

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz - GPVG)

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Paritätische begrüßt das Vorhaben, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Mit dem Pflegehilfskraftstellenprogramm wird ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen, wengleich dieser Schritt hinsichtlich einer Qualifizierungsstrategie von 1- u. 2- jährig nach Landesrecht ausgebildeten Pflegehilfskräften unter seinen Möglichkeiten bleibt.

Der Paritätische begrüßt ebenfalls ausdrücklich die Zielsetzung des Gesetzgebers, Selektivverträge zu ermöglichen, die andere Sozialleistungsträger miteinschließen. Allerdings ist bei der Ausweitung der Selektivverträge streng darauf zu achten, dass das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht berührt wird. Die Regelung, die Kassen die Übertragung wesentlicher Aufgaben zur Versorgung der Versicherten auf Dritte ermöglicht, lehnen wir in der vorgeschlagenen Form deutlich ab. Es müsste klar geregelt werden, welche Aufgaben nicht übertragbar sind und dass die Rechtsansprüche von Versicherten hierdurch in keiner Weise minimiert werden.

B. Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 140a Veränderte Regelungen zu Selektivverträgen

Bewertung:

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Möglichkeiten zum Schließen von Selektivverträgen auszuweiten. Positiv ist insbesondere, dass Selektivverträge ermöglicht werden, an denen alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen in einer Region teilnehmen können. So können Versorgungsinnovationen entstehen, von denen alle Versicherten in einer Region gleichermaßen profitieren.

Es ist nachvollziehbar, dass mit Blick auf die Zielsetzung, den Leistungskatalog insgesamt bundeseinheitlich regeln zu wollen, klargestellt wird, dass Selektivverträge nicht einen Umfang erreichen dürfen, der die Gestalt eines alternativen Kollektivvertrages annehmen würde. Gleichzeitig wirft dies aber die Frage auf, wie es letzten Endes gelingen soll, dass positiv erprobte selektivvertragliche Regelungen den Sprung in die Regelversorgung schaffen.

Das größte Potenzial sehen wir in dem Vorhaben, Selektivverträge zu ermöglichen, die andere Sozialleistungsträger und nach den für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechnete Leistungserbringer miteinschließen. Für Patient*innen ist es von besonderer Bedeutung, dass Versorgungsangebote unterschiedlicher Sozialleistungsträger in der Praxis aufeinander abgestimmt sind und ineinandergreifen. Dies wird durch diese Regelung ermöglicht.

Wir sehen weiteren Regelungsbedarf zum Schutz der Rechte der Versicherten in Hinblick auf die Ausweitung der Möglichkeiten der Krankenkassen, Beratungs-, Management- und Koordinierungsleistungen auf Dritte zu übertragen. Die vorgeschlagene Regelung würde beispielsweise auch Verträge ermöglichen, deren Ziel es ist, die Ausgaben im Bereich des Krankengeldes zu minimieren. Es könnten Aufgaben ausgegliedert werden, deren Erfüllung wesentlicher Bestandteil des Versicherungsschutzes ist. Hierbei bestünde die Gefahr, dass der Rechtsanspruch der Versicherten allein dadurch vermindert wird, dass diese nicht mehr durch eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts beraten werden, für die das Verwaltungsverfahrensgesetz gilt. Stattdessen stünden Sie im Rechtsverhältnis einem Anbieter mit einer anderen Gesellschaftsform gegenüber. Allein diese Tatsache würde die Ansprüche und Rolle der Versicherten schwächen. Dies gilt es unbedingt auszuschließen.

Der Gesetzgeber wählt hier keine Formulierung, die eindeutig regeln würde, welche der wesentlichen Aufgaben zur Versorgung von Versicherten von Krankenkassen und Leistungserbringern nicht auf Dritte übertragbar wären. Das sehen wir sehr kritisch. Auch wenn es sich um ein regional begrenztes Angebot handelt, für die eine Einschreibung durch Versicherte erforderlich ist, gibt es Aufgaben, die Krankenkassen als Körperschaften des Öffentlichen Rechtes erfüllen und die der Versorgung der Versicherten dienen, die nicht auf Dritte übertragbar sein sollten. Das gleiche gilt für manche Leistungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die mit Blick auf Qualitätsaspekte nicht unbegrenzt übertragbar sein sollten.

Die vorgeschlagene Regelung in § 140a Abs. 2 Satz 6 lehnen wir daher in der vorgeschlagenen, nicht ausdifferenzierten Form ab.

Kritisch sehen wir außerdem die vorgesehene Regelung, die insbesondere Verträge ermöglichen soll, die eine Kostenerstattung vorsehen. Das Sachleistungsprinzip ist ein zentraler Grundsatz der Gesetzlichen Krankenversicherung, der nicht durch Selektivverträge aufgebohrt oder aufgeweicht werden sollte.

Änderungsbedarf

§ 140 a Abs. 2 Satz 6

Streichung des Satzes.

