BWKG
Krankenhaus
Reha
Pflege

BWKG e.V. · Postfach 100428 · 70003 Stuttgart

Bundesministerium für Gesundheit

Pflegeeinrichtungen,
Personal und Recht

Telefon 0711 25777-17
Telefax 0711 25777-99
hessler@bwkg.de

Unser Zeichen
1204-30, 3410, 1206-20
He/Cp
101_105_Referentenentwurf
Pflegekompetenzgesetz.docx

30.09.2024

Referentenentwurf Pflegekompetenzgesetz – Stellungnahme der BWKG-Geschäftsstelle

Sehr geehrter, lieber Herr Dr. Schölkopf,

obwohl die BWKG als Landesverband nicht zum Kreis der anzuhörenden Verbände gehört, erlauben wir uns angesichts der Bedeutung des Gesetzes, Ihnen Hinweise auf Änderungsbedarfe zu übermitteln.

Der Entwurf zeugt von dem Willen einer zukunftsfähigen Fortentwicklung der Pflege. Diese Fortentwicklung ist wichtig und in einem bestehenden System mit großen Herausforderungen verbunden.

Der Entwurf enthält keinen „großen Wurf“, sondern schafft Fortentwicklungen, die an bereits bestehende Systematiken anknüpfen und im Leistungsrecht die Sektorentrennung fortschreiben.

Die tatsächlichen Auswirkungen lassen sich noch nicht abschätzen, da häufig nur ein nicht sehr konkreter Rahmen gesetzt wird, der erst durch die Bundesselbstverwaltung oder andere Akteure auszufüllen ist. Dies bietet zwar einerseits die Chance einer höheren Sachnähe. Andererseits zeigen die Erfahrungen, dass die Umsetzungen der Bundesselbstverwaltung äußerst mühsam und langsam erfolgen, weshalb alle Umsetzungsfristen in dem Gesetz deutlich zu knapp bemessen sind. Zudem sind die damit erforderlichen Kompromisslösungen nicht der Weg zu tiefgreifenden Systemänderungen.

Die viel geforderte Entbürokratisierung, welche wichtige Ressourcen im System wieder freisetzen würde, lässt sich in dem Gesetzentwurf außer in ein paar kleineren Ansätzen nicht erkennen. Im Gegenteil: Anstelle einer Vereinfachung wird der Komplexitätsgrad nochmals größer.

Im Teil I der Stellungnahme wird zunächst auf die Regelungen eingegangen, welche die Kompetenzen der Pflege betreffen, die über mehrere Gesetze verteilt sind. In Teil II wird

auf die Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen und in Teil III wird paragraphenchronologisch auf die sonstigen Regelungen eingegangen.

I. Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen

Die BWKG-Geschäftsstelle begrüßt und befürwortet nachdrücklich eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Pflege und den Beginn der überfälligen Abkehr von dem überkommenen ärztlichen „Heilkundemonopol“ in Deutschland. Die im Gesetzentwurf getroffenen Regelungen stellen dabei einen ersten Schritt zur Stärkung der Kompetenzen der Pflege dar, dem weitere folgen müssen.

Die Regelungen bleiben leistungsrechtlich weitgehend im bisherigen System der Übertragung von Aufgaben durch Ärzte, wobei nun aber die Möglichkeiten der Übertragung zur selbständigen Durchführung relevant erweitert werden.

- ***Zu § 15a SGB V RE - Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen***

  Laut § 15a Satz 1 SGB V-RE sind pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI durch Pflegefachpersonen zu erbringen.

  Die BWKG-Geschäftsstelle begrüßt und befürwortet nachdrücklich eine Anerkennung und Stärkung der pflegerischen Kompetenzen.

  Die vorgeschlagene Regelung ist hierfür allerdings ungeeignet und u. E. aus systematischen Gründen abzulehnen. Sie greift zu kurz und führt zu Verwirrung. Zum einen erbringen unzweifelhaft auch Ärzte im Rahmen des SGB V heilkundliche Leistungen. Zudem gibt es weitere Berufsgruppen wie die Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenten, die eine breite Schnittmenge mit der Pflege haben und auch pflegerische Leistungen erbringen. Außerdem erfolgt die sog. Behandlungspflege in Form einer durch den Arzt delegierten Leistung auch durch Berufsgruppen wie die Medizinischen Fachangestellten.

  Satz 2 ist eine unnötige Doppelung zu § 4 PflBG.

  Die Regelung des § 15a SGV V sollte sich auf die Definition der Pflegefachpersonen und die Definition der erweiterten heilkundlichen Aufgaben beschränken.

  Zudem legt der Bezug auf die „gleichwertige Qualifikation“ im derzeitigen Absatz 1 Satz 3 den Fokus auf die hochschulische Ausbildung und kann damit in Frage stellen, ob nicht hochschulische Qualifikationsmaßnahmen ausreichend sind; deshalb erscheint eine Umformulierung angezeigt. Der derzeitige Satz 4 ist als Klarstellung gedacht, könnte aber in einer abstrakten Formulierung, wie sie im Folgenden vorgeschlagen wird, entfallen.

