

Stellungnahme der Diakonie Deutschland Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.**

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 26.08.2020

Gerne nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, zum o. g. Referentenentwurf Stellung zu nehmen.

A. Allgemeine Bewertung

1. Durch Veränderungen im § 140a (Besondere Versorgung) SGB V werden die Handlungsmöglichkeiten der Akteure für **sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen** im Selektivvertragsrecht deutlich ausgeweitet. Die Aufnahme konzeptioneller Impulse der Diakonie Deutschland für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung wird zwar begrüßt, jedoch setzen wir uns für weitergehende Reformen im SGB V mit dem Ziel ein, die Regelversorgung sektorenübergreifend zu strukturieren und die „Besondere Versorgung“ auf die Erprobung innovativer Versorgungsformen zu begrenzen.
2. Mit Veränderungen im Krankenhausentgeltgesetz wird ein **Förderprogramm für Hebammenstellen in der stationären Versorgung** geschaffen, das aus Sicht der Diakonie Deutschland als erster Schritt zur Behebung der Versorgungsprobleme in der stationären Geburtshilfe zu begreifen ist.
3. Die **Sicherstellungszuschläge** für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin antworten darauf, dass die Daseinsversorgung in diesem Bereich nicht mehr durchgängig gesichert ist. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist dieser Schritt im Sinne einer möglichst wohnortnahen Versorgung kranker Kinder und Jugendliche zu begrüßen.
4. Vor dem Hintergrund des Sachverhalts, dass die Aufnahme des Regelbetriebs der medizinischen **Vorsorge - und Rehabilitationskliniken** mit erheblichen Problemen und corona-bedingten Mehrkosten verbunden ist, macht die Diakonie Deutschland Vorschläge zur Refinanzierung und damit **Sicherung der Versorgung**.
5. Vor dem Hintergrund der schwierigen Vergütungslage im Rahmen der Versorgung mit Haushaltshilfe (nach § 132 SGB V) setzt sich die Diakonie Deutschland nachdrücklich dafür ein, dass die tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.
6. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt.

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Erheblichen Bedenken begegnet die Verknüpfung der Finanzierung der zusätzlichen Stellen mit einer Nachqualifizierung der Pflegehilfskräfte des Qualitätsniveaus 1 oder 2. Der Gesetzentwurf lässt offen, welches Qualifizierungsniveau erreicht werden muss und wie der Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme gemessen wird. Die Regelung ist somit für die Träger mit großen Rechtsunsicherheiten verbunden. Die Diakonie Deutschland setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistentenausbildung ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenvorgaben schaffen.

7. Die Diakonie Deutschland begrüßt die Möglichkeit, nicht ausgeschöpfte Mittel des **Entlastungsbetrags** nach § 45b SGB XI aus dem Kalenderjahr 2019 noch bis Ende 2020 in Anspruch nehmen zu können. Die **Nichtanrechnung** des zusätzlichen Anspruchs auf ein **Pflegeunterstützungsgeld** auf die regulären 10 Tage des Pflegeunterstützungsgelds halten wir ebenso für sachgerecht.
8. Angesichts der Tatsache, dass die Pandemie noch nicht beendet ist, sieht die Diakonie Deutschland die Notwendigkeit einer **Verlängerung einzelner Maßnahmen des Schutzschirms für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 2 und 3 SGB XI und für die nach Landesrecht anerkannten Angebote nach § 150 Absatz 5a SGB XI**. Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregulungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne oder Kohortierung nicht belegt werden können. Neben den Mindereinnahmen kommt es auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. Daher setzen wir uns für eine Verlängerung des Schutzschirms über den 30.9.2020 hinaus ein.
9. Ambulante Dienste, die **pflegerische Leistungen nur über das SGB V erbringen** und keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben, wie z. B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Dienste oder Familienpflegedienste, wurden bisher nicht vom Schutzschirm erfasst, obwohl sie die gleichen Probleme wie die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste nach dem SGB XI hatten. Dies gilt es zu korrigieren.

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 140a Besondere Versorgung

Die im Referentenentwurf formulierten Änderungen des § 140a erweitern die selektivvertraglichen Spielräume erheblich. Sie müssen nach Auffassung der Diakonie der Erprobung innovativer Ansätze der sektorenübergreifenden Versorgung dienen und die Überführung in die Regelversorgung vorbereiten.

