



Bundesverband e.V.

**Stellungnahme des AWO Bundesverbands
zum Entwurf
eines Gesetzes zur Verbesserung der Ge-
sundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz –
GPVG)**

Stand: 26.08.2029



Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
www.awo.org

Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. bedankt sich für die Möglichkeit zum Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe Stellung nehmen zu können und macht von dieser Möglichkeit gerne Gebrauch.

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt das Vorhaben im Bereich der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern.

Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des fünften Sozialgesetzbuch

§ 140a SGB V: Besondere Versorgung

Bewertung

Der AWO Bundesverband begrüßt die erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge nach § 140a SGB V mit Nachdruck. Positiv hervorzuheben sind insbesondere der Zuschnitt auf regionale Versorgungsinnovationen sowie die Möglichkeit, dass alle Sozialversicherungszweige, andere Sozialleistungsträger sowie die in diesem Bereich tätigen Versorgungseinrichtungen gemeinsam integrierte Versorgungsformen umsetzen können.

Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 6a SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung

Die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegeassistent*innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, ohne dass es zu weiteren Belastungen der Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen kommt, wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung eines in der

Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Wichtig wäre allerdings die Umsetzung des Instruments insgesamt verbindlich festzuschreiben, wie im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege vereinbart.

Wie im Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein erheblicher Mehrbedarf an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen iHv. 36%. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Assistenzkräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt iHv. 69%, wobei 80 % des Personalmehrbedarfs auf Assistenzkräfte mit Qualifikationsniveau (QN) 3 (1 – 2-jährige Assistenzkräfte nach Landesrecht) entfallen. Die in § 8 Absatz 6a SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Anstieg von Assistenzkräften von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept zur Umsetzung des ermittelten Personalmehrbedarfs fehlt. Wichtig ist dabei vor allem mit dem Gesetzentwurf konsequent das Ziel zu verfolgen, den Aufbau von Pflegehilfskräften mit einer 1 – 2-jährigen Qualifikation nach Landesrecht (QN3) zu fördern. Denn hier besteht der größte Bedarf in der Umsetzung der Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI. Für diese Personengruppen müsste dann allerdings auch die Übergangsfrist von zwei Jahren zur Qualifizierung verlängert werden, weil z.B. die Voraussetzungen in den Bundesländern für die in der Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helfer*innenberufen in der Pflege in den Bundesländern unterschiedlich sind und bis zu zwei Jahren betragen können. Anzuerkennen ist aber, dass bereits von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden kann, nach Landesrecht ausgebildete Pflegehelfer*innen über das Programm einzustellen. Auch die perspektivisch neu gewonnenen Pflegehilfskräfte mit QN 2 können sich schließlich ebenfalls noch weiterbilden um das nächste Qualifikationsniveau zu erreichen. Eine echte Qualifizierungsstrategie für QN 3 sollte im Rahmen einer Road Map zur Umsetzung von § 113c verbindlich vorgebracht werden.

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

Änderungsbedarf

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/ Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/ Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte und die durchschnittliche Pflegegradverteilung ggf. nur unzureichend abgebildet würde. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. So könnte angesichts einer bloßen Stichtagsbetrachtung und schwankender Belegungsstrukturen der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern äquivalent zum Pflegegradansatz anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das weicht zwar hinsichtlich der Vorgehens nach Pflegegradverteilung von § 113c SGB XI ab, löst aber das Stichtagsproblem, mit dem im Rahmen einer Umsetzung des Personalbemessungsinstruments sicherlich anders umgegangen würde. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Die vorgesehene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungsleitungen und damit zu flächendeckenden Nichtinanspruchnahmen der Leistungen führen. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohem bürokratischen Aufwand wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher sollte das Antragsverfahren zeitlich nicht losgelöst von den Vergütungsverhand-

lungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgen und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt werden, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach Abs. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte. Die Überwachung zahlreicher, zum Teil länderbezogener, Stichtagsregelungen (im SGB XI und PfIBG) erhöhen den bürokratischen Verwaltungsaufwand der Einrichtungen ständig und binden erheblichen Personalressourcen. Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens könnten die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist.