Es wird dringend um folgende Änderungen gebeten:

- **§ 15a Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V sind zu streichen.**

- **Abs. 2 des Entwurfs wird zu Abs. 1**

- **Absatz 2 sollte wie folgt umformuliert werden:**

  „Erweiterte heilkundliche Leistungen von Pflegefachpersonen gehen über die selbständige Ausübung von Heilkunde hinaus, zu der die Kompetenzen im Rahmen der regelhaften Berufsausbildung nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes vermittelt werden. Sie können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen Qualifikation, die zur Erbringung der erweiterten heilkundlichen Leistungen befähigt, erbracht werden.“ [*Die Qualifikation kann sich dabei auch auf andere als die in § 37 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufegesetzes benannten erweiterten heilkundlichen Aufgaben beziehen.]*

- ***Zu § 8 Abs. 3c SGB XI-RE***

Mit finanzieller Förderung der Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und der Krankenkassen im Umfang von 10 Millionen bis 2030 können wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, erstellt werden.

Laut Begründung soll ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Qualifikationen erstellt werden, mit Aufgabenbeschreibungen und Empfehlungen für Mindestinhalte für Weiterbildungen.

Der Ansatz einer wissenschaftlichen Entwicklung wird begrüßt. Allerdings ist dafür Sorge zu tragen, dass auch die Praxistauglichkeit erhalten bleibt. Hierfür ist die Anhörung der Organisationen der Pflegeberufe vorgesehen, weitere geeignete Fachorganisationen können beteiligt werden. Es ist wichtig, dass hier auch die Verbände der Leistungserbringer- und Schulträger ein Anhörungsrecht erhalten. Dies erleichtert auch die anschließend wünschenswerte Transmission in (leistungsrechtliche) Regelungen.

Aufgrund der zu § 15a SGB V-RE dargelegten Vorbehalte gegenüber einer Herausnahme der heilkundlichen Tätigkeiten aus dem Begriff der pflegerischen Tätigkeiten wird zudem eine Umformulierung angeregt.

Es werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

- *„…wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen ~~und~~**, einschließlich** heilkundlichen**,** Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau ~~nach Maßgabe von § 15 des Fünften Buchs~~ erbracht*

werden können."

- **Ergänzung des Satzes 4**

  „… fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a in geeigneter Art und Weise einzubeziehen ***und im Falle absehbarer erheblicher organisatorischer Auswirkungen die Expertise der Verbände der Leistungserbringer- und Schulverbände auf Bundesebene."***

- **Zu § 39 Abs. 1 SGB V-RE – Pflege als Teil der Krankenhausleistungen**

Die vorgeschlagenen Begrifflichkeiten der pflegerischen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen in § 39 SGB V und auch in § 15a Abs. 1 sollten nochmals reflektiert werden. Angesichts des geänderten Heilkundebegriffs in § 4a PflBG-RE kann eine pflegerische Leistung auch eine heilkundliche Leistung sein - nur ist nicht jede pflegerische Leistung auch eine heilkundliche Leistung. Die Differenzierung der Begriffe ist der Sache nach nicht erforderlich.

Es wird daher für sinnvoll erachtet, die Änderung des § 39 SGB V auf den inhaltlich relevanten Aspekt der erweiterten heilkundlichen Leistungen zu beschränken:

„(…) insbesondere ärztliche Behandlung (3 28 Abs. 1), Krankenpflege einschließlich der ~~pflegerischen, heilkundlichen und~~ erweiterten heilkundlichen Leistungen nach § 15a, Versorgung mit Arznei-, (…)"

- **Zu § 4a PflBG-RE – Selbständige Heilkundeausübung**

Die Regelung zur selbständigen Heilkundeausübung durch die Pflege im Pflegeberufegesetz soll der Stärkung der Pflege dienen und wird insoweit begrüßt. Es ist wichtig, diese Regelung im Berufsrecht und nicht im Leistungsrecht zu treffen, da es auch pflegerische Tätigkeiten außerhalb des Leistungsrechts gibt.

Unter selbständiger Ausübung von Heilkunde wurde allerdings bislang auch die Entscheidung über das „Ob" einer Behandlungsmaßnahme („Anordnung" im Falle einer Delegation) verstanden und nicht die bloße Durchführung der Maßnahme. Mit der Regelung geht daher eine Veränderung des Verständnisses der Begrifflichkeit „einer selbständigen Heilkundeausübung" einher. Eine selbständige Heilkundeausübung kann auch die selbständige Durchführung einer ärztlich angeordneten Maßnahme sein.

Allerdings legt der vorgeschlagene Wortlaut nahe, dass eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz absolviert worden sein muss, was erst auf Ausbildungsbeginn ab dem Jahr 2020 zutreffen würde.

Erforderlich erscheint daher folgende Umformulierung des § 4a Abs. 1 S. 1 PflBG-RE:

„Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz ~~erworbenen~~ ***zu erwerbenden*** *Kompetenzen befugt."*

- **Zu § 73d SGB V-RE – Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen**

  Angesichts eines Zeitraums von 15 Jahren, in dem aus verschiedenen Gründen der Weg von Modellprojekten nicht erfolgreich beschritten werden konnte, wird nachdrücklich begrüßt, dass dieser Weg verlassen wird und nunmehr Regelungen für die Regelversorgung getroffen werden.