Insbesondere die Ermöglichung von Vernetzungen über die Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus nimmt konzeptionelle Impulse der Diakonie nach einer sektorenübergreifenden Perspektive in der Versorgung, insbesondere von chronisch kranken, pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und komplexen Bedarfen, auf.

In unserem Positionspapier „Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen“ (Diakonie Text 01.2017) wurden Versorgungsprobleme im Kontext der Versorgung zu Hause und an den Schnittstellen zum Krankenhaus und zur Pflegeeinrichtung dargestellt. Regelmäßig sind es über die Krankenversorgung und auch über den Leistungskatalog der GKV hinausgehende Bedarfe, die, um

Teilhabe und Selbstbestimmung zu verwirklichen, in einem Sozialraum erbracht werden müssen. Dazu sind sektorenübergreifende Strukturen der Bedarfserkennung, der Fallbegleitung, der Information und Beratung sowie der koordinierten Leistungserbringung in regionalen Netzwerken sinnvoll. Für die Gruppe chronisch kranker und behinderter Kinder erstellte die DVfR eine vergleichbare Analyse und kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen (vgl.: Zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern. Positionspapier der DVfR August 2019).

Zu Absatz 1

Die Klarstellung, dass auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge abgeschlossen werden können mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften und, dass Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen beitreten können, erweitert den Handlungsspielraum der Akteure i. S. einer an der Versorgungslage orientierten sektorenübergreifenden Vertragsgestaltung und -entwicklung..

Die Ermöglichung besonderer sektorenspezifischer Versorgungsverträge für nichtärztliche Leistungserbringer wird begrüßt, da auf diesem Wege die berufsgruppenübergreifende Versorgung bei der Erprobung neuer Versorgungsformen verbessert werden kann

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die besondere Versorgung auf Regionen beschränkt werden kann. Das kann sinnvoll sein, um in einer Region Kooperationen zu erproben.

Dass das Nebeneinander von alten und neuen Versorgungsverträgen nach § 140a mit Frist beendet wird, wird der konzeptionellen Weiterentwicklung der besonderen Versorgungsformen und der rechtlichen Klarheit gerecht.

Zu Absatz 2

Die Klarstellung des neu formulierten Satz 4 dahingehend, dass nach § 92 a geförderte Projekte den Anforderungen nach § 140a entsprechen, wird befürwortet. Begrüßt wird ferner, dass die bisherigen Aussagen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gestrichen werden.

Von Bedeutung für die Praxis sektorenübergreifender Versorgung ist, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und Krankenkassen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden dürfen. Dadurch könnte, wie die Gesetzesbegründung ausführt, diese Leistungen beispielsweise eine aufsuchende Beratung bei vulnerablen Personengruppen etwa durch Sozialarbeiter auf Dritte übertragen oder füreinander wahrgenommen werden. Dadurch wird die innovative Erprobung der Arbeit multidisziplinärer Teams in komplexen Versorgungsstrukturen erleichtert.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden als neue Vertragspartner der Krankenkassen „andere (...) Sozialleistungsträger“ und die für diese zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer angeführt. Diese Änderung entspricht den vielfältigen Praxisbedürfnissen, konzeptionellen Überlegungen und Forderungen nach dem Einbezug weiterer Sozialleistungsträger in die Entwicklung sektorenübergreifender Strukturen.

Ferner werden die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in den Kreis der Vertragspartner aufgenommen. Diese Regelung wird von der Diakonie abgelehnt, da die privaten Versicherer damit zwar an Versorgungsinnovationen, nicht aber den Gestehungskosten der Verträge, denen sie beitreten, beteiligt sind. Darüber hinaus steht die Diakonie Deutschland der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kritisch gegenüber.

Die Aufnahme anderer Berufs- und Interessenverbände der Leistungserbringer (in Nummer 7) reflektiert die Öffnung der besonderen Versorgungsformen für sektorenübergreifendes Handeln.

Zu Absatz 3a und 3b (neu)

Absatz 3a konkretisiert auf der Ebene der Vertragsgegenstände die Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger und Leistungserbringer. Es ist ausdrücklich positiv zu bewerten, dass anerkannt wird, dass

häufig einzelne Leistungserbringer Versorgungsinnovationen ausbilden. Positiv zu bewerten ist auch, dass Gegenstand der Verträge auch die Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein kann. Damit werden den Vertragspartnern große Spielräume einer umfassenden teilhabebezogenen Versorgung einschließlich des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V eröffnet. Für die Diakonie ist entscheidend, dass alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer einer Region – in Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung – in die Erprobung dieser neuen Form sektorenübergreifenden Handelns einbezogen werden.