§ 140 a Abs. 3b

(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung **sein** ~~in Einzelfällen, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder in den Fällen sein, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen.~~ Solche Verträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 6a SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung:

Die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegeassistenten in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze, 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 Aktion Pflege vereinbart. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf i.H.v. 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Assistenzkräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt 69 Prozent, wobei 80 Prozent des Personalmehrbedarfs für Assistenzkräfte auf Pflegekräfte mit Qualifikationsniveau 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 Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept zur Umsetzung des ermittelten Personalmehrbedarfs fehlt. So wichtig es wäre, es kann gegenwärtig noch nicht konsequent das Ziel verfolgt werden, mit dem GPVG den Aufbau von überwiegend Pflegehilfskräften mit dem QN 3 zu fördern, weil z.B. die Voraussetzungen in den Bundesländern für die in der Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege in den Bundesländern zu unterschiedlich sind. Anzuerkennen ist aber, dass von den Möglichkeiten bereits Gebrauch gemacht werden kann, nach Landesrecht ausgebildete Pflegehelfer über das Programm einzustellen. Auch die perspektivisch neu gewonnenen Pflegehilfskräfte mit QN 2 können sich schließlich ebenfalls noch weiterbilden. Eine echte Qualifizierungsstrategie für QN 3 sollte im Rahmen einer Road Map zur Umsetzung von § 113c verbindlich vorgebracht werden.

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

Änderungsbedarf:

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es ist nicht praktikabel, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen (Auch die Berechnung des EEE erfolgt i.d.R. nicht [alleinig] über eine Stichtagsbetrachtung). 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.

Nach unserer Vorstellung könnte angesichts einer bloßen Stichtagsbetrachtung und schwankender Belegungsstrukturen der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern äquivalent zum Pflegegradansatz anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das weicht zwar hinsichtlich des Vorgehens nach Pflegegradverteilung von § 113c SGB XI ab, löst aber das Stichtagsproblem, mit dem im Rahmen einer Umsetzung des Personalbemessungsinstruments sicherlich anders umgegangen würde.

Die vorgesehene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungsleitungen und damit zu flächendeckenden Nichtinanspruchnahmen der Leistung 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.

Das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Daher sollte das Antragsverfahren zeitlich nicht losgelöst von den Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgen und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt werden, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach Abs. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

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

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

Der Gesetzesbegründung folgend muss sichergestellt werden, dass die zusätzlichen 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 Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c 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.)

Außerdem: Wie wird gemessen, ob und wann eine Maßnahme erfolgreich durchlaufen oder abgeschlossen wurde? Der Bezug auf die sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahmen ist somit sehr unspezifisch und lässt offen, welche Qualifizierungen im Sinne des § 8 Abs. 6a anerkannt werden.

Während der Ausbildungszeit stehen die Pflegehilfskräfte den Einrichtungen überdies nur mit Einschränkungen zur Verfügung. D.h. es muss geklärt werden, in welchem zeitlichen Umfang die zusätzliche Pflegeassistentkraft zur Verfügung steht und welcher zeitliche Anteil auf die Qualifizierungs- oder Ausbildungsmaßnahme erfolgt.

Vereinheitlichung Assistenz- oder Helferausbildung und Qualifizierungsstrategie für Qualitätsniveau 3

Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberu-

fen 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-u. 2-jährige Pflegehelfer auszubilden und bereits nach Erreichen des Status einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme im Sinne des § 8 Abs. 6a zu besetzen (was zu konkretisieren wäre), wäre ohnehin eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung dringend geboten. Grundsätzlich würde die Eröffnung dieses Weges eine dringend notwendige Qualifizierungsstrategie anschieben. Zu berücksichtigen wäre dann eine verlängerte Qualifizierungsfrist.

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

Bewertung:

Mit der vorliegenden Regelung hat das BMG dem Anliegen des Paritätischen 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. Zu prüfen ist, ob es in Zukunft generell eine grundsätzliche Mitnahme der Mittel in das dritte Quartal des Folgejahres geben kann.

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

Bewertung:

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

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes:

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

Bewertung:

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

Weitergehender Änderungsbedarf:

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

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

werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV-2-bezogenen Schutz- und Hygienekonzepten für die pflegebedürftigen Menschen und Ihre Angehörigen, aber auch für die Mitarbeitenden, arbeiten müssen.

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

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

1. Mindereinnahmen

Die **teilstationären Pflegeeinrichtungen** haben in allen Bundesländern (in Hamburg vorgesehen) einen gesicherten/ingeschränkten Betrieb jenseits der Notversorgung wiederaufgenommen. Hier werden neben den allgemeinen Abstands- und Hygieneregeln in verschiedenen Bundesländern auch Anforderungen im Hinblick auf feste Gruppen von Tagespflegegästen und voneinander unabhängige Personalteams gestellt, damit das Infektionsrisiko soweit wie 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. Daraus resultiert stets ein höherer Personalbedarf bei insgesamt geringerer Auslastung. 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 Prozent und 70 Prozent der vereinbarten Auslastung haben werden. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass **außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen** aufgrund von höheren Ausfallzeiten/Quarantänezeiten von einzelnen Tagespflegegästen sowie aufgrund von vorübergehenden Schließungen im Einzelfall durch die örtlichen Gesundheitsbehörden entstehen werden.