- **Zu § 73d Abs. 1 Nr. 1 SGB V-RE - Katalog erweiterter heilkundlicher Maßnahmen**

  Die leistungsrechtliche Festlegung eines Katalogs an erweiterten heilkundlichen Maßnahmen durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene wird als pragmatischer Ansatz ausdrücklich begrüßt. Die Abgrenzung zwischen „Standard"-Aufgaben und erweiterten Aufgaben richtet sich nach dem Curriculum der beruflichen Pflegeausbildung. Es besteht ein großes Potenzial der Übernahme sonstiger Aufgaben, ohne dass sich dies abstrakt konkretisieren ließe. Ein individueller Ansatz, der auf die bei einer einzelnen Pflegefachperson ganz konkret vorhandenen Kompetenzen abstellt, wäre organisatorisch schwer abbildbar. Daher sind klare Kataloge hilfreich, die – unabhängig von konkreten Personen – die Entwicklung von Standards möglich machen und die entsprechend zusätzlich erwerbbarer Kompetenzen von Pflegefachpersonen kontinuierlich erweitert werden können.

  Zu begrüßen ist, dass auch Weiterbildungen zu berücksichtigen und berufliche Erfahrungen berücksichtigungsfähig sind. Um späteren Diskussionen vorzubeugen, wäre es sinnvoll, die Qualifikationen nach § 14 PflBG ausdrücklich im Gesetz und nicht nur in der Begründung zu nennen.

  Zu kritisieren ist, dass diese Entwicklung zunächst auf den vertragsärztlichen Sektor beschränkt wird und damit die Kassenärztliche Vereinigung faktisch erheblichen Einfluss darauf haben wird, was zukünftig an selbständiger Leistungserbringung geschieht.

  Wie in der Begründung zutreffend ausgeführt wird, unterliegt der stationäre Krankenhausbereich diesbezüglich keinen Restriktionen. Faktisch werden die ambulant gesetzten Standards jedoch Ausstrahlungswirkung haben, zumal ein großer Teil der Behandlungen an den Krankenhäusern zwischenzeitlich in ambulanten Formen erfolgt. In der Begründung zu Abs. 3 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen neben den fachlichen Empfehlungen nach § 8 Abs. 3c SGB XI auch an dem Rahmenvertrag orientieren sollen.

  Es ist daher keinesfalls akzeptabel, dass der Entwurf – anders als für die stationären Pflegeeinrichtungen - keine Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft an der Verhandlung des Rahmenvertrags nach § 73d SGB V-RE vorsieht.

  Die BWKG-Geschäftsstelle sieht daher folgende Ergänzung für eine Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft als dringend erforderlich:

> *„Die Spitzenorganisationen nach § 13d Abs. 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Vereinigung vereinbaren unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI* ***und der der Deutschen Krankenhausgesellschaft*** *in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2025 …“*

Zudem muss – wenn nicht in diesem Gesetz, dann jedenfalls zeitnah – auch für **stationäre Pflegeeinrichtungen** die Möglichkeit eröffnet werden, nicht nur Ort einer Erbringung erweiterter Pflegemaßnahmen zu sein, sondern **selbst als Leistungserbringer zu agieren**, wie dies ja derzeit auch bei der rahmenvertraglich geregelten Behandlungspflege der Fall ist. Die erweiterten Maßnahmen bieten einen Anlass mehr, die systematisch fragliche Ansiedlung der Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen im SGB XI-Leistungsbereich zu beenden und direkte Leistungsbeziehungen der stationären Pflegeeinrichtungen mit den Krankenkassen zu begründen. Diese wird dann auch eine dringende finanzielle Entlastung für die Heimbewohnerinnen und -bewohner bedeuten.

- **Zu § 73d Abs. 1 Nr. 2 SGB V-RE - Katalog zulässiger selbständiger Folgeverordnungen samt Hilfsmittel**

Diesbezüglich wird auf das zu Nr. 1 Ausgeführte verwiesen und ergänzend auf Folgendes hingewiesen:

Zu hinterfragen ist, ob auch die Folgeverordnungen für die häusliche Krankenpflege einschließlich der für die Maßnahmen benötigten Hilfsmittel tatsächlich von bestimmten Kompetenzen abhängig gemacht werden müssen oder ob sie nicht generell bei Pflegefachpersonen zugelassen werden können, so dass sich die Entscheidung der Rahmenvertragspartner darauf beschränkt, um welche Leistungen es sich handelt. Nur so werden sich spürbare Entlastungspotenziale erschließen lassen.

Angeregt wird folgende Änderung:

> *„einen Katalog an Leistungen (…), die Pflegefachpersonen~~, abhängig von den erworbenen Kompetenzen,~~ selbständig als Folgeverordnung veranlassen können…“.*

- **Zu § 73d Abs. 4 SGV V-RE – Übertragung durch den Vertragsarzt**

Die Regelung, dass der Vertragsarzt/die Vertragsärztin einer Pflegefachperson die selbständige Ausübung übertragen kann, hält am Bild einer Einzelarztpraxis fest, die es zunehmend weniger gibt. Viele Ärzte arbeiten zwischenzeitlich in MVZ oder sind angestellt. Es muss auch möglich sein, dass z. B. die Leitung eines MVZ die Entscheidung für alle im MVZ tätigen Ärzte übernimmt. Insoweit müsste offener auf den vertragsärztlichen Leistungserbringer abgestellt werden:

> *„Der* ***vertragsärztliche Leistungserbringer*** *~~Vertragsarzt~~ kann einer…“,*

Nach Auffassung der BWKG-Geschäftsstelle kann Absatz 4 allerdings in Gänze gestrichen werden. Der Rahmenvertrag nach § 73d SGB V-RE legt – unabhängig von

konkreten Personen – eine Übertragbarkeit kraft Kompetenzen fest. Ob der einzelne vertragsärztliche Leistungserbringer die Aufgabe übertragen möchte, bleibt – unabhängig von der gesetzlichen Regelung - in seiner Entscheidung und haftungsrechtlichen Verantwortung.