Die im neuen Absatz 3b eröffnete Möglichkeit, dass eine Krankenkasse in Einzelfällen aus medizinischen oder sozialen Gründen oder in anderen Fallkonstellationen Kosten selbst beschaffter Leistungen erstattet, sowie Verträge auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abschließt, ist insbesondere, wie auch in der Gesetzesbegründung ausgeführt, bei seltenen Erkrankungen und anderen komplexen Fallkonstellationen von Belang und zu begrüßen.

So sinnvoll die im Entwurf vorgeschlagenen Änderungen für die Erprobung innovativer Formen der Leistungserbringung sind, so notwendig ist es auch, dass in der Regelversorgung sektorenübergreifendes Handeln mehr als bisher ermöglicht wird, um die Begrenzungen, die mit Selektivverträgen verbunden sind, aufzuheben. Selektivverträge setzen auf eine wettbewerbliche Konstellation zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern. Wenn sie Kooperationen fördern, schließen sie doch zugleich, da selektiv, Akteure aus der Verpflichtung zu einer gemeinsam verantworteten Gestaltung der sozialräumlichen Versorgung aus. Gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen, die mitunter auch in schwierigen Lebensbedingungen leben, sind unter wettbewerblichen Gesichtspunkten nicht immer wirtschaftlich interessant, noch macht es unter den Gesichtspunkten der Gesundheit und der Teilhabe Sinn, ihnen den Zugang zu sektorenübergreifenden Leistungselementen dadurch zu erschweren, dass diese nur selektiv, fragmentiert, umgesetzt werden; wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Analyse in den „Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018“.

Vor dem Hintergrund der Analyse setzt sich die Diakonie Deutschland für weitergehende Veränderungen des SGB V ein, um die **Regelversorgung** sektorenübergreifend zu gestalten. Die selektivvertraglichen Regelungen nach § 140a können ihrem besonderen Charakter entsprechend auf die zeitlich begrenzte Erprobung innovativer Versorgungsformen, die mit besonderer Begründung über eine Frist hinaus weitergeführt werden können, beschränkt werden.

Zusätzlicher Handlungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch

Finanzierung Corona-bedingter Mehrbelastungen der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach Wiederaufnahme der Versorgung

Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygieneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

Eine Vollauslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist unter den erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen jedoch angesichts unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten in kaum einer Einrichtung möglich. Der Auslastungsgrad der Einrichtungen ist von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Auch können die Reha- und Vorsorgekliniken die Belegung nicht vollständig steuern. So kommt es nach wie vor zu Belegungsausfällen aufgrund von kurzfristigen Patientenabsagen,

kurzfristigen Anamnese-Kontakten vor der Anreise und zu Abreisen aus Kliniken. In Folge dieser Entwicklungen kommt es nach wie vor zu Mindereinnahmen, teilweise unterhalb der Wirtschaftlichkeitsgrenze.

Die Diakonie Deutschland setzt sich für Lösungen zum Ausgleich weiterhin bestehender Mindereinnahmen ein, die, wie sie jüngst im ergänzenden Referentenentwurf des KHZG gefunden wurden, auch einrichtungsindividuell gestaltet werden können.

Ein erster Schritt sollte sein, die in § 111d Absatz 8 getroffene Regelung umzusetzen, wonach das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Frist für die Ausgleichszahlungen vom 30.9.2020 um sechs Monate auf den 31. März 2021 verlängern kann. Durch den Ausgleich der Corona-bedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen nach sich ziehen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen bislang nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen Corona-bedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patienten, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.
- Testungen: Insbesondere in Einrichtungen, die vulnerable Rehabilitanden betreuen, muss größtmögliche Klarheit über den Infektionsstatus herbeigeführt werden, um eine Verbreitung innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Dies gilt auch für die Überleitung in eine pflegerische Versorgung. Während symptomlose Reiserückkehrer regelhaft auf Kosten der GKV getestet werden, muss derzeit die Testung auch von geriatrischen oder neurologischen Patienten durch die Gesundheitsämter veranlasst werden. Die obersten Gesundheitsbehörden der Länder haben dazu unterschiedliche Vorgaben erlassen, so dass es nicht wenige Gesundheitsämter gibt, die keine regelhafte Testung der Rehabilitanden veranlassen.