Die **vollstationären Pflegeeinrichtungen** werden weiterhin **außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen verzeichnen**, z. B. wenn Doppelzimmer aufgrund von Quarantäneregeln oder Kohortenisolierung nicht belegt werden **können**. Entsprechendes gilt auch für Einrichtungen der **solitären Kurzzeitpflege**, deren Klientel unter Coronavirus-Bedingungen sowohl aus der Häuslichkeit als auch im Anschluss an Krankenhausbehandlungen aktuell deutlich verminderte Bedarfe verzeichnet.“

Zusätzlich können außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen auch in der ambulanten Pflege und in den stationären Hospizen, neben den teilstationären und

vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Hotspotregionen anfallen. Dies gilt auch wenn das Infektionsgeschehen im Herbst wieder deutlich ansteigt.

2. Mehraufwendungen

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

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP 2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung).
- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand:** Ein gesteigener Bedarf an Wasch- und Reinigungsdiensten einschließlich des Materialverbrauchs (z.B. Desinfektionsmitteln) aufgrund höherer Reinigungsfrequenzen liegt auf der Hand. Perspektivisch bedarf es ggf. wegen der Übertragung von SARS-CoV2 über Aerosole auch der Luftreinigungsgeräte. Auch Isoliervorrichtungen wie Plexiglaswände oder die Anschaffung von Händedesinfektionsspendern verursachen zusätzliche Kosten.
- **Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots, durch das Angebot der Betreuung** in kleineren und getrennt organisierten Gruppen durch eine veränderte Tourenplanung in der ambulanten Pflege.
- In den vollstationären Pflegeeinrichtungen entstehen darüber hinaus noch **außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen** aufgrund des veränderten Besuchermanagements und der COVID-19-bezogenen Besucherregelungen und in der Tagespflege für den Fahrdienst.

Unserer Auffassung nach ist es nicht realistisch und vor allem gegenüber den Pflegebedürftigen nicht 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.**

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

Erweiterung des Anwendungsbereichs von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen

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

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

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

Weitere notwendige Verlängerungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie: Regelungen im § 56 IfSG Abs. 1a verlängern, Begrenzung der Bezugsdauer des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 Abs. 2 SGB V aufheben

§ 45 SGB V regelt das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Dieser Anspruch besteht gegenwärtig für Versicherte pro Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage.

Die Corona-Krise hat darüber hinaus Eltern durch die Schließung von Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegen und Schulen sowie die vorsorgliche Quarantäne von Kindern auf eine harte Probe gestellt, denn § 45 SGB V greift diesbezüglich nicht. Der Gesetzgeber hat daraufhin mit dem § 56 IfSG Abs. 1a eine entsprechende Regelung im Infektionsschutzgesetz getroffen, um Eltern im Fall von coronabedingten Betreuungsfällen finanziell abzusichern. Eltern können bei gemeinsamer Betreuung eine Entschädigung für bis zu zehn Wochen Verdienstaufschlag, bei alleiniger Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege bis zu 20 Wochen erhalten. Diese Regelung gilt derzeit allerdings befristet und bis Ende Dezember 2020.

Viele Eltern befürchten, dass unter dem Eindruck des Infektionsgeschehens in der anhaltenden Pandemie und den regelhaft zu erwartenden, vermehrt auftretenden Erkältungserkrankungen bei Kindern im kommenden Herbst, Winter und Frühjahr, die maximale Bezugsdauer des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 2 SGB V schnell aufgebraucht sein wird. Hinzu kommen Befürchtungen, dass es auch in 2021 wieder zu Schließungen in der Kindertagesbetreuung sowie von Schulen kommen wird. Das führt für Eltern zu Problemen, insbesondere dann, wenn das Kind nur vorsorglich zuhause bleiben muss: Denn wenn das Kind (noch) nicht nachweislich infiziert ist, greift § 45 SGB V nicht. Auch sind die Eltern nicht automatisch mit dem Kind unter Quarantäne gestellt, wenn sie keinen Risiko-Kontakt hatten.

Mit fatalen Folgen, denn wenn § 56 ifSG Abs. 1a nicht mehr gilt, fehlt es an entsprechender finanzieller Absicherung von Eltern. Denn nur im Fall einer eigenen behördlichen Quarantäne-Anordnung wird ein Verdienstausfall dem Arbeitgeber nach dem Infektionsschutzgesetz ausgeglichen.

Vor diesem Hintergrund fordert der Paritätische den Gesetzgeber auf, die Regelungen im § 56 ifSG Abs. 1a mindestens bis Ende 2021 zu verlängern sowie die derzeitige Begrenzung des Krankengeldes für Eltern bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 Abs. 2 SGB V von 10 bzw. 20 Arbeitstagen fallen zu lassen. Diese Regelung sollte nach Ansicht des Paritätischen 2022 im Hinblick auf die Inanspruchnahme durch Mütter und Väter sowie die grundsätzlichen Auswirkungen auf die Wirtschaft überprüft und ggf. angepasst werden.

Berlin, 26. August 2020
Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

altenhilfe@paritaet.org
gesundheit@paritaet.org