- **Zu § 87 Abs. 2a SGB V-RE - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

  Von praktisch hoher Bedeutung ist eine Vergütung der Leistungen, welche auf Pflegekräfte übertragen werden, im Rahmen des EBM.

  In § 87 Abs. 2a SGB V-RE ist ein Verweis auf § 73d Abs. 2 SGB V vorgesehen. § 73d Abs. 2 SGB V beinhaltet allerdings die Festlegung zum Verfahren bei einer Nichteinigung auf einen Rahmenvertrag nach § 73d Abs. 1 SGB V. Es wird daher von einem Redaktionsversehen ausgegangen und angenommen, dass ein Verweis auf Abs. 1 gemeint ist.

  Die durch Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen sollen nicht mehr unter die allgemeine Delegationsregelung in § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V gefasst werden, sondern die selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen soll gesondert geregelt werden.

  Die vorgeschlagene Einfügung des neuen § 73 d SGB V ergänzend zu den Fällen des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V irritiert allerdings. Denn im Rahmen des § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V kommt der Formulierung „qualifiziert erbracht“ eine wichtige regulierende Bedeutung zu, die bei der Leistungserbringung nach § 73d SGB V überflüssig erscheint, da die erforderliche Qualifikation dort bereits durch den Rahmenvertrag festgelegt wird, so dass es primär um die Festlegung einer angemessenen Vergütung geht.

  Dies spricht für eine gesonderte Regelung für Leistungen nach § 73d SGB V in einem eigenen Satz. Hierfür spricht auch die Tatsache, dass eine Fristvorgabe gesetzt werden sollte, um die Umsetzung zu beschleunigen.

  Es wird daher die Streichung der vorgesehenen Einfügung und stattdessen die Einfügung der folgenden neuen Sätze 10 und 11 in Abs. 2 a gefordert**:**

  > ***„In die Überprüfung und Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach Absatz 2 Satz 2 sind auch die Leistungen durch Personen nach § 73 d Absatz 1 einzubeziehen, für die eine angemessene Vergütung zu regeln ist. Die Ergebnisse der Überprüfung haben erstmalig … [6] Monate nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags nach § 73 Abs. 1 SGB V in Kraft zu treten.“***

  Die darauffolgenden Sätze verschieben sich entsprechend der Einfügung.

Teil II Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Zu § 92c SGB XI RE – Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Nach § 92c Abs. 1 SGB XI-RE können ambulante Pflegeeinrichtungen sektorenübergreifende Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach SGB XI und den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen schließen.

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Damit wird eine gewisse Leistungsflexibilisierung ermöglicht, die die bisher starre Abgrenzung zwischen den Sektoren SGB V und SGB XI etwas aufweicht. Ebenfalls positiv zu bewerten ist die regelhafte Einbeziehung der zuständigen Träger der Sozialhilfe und damit für die Betroffenen die Sicherstellung der Finanzierung des Leistungsangebotes, auch im Falle von Sozialhilfebezug.

Allerdings sieht die BWKG-Geschäftsstelle folgende Aspekte des konkreten Regelungsvorschlags für die in § 92c Abs. 1 SGB XI-RE vorgesehenen Regelungen als problematisch.

- **Aufbau eines dritten Sektors**

  Die Regelungen in § 92c SBG XI-RE erwecken den Eindruck, dass damit sozialrechtlich eine dritte Säule neben der ambulanten und stationären Versorgung von pflegebedürftigen Menschen geschaffen wird. Dies sollte vermieden werden. Im Zuge der langfristigen Sicherstellung von tragfähigen Versorgungsstrukturen und der Entbürokratisierung ist solch eine dritte Säule nicht notwendig, sondern geboten ist vielmehr die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, mit flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten.

- **Beschränkung auf ambulante Dienste als Versorgungsträger**

  Nach § 92c Abs. 1 SGB XI-RE ist es nur für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen möglich, entsprechende Versorgungsverträge für gemeinschaftliche Wohnformen abzuschließen. Gerade vor dem Hintergrund des steigenden Fachkräftemangels ist der Einsatz dieser knappen Ressource für die Aufrechterhaltung professioneller Angebote in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen notwendig. Gefordert wird daher eine Öffnung zum Abschluss von Verträgen auch für stationär organisierte Angebote ohne einen Versorgungsvertrag als ambulante Einrichtung, welcher zur Versorgung aller Personen im Einzugsbereich verpflichten würde. Es braucht die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung als eigene Versorgungsform, unabhängig von stationären und ambulanten Zulassungen. Eine solche enthält § 92b SGB XI im Rahmen einer integrierten Versorgung, die allerdings kassenspezifisch vereinbart wird und eine Einschreibung der Versicherten voraussetzt. Es braucht nun aber die Möglichkeit eines tatsächlichen sektorenübergreifenden Vertrags, der als Versorgungsvertrag für alle Kostenträger und auch für die Kunden verbindlich ist.

Empfehlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene in Abs. 2

Bereits bestehende ambulant betreute Wohngemeinschaften müssen gestärkt und weiterentwickelt und dabei die landesspezifischen Gegebenheiten sowie erfolgreiche Modellprojekte entsprechend berücksichtigt werden.