Reha-Einrichtungen, die aus einer Risikoabwägung heraus handeln und alle Patienten testen lassen, tun dies teilweise auf eigene Kosten, wenn das Gesundheitsamt die Testungen nicht veranlasst. Den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen muss es grundsätzlich möglich sein, aufgrund einer Vereinbarung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Einbeziehung eigener Risikobewertung Testungen durchführen zu können.

Zur Verbesserung sowohl der Patientensicherheit als auch der öffentlichen Sicherheit ist eine regelhafte Refinanzierung der Kosten für Testungen der Rehabilitanden und des Einrichtungspersonals erforderlich.

Des Weiteren wiederholen wir unsere Forderung, dass auch nichtsymptomatische Patienten sowie die Beschäftigten von Einrichtungen der medizinischen Vorsorge (nach den §§ 23 und 24 SGB V) in die präventiven Regelungen des § 4 der Testungsverordnung einbezogen werden müssen.

Die Diakonie Deutschland schlägt daher vor, zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen einen pauschalen Zuschlag auf den vereinbarten Vergütungssatz in Ansatz zu bringen.

Änderungsbedarf

§ 111d Absatz 9 SGB V (neu)

„Zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 rechnen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die ab dem 1. April 2020 zur Behandlung in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 40 % auf den vereinbarten Vergütungssatz pro Tag ab. Dies gilt entsprechend für Vergütungssätze von Begleitpersonen. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber ihren Kostenträgern.“

Hilfsweise:

Sollte sich der Gesetzgeber nicht für eine pauschale Abgeltung entscheiden, schlagen wir vor, die Mehrkosten einrichtungsindividuell zu verhandeln und dafür die Rahmenempfehlungen anzupassen.

§ 111d Absatz 8 SGB V (neu)

„In den Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 sind auch Grundsätze zur Kalkulation der Corona-bedingten Mehrkosten zu vereinbaren. Diese können rückwirkend zum 1. April 2020 gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden. Bis zum Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen werden über die Refinanzierung der Mehrkosten einrichtungsindividuelle Vereinbarungen verhandelt“.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass auch die von den Krankenkassen belegten Einrichtungen der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK-Einrichtungen) – diese haben keinen Vertrag nach § 111 ff. SGB V – in diese Regelungen einzubeziehen sind.

§ 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner

Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier rele-

vante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf an dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.

Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkindfamilien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwersterkrank sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

Zu Artikel 2, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 4 (hier: zum Hebammen-Förderprogramm)

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass ein Hebammen-Förderprogramm aufgelegt wird, das die Relation von Hebammen zu Schwangeren verbessern soll. Auch ihre Entlastung durch assistierendes Fachpersonal ist zu begrüßen. Das IGES-Gutachten (Stationäre Hebammenversorgung, September 2019) hat gezeigt, dass die Versorgungssituation der Schwangeren wie auch die Arbeitssituation von Hebammen in den Kliniken durch erhebliche Probleme gekennzeichnet ist. Zu nennen sind Versorgungsengpässe in Großstädten, die mangelnde Zufriedenheit der Hebammen bezüglich der Qualität der Tätigkeit, der Umfang fachfremder Tätigkeiten, eine hohe Arbeitsbelastung bei zu niedrigem Einkommen. Die Geburtshilfe ist durch ein komplexes Entwicklungsprogramm dieses Leistungsbereichs in unterschiedlichen Hinsichten zu fördern. Die im Referentenentwurf vorgesehene Finanzierung der Personalkosten für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten ist vor dem Hintergrund der skizzierten Problemanalyse ein erster, aber bei weitem nicht ausreichender Schritt. Um nicht Kliniken auszuschließen, wird vorgeschlagen, die Relation auch in Zwischenschritten (0,6 auf 600 Geburten etc.) umzusetzen.

Zu § 9 (hier: zu den Sicherstellungszuschlägen für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin)

Durch Beifügung des neuen Halbsatzes wird die Liste um die Krankenhäuser erweitert, die bis zu einem Stichtag die Vorgaben für Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen.

