachten Einfügungen („ressourcenschonend und effizient“) weder der angestrebten Klarstellung, noch werden sie zukünftig eine Erleichterung der Vergütungsverhandlungen ermöglichen, wie es der Bevollmächtigte der Bundesregierung für die Pflege ebenso wie der VDAB schon lange fordern. Sie stehen vielmehr im Spannungsfeld zu den schon in § 29 SGB XI hinterlegten Grundlagen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Diese Einfügungen werden die unternehmerische Freiheit massiv einschränken und es noch schwieriger machen eine leistungsgerechte Refinanzierung zu gestalten, da den Kostenträgern mehr Spielraum für Interpretationen gegeben wird. Es bedarf demnach einer Streichung dieser Einfügung.

Ähnliches gilt auch für die in § 89 Absatz 3 Satz 3 hinterlegten Neuerungen, welche nicht ausreichend sind um die vom Bevollmächtigte der Bundesregierung für die Pflege gemachten Vorschläge zur Vereinfachung der Refinanzierungsverhandlungen umzusetzen: *„Pflegedienste sollten einheitlich nur noch nach dem Maßstab des SGB XI verhandeln, so dass die ausgehandelten Preise ebenso wie bei stationären Pflegeeinrichtungen gegenüber sämtlichen Kostenträgern gelten. Damit wäre der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zulasten fairer Löhne ausgeschlossen. [...] Durch eine gesetzliche Verordnungsermächtigung sollte deshalb das Bundesministerium für Gesundheit ein gestuftes Nachweisverfahren festlegen können. Geplante Vergütungssteigerungen bis zur Höhe der Grundlohnsummensteigerung sollten ohne Nachweis möglich sein. Bei Steigerungen bis etwa 5 Prozent sollte ein Wirtschaftsprüferstat die Kosten der Vergangenheit bestätigen und bei darüberhinausgehenden Steigerungen sollten Kostenträger gezielt Nachweise (Stichproben oder Lohnjournale) einfordern können. Außerdem muss die Refinanzierung von Wochenend-, Feiertags- und Nachtzuschlägen gesichert werden.“*

Eine Umsetzung dieser Empfehlungen wäre ein wichtiger Schritt um für eine leistungsgerechte Refinanzierung von Pflegeleistungen zu erreichen.

§ 88a i. V. mit § 113 Abs. 1

Die Erarbeitung von Empfehlungen zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege unter Berücksichtigung der verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie der spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote, bedarf einer weitreichenden Beratung aller Vereinbarungspartner auf Bundesebene. Eine 6 Monatsfrist ist hier nicht zielführend für ein konstruktives Vorgehen. Wir fordern daher die Frist zur Erarbeitung der Empfehlungen auf mindestens 12 Monate zu verlängern.

Darüber hinaus entspricht die Unterscheidung der Versorgungsbereiche in ambulant, stationär und Kurzzeitpflege in § 113 Abs. 1 keiner sinnhaften Systematik. Kurzzeitpflege fällt ebenso in den stationären Versorgungsbereich wie die teilstationäre Pflege. Wir schlagen daher vor, die bisherige Formulierung nicht zu ändern.

§ 113c i. V. mit § 8 Abs. 6 und 9 und § 84 Abs. 9 § 85 Abs. 9 bis 11

Der VDAB begrüßt die gesetzliche Einführung der zweiten Stufe eines wissenschaftlich-fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Wie unter den Vereinbarungspartnern im Roadmapprozess konsentiert, sollen die über einen Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte in einen bundeseinheitlich geltenden Personalanhaltswerte überführt werden. Um den Willen des Gesetzgebers zu verdeutlichen, auch tatsächlich mehr Personal in der Praxis ankommen zulassen, sollte in § 113c Abs.2 Satz 1 SGB XI das Wort „höchstens“ gestrichen werden. Den Einrichtungen stehen die in Abs. 1 genannten Personalmengen zu und es darf nicht der Eindruck erweckt werden, als könnte im Rahmen des Verhandlungsgeschehens die Personalmenge seitens der Pflegekassen auch unterhalb der Personalanhaltswerte festgelegt werden.

Auch muss von Seiten des Gesetzgebers klargestellt werden, dass die bisherige Refinanzierung von weiteren Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich gemäß § 8 Abs. 6 SGB XI, weiterhin für die Träger der Pflegeeinrichtungen möglich ist. Eine fehlende Klarstellung würde zum Verlust der Fachkräfte führen, die die Träger der Pflegeeinrichtungen für die pflegerische Versorgung im vollstationären Bereich gewinnen konnten.

Weitergehende Ergänzungsvorschläge

Dynamisierungsklausel

Die im Arbeitspapier zur Pflegereform vorgeschlagene Dynamisierung der Leistungsbeträge nach den §§ 36, 37, 38a, 40 Absatz 4, 41, 42a, 43 und 45b SGB XI ist im Kern richtig. Es bedarf jedoch einer Koppelung an einen Index, welcher die realwirtschaftlichen Kostensteigerungen jährlich abbildet. 1,5 Prozent können in Zeiten von steigender Inflation und Personalkosten nicht ausreichend sein. Darüber hinaus muss eine solche notwendige Dynamisierung auch schon im kommenden Jahr beginnen und sollte nicht aufgeschoben werden.