Unterschiedliche Angebote für innovative Wohnformen, die stationäre und ambulante Versorgungskomponenten zu einem Versorgungsangebot integrieren, wurden in den letzten Jahren - auch entsprechend dem Willen und Auftrag des Gesetzgebers - modellhaft aufgebaut und haben sich in der Zwischenzeit als wichtiger und tragfähiger Bestandteil in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen etabliert, wie auch wissenschaftliche Evaluierungen der Modellprojekte unterstreichen.

Wenn nun die Selbstverwaltung auf Bundesebene mit der Erarbeitung von Empfehlungen, die dann wiederum von den Verhandlungspartnern auf Landesebene umgesetzt werden sollen, beauftragt wird, bringt dies ein hohes Maß an Ungewissheit: Auch angesichts der gesetzlichen Frist besteht eine hohe Unsicherheit, bis wann Empfehlungen vorliegen und vor allem, was diese beinhalten. Es besteht die Gefahr, dass Erfahrungen aus bisher bereits etablierten Modellen und Wohnformen nur selektiv anerkannt und (länder-)spezifische Gegebenheiten nicht berücksichtigt werden.

Die Umsetzungen sollten daher von vornherein direkt in die Hand der Selbstverwaltung auf Landesebene gegeben werden (Rahmenverträge nach § 75 SGB XI) und dieser ist aufzugeben, erfolgreiche Modellprojekte in weitere Vereinbarungen umzusetzen. Zudem müssen erfolgreiche laufende Projekte unverändert und unbefristet fortgeführt werden können.

Der Zeitraum für die in Absatz 3 vorgesehene Evaluation ist mit drei Jahren deutlich zu kurz ausgestaltet, da der Aufbau neuer Projekte - nicht zuletzt wegen des Findens oder Errichtens geeigneter Räumlichkeiten - erhebliche Vorlaufzeiten mit sich bringt.

Vor diesem Hintergrund werden folgende Änderungen für erforderlich gehalten:

1. **Durchgängige Streichung der Beschränkung auf <u>ambulante</u> Einrichtungen**

2. **Aufnahme des Begriffs der <u>sektorübergreifenden Versorgung</u> („Verträge zur sektorübergreifenden Versorgung“)**

3. **Ergänzung der Vertragsparteien in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 um die Vertragsparteien nach § 84 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie in Absatz 1 Satz 2 Ergänzung von § 85 SGB XI**.

4. **Beim Basispaket ist in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 zu ergänzen, dass das Basispaket auch Unterkunft und Verpflegung umfassen kann.**

5. **Anstelle der Empfehlungen der Bundesebene sind in Abs. 1 Satz 2 die evaluierten Modellprojekte zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen als Grundlage der**

Regelung durch die Selbstverwaltung auf Landesebene zu nennen.

6. **Absatz 2 mit den Empfehlungen auf Bundesebene entfällt.**

7. **Die Frist für den Bericht in Absatz 3 wird von drei auf fünf Jahre erhöht.**

Hilfsweise wird gefordert:

Zielsetzung von Modellprojekten ist es, erfolgreiche Projekte, welche im Vergleich zur herkömmlichen Regelversorgung Vorteile bieten, in die Regelversorgung zu übernehmen. Es ist daher inakzeptabel, wenn erfolgreich bewertete Modellprojekte, die mit Kassen, Sozialhilfeträgern und Behörden im Detail abgestimmt worden sind, gezwungen werden sollen, sich unverzüglich nach Veröffentlichung der Empfehlungen auf Bundesebene auf ein anderes, neues System umzustellen.

Für Modellprojekte, welche eine positive wissenschaftliche Evaluation erhalten haben, muss ein unbefristeter Bestandsschutz in Form einer dauerhaften Fortführbarkeit geregelt werden.

Teil III Sonstige Regelungen entsprechend der Chronologie des Entwurfs

- **Zu § 11 Abs. 2 SGB XI-RE – Delegationskonzepte**

  Eine gesetzliche Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen, ein Delegationskonzept vorzuhalten, ist ein weiterer Ausdruck einer überschießenden Regulierung, welche zu der allseits beklagten Bürokratisierung führt. Es ist eine organisatorische Selbstverständlichkeit, dass die für die Pflege verantwortliche Person Aufgaben nur Personen zuweist, welche über die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen. Dies ist bereits aus haftungsrechtlichen Gründen geboten. Es braucht keine neuen bürokratischen Vorgaben, in welcher Form dies zu geschehen hat und welche nicht die notwendige situative Flexibilität bieten. Im Rahmen des Qualitätsmanagements, das deutlich breiter greift, sind ohnehin schon Festlegungen zu den Verantwortlichkeiten und der Leistungserbringung zu treffen (z. B. Nr. 1.3 der MuG vollstationär).

  Die BWKG-Geschäftsstelle fordert deshalb, **§ 11 Abs. 2 SGB XI-RE ersatzlos zu streichen**.

- **Zu §§ 45a ff SGB XI-RE – Unterstützungsangebote**

  Die Intention, die Unterstützungsangebote im Alltag zu stärken, wird begrüßt. Angesichts der demographischen Entwicklung steigt die Bedeutung informeller Hilfen.