Dieser Schritt wird nachdrücklich befürwortet. Er antwortet auf Versorgungs- und Finanzierungsprobleme, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften dargestellt sind. Der Zuschlag kann einen Beitrag dazu leisten, um insbesondere die regionale stationäre pädiatrische Versorgung zu sichern und damit auch die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 8 Absatz 6a SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegeassistenzkräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze, ohne dass es zu weiteren Belastungen der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen kommt, wird als ein allererster aber unzureichender Schritt zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Allerdings sollten Schritte zu einer stufenweisen Umsetzung des wissenschaftlich erarbeiteten Personalbemessungsverfahrens, wie in der konzertierten Aktion Pflege vereinbart, umgehend in einer Roadmap festgelegt werden. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36% an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil an Assistenzkräften am gesamten Mehrbedarf beträgt 69%, wobei 80 % des Personalmehrbedarfs für Assistenzkräfte auf Pflegekräfte mit Qualifikationsniveau 3 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.

In der Gesetzesbegründung werden die Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber die Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

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.

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden.

Die beschriebene 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.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. 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 Absatz 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) erhöht den bürokratischen Verwaltungsaufwand der Einrichtungen ständig und bindet erheblicher 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.

Es muss sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Pflegeassistenten nicht auf bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Landesregelungen angerechnet werden dürfen.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Erhebliche Bedenken bestehen hinsichtlich der Verknüpfung einer Finanzierung an den Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme, der durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Die Verknüpfung der Finanzierung mit einem erfolgreichen Abschluss einer landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder 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 unklar, welches Qualifikationsniveau die nachzuqualifizierenden Pflegeassistentenkräfte erreichen müssen, denn der Gesetzestext stellt nur auf das „erfolgreiche Durchlaufen einer Qualifizierungsmaßnahme“ ab. Während der Ausbildungszeit stehen die Pflegeassistentenkräfte den Einrichtungen abhängig vom Umfang der jeweiligen Qualifizierungsmaßnahme nur mit Einschränkungen zur Verfügung. Offen bleiben die Fragen: Nach welchen Kriterien bewertet wird, ob und wann eine Maßnahme erfolgreich durchlaufen oder abgeschlossen wurde? Wie wird die Ausbildung finanziert, wenn nicht ein Abschluss „Pflegeassistent“ nach Landesrecht angestrebt wird? Der Bezug auf die sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahmen ist unspezifisch und lässt offen, welche Qualifizierungen im Sinne des § 8 Absatz 6a anerkannt werden.

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 konzertierten Aktion Pflege angestoßen. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz Rahmenvorgaben machen.

Um diese Stellen kurzfristig im Sinne des § 8 Absatz 6a zu besetzen und um die Assistenzausbildung aufzuwerten, ist eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung dringend erforderlich.

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

Zu § 150 Absatz 5c

Mit der vorliegenden Regelung hat das BMG dem Anliegen der Diakonie Deutschland 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 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 § 150 Absatz 5d Pflegeunterstützungsgeld aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie i.V. mit Artikel 4 § 9a PflegeZG

Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass der pandemiebedingte zusätzliche Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld nicht auf den Anspruch auf reguläres Pflegeunterstützungsgeld, das je pflegebedürftiger Person für bis insgesamt 10 Arbeitstage bezogen werden kann, angerechnet wird. Die Regelung hilft Beschäftigten, die beispielsweise wegen Schließung einer Tagespflegereinrichtung 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.

Weitergehender Änderungsbedarf zu § 150 SGB XI

Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote: Verlängerung des Schutzschirms über den 30.9.2020 hinaus

Der Schutzschirm des § 150 Absatz 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Absatz 5a 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 % aller durch 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:

- 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 haben**, z. B. wenn Doppelzimmer aufgrund von Quarantäneregeln oder Kohortenisolierung nicht belegt werden können.

Zusätzlich können natürlich **außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen für Hotspotregionen auch für die ambulante Pflege und die stationären Hospize entstehen neben den teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen. 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, ...) werden wir auch nach dem 30.09.2020 **außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen für Schutz- und Hygienematerialien sowie entsprechende Schutz- und Hygienemaßnahmen** haben. Hierzu zählen insbesondere:

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP2 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:** gesteigener Bedarf an Sachkosten für Desinfektionsmittel, Isoliervorrichtungen und an Zeitaufwand für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie perspektivisch 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 kleinen, 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 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 Tagesbedarfsätzen führen werden. Dies 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 des Schuttschirms von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen/-dienste

§ 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. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

Änderungsbedarf

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

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.“

Gez.
Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