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

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Bedenken bestehen hinsichtlich der Verknüpfung einer Finanzierung an den Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme, der durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Die rein faktische „Verknüpfung“ der Finanzierung mit einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme könnte dazu führen, dass aus der Sorge vor eventuellen Rückzahlungsverpflichtungen, bei nicht erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung, von der zusätzlichen Einstellung von Mitarbeitenden abgesehen würde. Zudem ist unpräzise, welches Qualifikationsniveau die nachzuqualifizierenden Pflegehilfskräfte (QN 1 auf QN 2) tatsächlich erreichen müssen, denn der Gesetzestext stellt nur auf das „erfolgreiche Durchlaufen *einer* Qualifizierungsmaßnahme“ ab. Die Begründung stellt zwar auf den zweiten Zwischenbericht zum Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemes-

sung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c das ab, aber rein formal sollte der Bezug in Form eines Anhangs Gegenstand des Gesetzes werden, so wie er sich bspw. aus dem Zwischenbericht ergibt:

Tabelle 17: Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus

Qualifikationsniveaus	Beispiele im DQR (2017)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 1	z. B. nach vier Monaten der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Maßnahme	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Pflege)	Qualifizierungsbausteine mind. 420 h, Einstiegsqualifizierung 6-12 Monate	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200h laut GB-A) und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	s.o.	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI: 160h Unterricht und 3 Wochen Praktikum (GKV 2016)
QN 3	Duale Berufsausbildung (2 Jahre)	Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung ⁸ (ASMK 2012)

(Quelle: Zweiter Zwischenbericht zum Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c, S. 81.)

Entsprechend ist hier vor allem, wie oben erwähnt, auf den Aufbau des künftigen Bedarfs an Assistenzkräften mit QN 3 abzustellen.

Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine Vereinheitlichung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben – so wie im Rahmen der KAP angestoßen. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Um überhaupt flächendeckend die Chance für Träger zu wahren, nach eigenem Ermessen 1- und 2-jährige Pflegehelfer*innen auszubilden und bereits nach Erreichen des Status einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme im Sinne

des § 8 Abs. 6a zu besetzen (was zu konkretisieren wäre), wäre ohnehin eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung dringend geboten. Grundsätzlich würde die Eröffnung dieses Weges eine richtige Qualifizierungsstrategie anschieben. Zu berücksichtigen wäre dann eine verlängerte Qualifizierungsfrist.

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

Bewertung

Mit der vorliegenden Regelung hat das BMG dem Anliegen der Arbeiterwohlfahrt Rechnung getragen, die Frist für die Inanspruchnahme nicht verbrauchter Mittel des monatlichen Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI aus dem Kalenderjahr 2019 vom 30. September 2020 auf den 31. Dezember 2020 zu verlängern. Aufgrund der Corona-Krise konnten Pflegebedürftige und auch Angehörige von Menschen mit Behinderung, die ihre familienentlastenden Unterstützungsangebote im Alltag oft sehr langfristig planen, nicht in Anspruch nehmen, da die Angebote wegen Kontaktreduzierung ausgesetzt worden waren. Die Änderung wird daher sehr begrüßt.

Änderungsbedarf

Keiner

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

Bewertung

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

Grundsätzlich ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Regelungen nur zögerlich in Anspruch genommen werden.

Änderungsbedarf

Keiner

Artikel 4: Änderung des Pflegezeitgesetzes

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

Bewertung

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

Änderungsbedarf

Keiner

Weitergehender Änderungsbedarf

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

Bewertung

Der Schutzschirm des § 150 Absätze 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Abs. 5a SGB XI für die nach Landesrecht anerkannten Angebote. Der gegenwärtige Anstieg der Infektionszahlen zeigt, dass die Krise noch nicht vorüber ist. Es ist zu befürchten, dass das Infektionsgeschehen ab Herbst auch wieder in den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zunimmt. Insbesondere vulnerable Patient*innen, wie chronisch kranke Menschen und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen weiterhin vor einer Ansteckung mit COVID-19 geschützt werden. Gleichzeitig muss eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung auch in dieser Zeit sichergestellt werden. Die Studie aus Bremen zur [Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie](https://www.uni-) (<https://www.uni->

[bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie](https://www.awo-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie)) hat gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen ein besonders hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe aufweisen und dass 60 Prozent aller COVID-19 verursachten Todesfälle Menschen betreffen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben oder von Pflegediensten versorgt werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV-2 mit Schutz- und Hygienekonzepten für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen aber auch für die Mitarbeitenden arbeiten müssen.