  Richtig ist es, die Etablierung solcher Angebote im Vergleich zum bislang geltenden Recht zu erleichtern. Die Bereitschaft, sich langfristig verbindlich ehrenamtlich zu engagieren, ist jedoch nach den Erfahrungen der Träger im Sozialbereich deutlich rückläufig. Umso wichtiger ist es, nicht durch Anforderungen und Nachweishürden Personen von einem ehrenamtlichen Engagement abzuhalten.

Es wird deshalb begrüßt, dass die entsprechenden Möglichkeiten - auch im Hinblick auf Einzelpersonen - ausdrücklich erweitert werden sollen. Die **Anforderungen sollten jedoch insgesamt noch weiter reduziert werden**, um informelle Hilfe im breiteren Umfang und in vielfältiger Form möglich zu machen (Hilfe bei kleineren Tätigkeiten im Haushalt, Frühjahrsputz, Einkaufshilfe etc.). Letztlich würden aus Sicht der BWKG-Geschäftsstelle eine einfache Registrierungsmöglichkeit und der Hinweis auf institutionelle Beschwerdemöglichkeiten ausreichen.

Nicht akzeptabel sind hingegen die in den §§ 45f und 45g SGB XI-RE enthaltenen Änderungen mit der Erhöhung des Umwandlungsanspruchs des ambulanten Sachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI sowie vor allem die Einführung der Umwandlung von Leistungsansprüchen im Bereich teilstationärer Sachleistung nach § 41 SGB XI.

Zum einen dürfen dort, wo es qualitätsgesicherte, professionelle Hilfestrukturen gibt, diese nicht durch einen Wettbewerb informeller und damit deutlich günstigerer Angebote unter wirtschaftlichen Druck geraten. Viele Träger haben in den letzten Jahren mit viel Engagement Tagespflegeangebote aufgebaut, die einem solchen Wettbewerb nicht Stand halten würden.

Zudem würde durch die Anforderung, dass nur bei einer gänzlichen Nichtinanspruchnahme der professionellen Hilfe im jeweiligen Monat ein Umwandlungsanspruch entstehen würde, eine gefährliche Lenkungswirkung entstehen. Eventuell wurde hier nur eine missverständliche Formulierung gewählt, so dass eigentlich gemeint ist, dass in **dem Umfang**, in dem keine Sachleistungen in Anspruch genommen wurden, noch ein Umwandlungsanspruch besteht. Dann muss der Wortlaut aber umformuliert werden.

Es wird daher folgender Änderungsbedarf gesehen:

Anstelle des vorgeschlagenen Umwandlungsanspruchs im Bereich der teilstationären Sachleistungen und der Erhöhung des Umwandlungsanspruchs bei den ambulanten Pflegesachleistungen muss es einen Ausbau der kommunal getragenen Hilfestrukturen und/oder eine Anhebung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI geben.

- **Zu § 72 Abs. 1a SGB XI-RE – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag**

Der Abschluss von Versorgungsverträgen läuft schon heute oft schleppend, was hohe wirtschaftliche Risiken für Träger bedeutet, die eine Einrichtung eröffnen möchten und hierfür bereits Personal aufbauen müssen, das bezahlt werden muss. Die Anforderungen an die Versorgungsverträge sind in den letzten Jahren immer stärker ausgeweitet worden und die Dauer bis zur Unterschrift aller Vertragsparteien hat sich deutlich verlängert.

Die vorgeschlagenen Regelungen zur Beachtung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und, sofern vorhanden, eines sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses und von regionalen Ausschüssen und der kommunalen Strukturplanung sind eine weitere Belastung des Verfahrens. Zum einen wird es die Verfahrensläufe nochmals verlängern. Zum anderen würde es ganz viele Unklarheiten in der

Umsetzung geben, da weder ein konkretes Verfahren noch konkrete Konsequenzen für den Fall einer Nichtbeachtung geregelt sind.
Vor diesem Hintergrund wird Folgendes gefordert:

Die Regelung in § 72 Abs. 1a SGB XI-RE ist zu streichen.

- **Zu § 82c Abs. 2a SGB XI – Ergänzungsvorschlag zur Klarstellung für Einrichtungen mit einem regional üblichen Vergütungsniveau**

  Zur Vereinfachung von Pflegesatzverhandlungen wäre eine Klarstellung für Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, hilfreich.

  In 82c Abs. 2a SGB XI wurde für Einrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 SGB XI entlohnen, bereits klargestellt, dass eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 SGB XI oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 SGB XI nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Für Einrichtungen, welche das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, ist hingegen noch keine Klarstellung erfolgt, bis zu welcher Grenze diese nicht als unwirtschaftlich anzusehen sind. Hier bedarf es dringend einer Anpassung.

  Es wird daher angeregt, an § 82c Abs. 2 SGB XI folgenden Satz anzufügen:

  „In Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau anwenden, kann für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifgebundener oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundener Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

- **Zu § 84 Abs. 2 SGB XI – Externer Vergleich**

  Eine weitere Erleichterung für die Pflegesatzverfahren könnte nach den gesammelten Erfahrungen durch eine klare Regelung zum externen Vergleich erreicht werden.
  § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI regelt, dass sich der externe Vergleich auf die Pflegesätze der Einrichtungen bezieht. Da sich die Pflegesätze allerdings zu einem wesentlichen Anteil aus Personalkosten zusammensetzen, wird eine Klarstellung benötigt, dass sich der externe Vergleich nicht auf die Personalkosten der Einrichtungen beziehen kann.