Auszug aus dem Arbeitsentwurf zur Pflegereform:

„Die Leistungsbeträge nach den §§ 36, 37, 38a, 40 Absatz 4, 41, 42a, 43 und 45b steigen, beginnend mit dem 1. Januar 2023, jährlich zum 1. Januar um 1,5 Prozent; für den Zuschlag nach § 45i Absatz 1 Satz 2 und den Zuschuss nach § 45i Absatz 1 Satz 3 gilt dies ab dem 1. Januar 2024. Die neuen Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

Innovative Wohnformen

Innovative Wohnformen und zusätzliche neue Versorgungsangebote sowie die pflegerische Versorgung müssen an den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet sein. Hierzu soll eine Vorschrift zum Abschluss von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und Einrichtungsträgern zur Integration stationärer und ambulanten Pflege und Krankenpflege geschaffen werden. Im Rahmen solcher Verträge kann auch ermöglicht werden, dass ungeachtet einer Versorgung eines Versicherten durch einen stationären und/oder ambulanten Leistungserbringer auch Angehörige oder andere vertraute Personen in die Pflege einbezogen werden und Teile der Leistungserbringung übernehmen. Dies macht insbesondere in Pflegeheimen auch eine Flexibilisierung der internen Ablauforganisation erforderlich.

Durch das geltende Leistungsrecht in der Pflegeversicherung mit einer strikten Trennung zwischen ambulanter bzw. häuslicher und stationärer Pflege bestehen Grenzen in der Leistungserbringung, die der Entwicklung und Umsetzung innovativer Konzepte zur Anpassung der pflegerischen Versorgungsangebote an die sich wandelnden Bedürfnisse und Lebenssituationen sowohl der Versicherten als auch der Pflegenden teilweise entgegenstehen. Dies gilt insbesondere für sektorenübergreifende Versorgungsangebote. In der Praxis führt dies nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Leistungsansprüche und Vergütungssysteme zu sektorenbezogenen Wettbewerbsverzerrungen und Fehlentwicklungen in der pflegerischen Versorgung insgesamt.

Im Rahmen entsprechender Modellprojekte konnten bereits sehr gute Erfahrungen gewonnen werden, dass durch die Mischform der ambulanten und stationären Versorgung deutlich besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingegangen und eine spürbar bessere Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie beim Pflegepersonal erzielt werden kann.

Wir fordern daher folgende Ergänzungsregelung zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge im SGB XI:

§ 45g Verträge zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch unter Einbeziehung von Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land besondere Verträge zur Weiterentwicklung und Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgungsformen schließen, um stationäre, teilstationäre und häusliche Pflege sowie Krankenpflege nach dem SGB V zu kombinieren und dadurch eine Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung sicherzustellen, die am individuellen Bedarf des einzelnen Pflegebedürftigen ausgerichtet ist.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen (Basisleistungen und Wahlleistungen) der integrierten Pflegeversorgung zu regeln. Die Verträge sollen Regelungen zur Personalausstattung der beteiligten Leistungserbringer, zur Qualitätssicherung, Dokumentation, Finanzierung und zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen sowie zur Wahlfreiheit der Versicherten und zur Einbeziehung pflegender Angehöriger und sonstiger pflegender Personen enthalten; insofern können die Parteien Abweichendes von diesem Gesetz vereinbaren, soweit dies zur Umsetzung der Ziele der sektoren-übergreifenden integrierten pflegerischen Versorgung erforderlich ist. Die heimrechtlichen Vorschriften des Landes sind zu beachten.

(3) In Verträgen nach Absatz 1 ist die Vereinbarung einer einheitlichen und pauschalen Vergütung für Leistungskomplexe zulässig, welche neben Leistungen aufgrund dieses Gesetzes auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V umfassen. Soweit die Vertragspartner Regelungen nach Satz 1 treffen, geht die Finanzierungszuständigkeit von den Krankenkassen auf die Pflegekassen über.

§ 113a Absatz 1

Der VDAB fordert die Aufnahme der Regelungsinhalte aus dem Arbeitspapier zur Pflegereform: *„Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Aktualisierung des wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ sicher. Die Aufgabe ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Der Auftrag zur Aktualisierung und die Einführung des Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.“*

Absatz 3 Satz 1:

„Der Expertenstandard ist unentgeltlich im Internet zu veröffentlichen.“

Satz 2 wird gestrichen.

Die gesetzliche Anordnung, dass die nach § 113a entwickelten Expertenstandards für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind, muss gestrichen werden. Auch für den einzigen nach der bisherigen Vorschrift entwickelten und noch fertigzustellenden Expertenstandard ist die Anordnung der Verbindlichkeit nicht sachgerecht.

Das Verfahren rund um den Expertenstandard „*Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege*“ hat deutlich gemacht, dass die Vertragspartner nach §113 SGB XI und auch der Qualitätsausschuss Pflege nicht die geeigneten Adressaten für den gesetzlichen Auftrag sind. Es sollte für die Zukunft eine Konstellation gefunden werden, in der Pflegewissenschaft und die Pflegebasis aktiv eingebunden sind.

Wir hoffen, dass unsere Anmerkungen Eingang in die Überarbeitung der Änderungsanträge finden und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bundesgeschäftsführung VDAB e.V.