Änderungsbedarf

Die Regelungen des § 150 SGB XI sind gegenwärtig bis zum 30.09.2020 befristet. Aufgrund des pandemischen Geschehens sollten die Regelungen daher - angepasst an Konzepte eines Betriebs der Einrichtungen unter Corona-Bedingungen - verlängert werden. Für uns zeichnet sich gegenwärtig folgendes Bild der Mindereinnahmen und Mehraufwendungen für die Zeit nach dem 30.09.2020 ab:

1. Mindereinnahmen

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

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiterhin außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen verzeichnen, z. B. wenn Doppelzimmer aufgrund von Quarantäneregulungen oder Kohortenisolierung nicht belegt werden können. Zusätzlich können außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen auch in der ambulanten Pflege und in den stationären Hospizen, neben den teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Hotspotregionen anfallen. Dies gilt auch wenn das Infektionsgeschehen im Herbst wieder deutlich ansteigt.

2. Mehraufwendungen

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

- Schutzmaßnahmen: Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP 2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung).
- Desinfektions- und Reinigungsaufwand: Ein gesteigener Bedarf an Wasch- und Reinigungsdiensten einschließlich des Materialverbrauchs (z.B. Desinfektionsmitteln) aufgrund höherer Reinigungsfrequenzen liegt auf der Hand. Perspektivisch bedarf es ggf. wegen der Übertragung von SARS-CoV2 über Aerosole auch der Luftreinigungsgeräte. Isoliervorrichtungen wie Plexiglaswänden oder die Anschaffung von Händedesinfektionsspendern verursachen zusätzliche Kosten.
- Desinfektions- und Reinigungsaufwand: gesteigener Bedarf an Sachkosten für Desinfektionsmittel, Isoliervorrichtungen und an Zeitaufwand für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie perspektivisch ein höherer Bedarf an Luftreinigungsgeräten wegen der Übertragung von SARS-CoV-2 über Aerosole.
- Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots durch das Angebot der Betreuung in kleineren und getrennt organisierten Gruppen sowie durch eine veränderte Tourenplanung in der ambulanten Pflege.
- In den vollstationären Pflegeeinrichtungen entstehen darüber hinaus noch außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen bedingt durch das veränderte

Besuchermanagement und der COVID-19-bezogenen Besucherregelungen und in der Tagespflege durch den Fahrdienst.

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

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

Erweiterung des Anwendungsbereichs von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen

Bewertung

§ 150 Absatz 2 sieht die Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. Dies impliziert, dass ambulante Pflegedienste, die reine SGB V-Leistungen anbieten, wie SAPV-Pflegedienste, Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste oder Familienpflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 SGB V die Kostenerstattung nicht erhalten konnten und können, obwohl sie in gleicher Weise von der Pandemie betroffen waren wie Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Dasselbe Problem haben auch stationäre Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen. Zudem dürfen Leistungserbringer in neuen Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften, die sich in den Grenzbereichen des SGB XI und SGB IX bewegen und die nicht zwingend eine Zulassung im SGB XI haben, nicht weiter ausgeschlossen werden. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

Änderungsbedarf

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

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

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

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

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

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

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 10 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungserbringer in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in denen Leistungen des SGB IX und des SGB XI eng miteinander verbunden sind, in denen aber keine Zulassung nach § 72 SGB XI vorliegt.

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

Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Bewertung

Die AWO setzt sich dafür ein, dass die Sonderregelungen zum Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz, die mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis zum 30. September verlängert wurde, nochmals erneuert wird.

Änderungsbedarf

Die Regelung des § 16 Absatz 4 bis 6 FamilienPZG sowie des § 9 Absätze 5 bis 7 PflegeZG, die eine Flexibilisierung der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit vorsehen, ohne dass die beiden Freistellungen unmittelbar aneinander an-

schließen müssen, sind zumindest pandemiebedingt zu verlängern und pandemieunabhängig zu entfristen.