  Die Formulierung des § 84 Abs. 2 ist wie folgt anzupassen:

  „(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die

Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. ***Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim ermöglichen, auch unter Berücksichtigung der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse seine Aufwendungen nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen****. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.* ***Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4, nicht jedoch die Personalkosten derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen****."*

- **Zu § 85 Abs. 5 SGB XI-RE – Anrufung der Schiedsstelle im Pflegesatzverfahren**

Der Entwurf greift ein weiteres Problem auf: Die Erfahrungen aus Vergütungsverhandlungen zeigen, dass viele Einrichtungen aufgrund der gestiegenen Personal- und Sachkosten nicht ausreichend liquide Mittel zur Verfügung haben, um die Kosten vorzufinanzieren, bis bei einem Scheitern der Verhandlungen die Schiedsstelle entschieden hat.

Die Schaffung der Möglichkeit, gemeinsam als Vertragsparteien vorzeitig die Schiedsstelle anzurufen, um das Verfahren zu beschleunigen, entspricht jedoch nicht der praktischen Verhandlungsrealität vor Ort und würde sich nicht als Erleichterung erweisen. Die Ziele der Vertragsparteien sind bei Pflegesatzverhandlungen sehr unterschiedlich, z. B. haben die Kostenträger im Normalfall kein Interesse daran, vor Ablauf der 6-Wochenfrist ein Scheitern der Verhandlungen zu erklären.

Einrichtungen müssen deshalb in die Lage versetzt werden, zeitnah einseitig und zeitnah die Schiedsstelle anrufen zu können, um im Falle eines Schiedsverfahrens in keine finanziellen Schwierigkeiten zu geraten. Die in § 85 Abs. 5 SGB XI vorgesehene Frist von sechs Wochen vor Anrufung der Schiedsstelle ist daher auf vier Wochen zu verkürzen.

Es wird folgende Umformulierung des § 85 Abs. 5 SGB XI vorgeschlagen:

„(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von ***vier Wochen*** *nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest."*

- **Zu § 85 Abs. 6 SGB XI-RE – Rückwirkung des Schiedsspruches**

  Die in § 85 Abs. 6 SGB XI-RE vorgesehene Änderung, dass bei einer Änderung des Antrags der Schiedsspruch nur auf den Zeitpunkt der Antragstellung zurückwirkt, ist abzulehnen. Bei Pflegesatzverhandlungen handelt es sich um ein prospektives Verfahren. Eine Schiedsstellenentscheidung ergeht normalerweise frühestens drei Monate nach Abgabe der Kalkulation und Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen. In dieser Zeit können sich die der Kalkulation zu Grunde liegenden Rahmenbedingungen geändert haben, so dass es notwendig ist, hierauf mit Anpassungen des Antrags reagieren zu können. Eine auch kurzfristige Änderung des Antrags muss möglich sein. Insofern sollte klargestellt werden, dass es durch eine Korrektur der Kalkulation **gerade nicht zu einem späteren Geltungsbeginn für die Schiedsstellenentscheidung kommt**. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind durch die 4-Wochen-Ankündigungsfrist nach § 9 Abs. 2 S. 4 WBVG geschützt. Sollte dies nicht als hinreichend erachtet werden, muss bei Antragsänderungen ein rückwirkender Geltungsbeginn zumindest dann möglich sein, sofern durch die Änderung des Antrags keine Gesamterhöhung der Forderung erfolgt.

  Die Formulierung ist daher wie folgt anzupassen:

  > *„Festsetzungen der Schiedsstelle werden, soweit keine Festlegung erfolgt ist, rückwirkend mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle ein- gegangen ist. Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde* ***und die Änderung zu einer Erhöhung der Gesamtforderung führt****, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Ein jeweils vor diesem Zeitpunkt zurückwirkendes Vereinbaren oder Festsetzen von Vergütungen ist nicht zulässig.* ***Die Sätze 3 und 4 gelten nicht bei unvorhersehbaren Veränderungen der Annahmen, die der Kalkulation zugrunde lagen****."*

- **Zu § 86a Abs. 3 SGB XI-RE – Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen**

  Der neue § 86a SGB XI sieht Regelungen zum Pflegesatzverfahren und zu den Vergütungsvereinbarungen vor. Nach Absatz 3 soll der Bund Empfehlungen erarbeiten, die zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren führen und dem Ziel des Abschlusses „weitsichtiger" Vergütungsvereinbarungen dienen. Die Empfehlungen sollen direkt verbindlich sein, wenn im Landesrahmenvertrag nichts Abweichendes geregelt ist.

  Die bestehenden Landesrahmenverträge definieren bereits Bedingungen für das Verhandlungsgeschehen. Empfehlungen auf Bundesebene können nicht auf die konkreten Bedürfnisse/Gepflogenheiten in den einzelnen Bundesländern eingehen und sogar Widersprüchlichkeiten schaffen, da in den Bundesländern inhaltlich unterschiedliche Rahmenverträge gelten. Durch die direkte Verbindlichkeit sind Streitereien vorprogrammiert, inwieweit die Rahmenvertragsparteien einen Sachverhalt schon erschöpfend geregelt haben und inwieweit noch die Bundesempfehlungen zusätzlich anzuwenden sind.

Dem Ziel effizienterer Pflegesatzverfahren dient besser eine Erweiterung des Regelungsauftrags an die Rahmenvertragsparteien auf Landesebene.
Anstelle der vorgesehenen Regelung in § 86a Abs. 3 SGB XI sollte daher eine Ergänzung des § 75 Abs. 2 SGB XI um folgende Ziffern 11 bis 13 erfolgen:

11. ***geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- beziehungsweise Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,***

12. ***Methoden für vereinfachte Pauschalverfahren, bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Kollektivverfahren, einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte,***

13. ***Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.***

- **Zu § 125c SGB XI-RE – Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung**

Nach dem neuen § 125 c SGB XI-RE soll ein Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchgeführt werden. Ein solches Modellvorhaben ist nicht notwendig, da Verhandlungen seit der Coronapandemie bereits zum Großteil digital geführt werden. Aus diesem Grund sollte der geplante § 125 c SGB XI-RE gestrichen werden.

Stattdessen sollte im Rahmen des § 85 Abs. 4 SGB XI eine **Klarstellung erfolgen, dass Pflegesatzverhandlungen digital geführt werden können**. Außerdem erscheint es in diesem Zusammenhang sinnvoll, auch eine Klarstellung in § 85 Abs. 4 SGB XI aufzunehmen, dass auch digitale Unterschriften bei Vergütungsverhandlungen möglich sind.

Es werden folgende Vorschläge zur zeitgemäßen, effizienten Vorentwicklung des Pflegesatzverfahrens unterbreitet:

- **Streichung von § 125c SGB XI-RE**

- **Umformulierung des § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB XI und Ergänzung mit den neuen Sätzen 3 und 4:**

  *„Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger (…) zustande, die an der **nicht formgebundenen** Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. **Die Unterschrift kann nach Wahl des Trägers der zugelassenen Pflegeeinrichtung auch in elektronischer Form durch eine qualifizierte elektronische Signatur erfolgen. Die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen stellen hierzu eine Empfangsbereitschaft für Verhandlungsaufforderungen mit qualifizierter elektronischer Signatur sicher.** (…)“*

- **Zu § 113c Abs. 3 SGB XI-RE – Personalausstattung über die Mindestvorgaben der Landesrahmenverträge Stand 30.06.2023**

  Die Erweiterung der möglichen Personalbesetzungen nach Nr. 2 ist – ebenso wie die besondere Berücksichtigung studierter Pflegefachpersonen zu begrüßen, auch wenn die Zahl der Anwendungsfälle begrenzt sein dürfte.

  Kritisch gesehen wird hingegen die Regelung in Abs. 3 Nr. 1, wonach die Einrichtung einen bewohner- und kompetenzbasierten Personaleinsatz durch die Durchführung geeigneter Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung gewährleisten soll. Dies erhöht – eventuell unbeabsichtigt – im Vergleich zu bislang den Druck auf die Pflegeeinrichtungen.

  Die Umstellung auf einen bewohner- und kompetenzbasierten Personaleinsatz stellt eine große Herausforderung dar, wie sich in der Beratungspraxis deutlich zeigt. Viele Pflegeeinrichtungen haben sich auf den Weg gemacht. Für die Umsetzung wird aber viel Zeit benötigt und es bedarf auch konkreter Handlungsvorlagen, weshalb den Ergebnissen der Modellprojekte nicht unwesentliche Bedeutung zukommt.

  Es wird deshalb folgende Abschwächung für erforderlich gehalten:

  > *„Soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung* ***mit einem bewohner- und kompetenzbasierten Personaleinsatz durchführen*** ~~***, die einen bewohner- und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; dazu gehören auch solche Maßnahmen, die***~~***; dies gilt spätestens dann, wenn solche Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung*** *nach § 8 Abs. 3b entwickelt und erprobt worden sind****.“***

- **Zu § 113c Abs. 5 Nr. 4 SGB XI – Regelung der Aufgabenbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen**

  Die akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte werden vorrangig bei komplexen Aufgaben und bei den erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten eingesetzt werden, für die bislang aber in stationären Einrichtungen noch ein Finanzierungsmechanismus fehlt.

  Die vorgesehene Pflichtvorgabe zur Regelung von Aufgabenbereichen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Rahmenverträgen wird sich nicht sinnvoll umsetzen lassen. Es besteht ein großer Unterschied zwischen leitenden Empfehlungen und normativen Regelungen in einem § 75 SGB XI-Rahmenvertrag.

  Es wird daher gefordert:

  § 113c Abs. 5 Nr. 4 ist zu streichen.

- **Zu § 113c Abs. 9 SGB XI-RE - Geschäftsstelle Personal- und Organisationsentwicklung**

  Der Vorschlag für eine Geschäftsstelle bezog sich in den Eckpunkten auf die Unterstützung der stationären Einrichtungen bei der Umsetzung von § 113c SGB XI. Der nunmehr vorgesehene Aufgabenkatalog, der die Pflege insgesamt erfasst, ist deutlich breiter und wird mit den vorgesehenen Personalressourcen von drei Personen gar nicht abbildbar sein. Es wäre zielführender, den Aufgabenkatalog (zunächst) auf die Nr. 3 zu reduzieren und hier eine echte Unterstützung zu ermöglichen.

  Es wird daher gefordert,

  - **Streichung der Ziffern 1, 2 und 4 in Absatz 1.**

  - **Streichung des Verweises „zu den Nummern 1 bis 4“ in Absatz 2 Nr. 2.**

Mit freundlichem Gruß