

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Formulierungshilfen für Änderungsanträge (noch nicht ressortabgestimmt)

ÄA Nr.	Art. GVWG	SGB XI	Stichwort	Beschreibung
Artikel 2 (Änderung des SGB XI)				
1	2	-	Inhaltsübersicht	Folgeänderung der Inhaltsübersicht
2	2	§ 25	Familienversicherung - Einkommensgrenze bei geringfügiger Beschäftigung - Freiwilligendienste	• Folgeänderung zum SGB V
	16		Inkrafttretensregelung	• Rückwirkendes Inkrafttreten der Regelung zur Einkommensgrenze bei geringfügiger Beschäftigung zum 1. Januar 2020
3	2	§ 61a	Gegenfinanzierung	• Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus dem Bundeshaushalt
	2	§ 55		• Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte (BSP).
	16		Inkrafttretensregelung	• Inkrafttreten der beiden Regelungen zur Gegenfinanzierung zum 1. Juli 2021.
4	2	§ 43c; § 87a Abs. 3 S. 1	Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege	• Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege • Entsprechende Klarstellung bei der Zahlung des Heimentgeltes
	16		Inkrafttretensregelung	• Inkrafttreten der Regelung zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege zum 1. Juli 2021.
5	2	§ 72 Abs. 3 und neue Absätze 3a und 3b	Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)	• Tarifliche Entlohnung: Die bisherige Regelung der Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung im Zulassungsrecht wird in der Form konkretisiert, dass für Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich ab dem 1. Juli 2022 nur eine Entlohnung nach Tarif (oder nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen) – min-

				destens der Höhe nach – als Zulassungsvoraussetzung gilt.
		§ 82c neu		<ul style="list-style-type: none"> Das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung ist in Richtlinien des GKV-SV festzulegen
		§ 75 Abs. 2 S. 1 Streichung Nr. 10 und Nr. 11		<ul style="list-style-type: none"> Folgeregelung zur Neuregelung § 72 Abs. 3a und 3b: Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ist bei entsprechender Entlohnung (nach Tarif) gegeben.
		§ 84 Abs. 2 S. 5 und 6 und Abs. 7		<ul style="list-style-type: none"> Redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen zur Einfügung von § 82 c (insbes. Wegfall von Nachweisverfahren zur Entlohnung)
		§ 89 Abs. 1, S. 4 und 5 und Abs. 3 Satz 4		
		§ 115 Abs. 3a		
16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> Inkrafttreten der Regelungen zur tariflichen Entlohnung zum 1. Juli 2022 	
6	2	§ 88a;	Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung der Kurzzeitpflege (KuPf) mit dem Ziel der Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung; Auftrag an die Selbstverwaltung zur Erarbeitung einer Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und entsprechende Anpassung der Landesrahmenverträge
		16		Inkrafttretensregelung
7	2	§ 113 c	Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzliche Einführung eines wissenschaftlich-fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalanhaltswerte je Pflegegrad ab 1. Juli 2023 (2. Stufe der Umsetzung) Dabei Umsetzung des personellen Mehrbedarfs nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekts in Höhe von

				<p>rund 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konkretisierung der Umsetzung durch Bundesempfehlung der Selbstverwaltung sowie Überarbeitung der Landesrahmenverträge insbesondere zur vorgesehenen personalbezogenen Ausstattung stationärer Einrichtungen (Konvergenzphase) • Integration des 13.000-Pflegefachkraftstellenförderprogramms und des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms in das allgemeine Vertragsrecht spätestens ab 1. Juli 2023; Übergangsfrist für beschiedene Vergütungszuschläge bis 31. Dezember 2025. • Prüfauftrag an das BMG zum 1. Januar 2025, ob eine weitere Erhöhung der Personalanhaltswerte möglich und notwendig ist
		§ 8 Abs. 6 und 9		<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderungen zu § 113c SGB XI: Aufhebung der Finanzierungsoptionen das Pflegefachkraftstellen- und das Pflegehilfskraftstellenförderprogramms ab 2026;
		§ 84 Abs. 9		
		§ 85 Abs. 9 bis 11		
	16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten der Regelungen zur Personalbemessung 1. Juli 2023
8	2	§ 40 Abs. 6 und 7	Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften (Konzertierte Aktion Pflege)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. • Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel wird der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform übermittelt, die damit eine regelmäßige Vermutungswirkung zur fachlichen Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit entfaltet. • Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über eine Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.
9	2	§ 8 Abs. 7	Umsetzung von weiteren Beschlüssen der	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen um Maßnahmen zur Rückgewinnung

			Konzertierten Aktion Pflege	von Pflegekräften und zum Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle
10	2	§ 72 Abs. 3, S. 1; § 89 Abs. 3 S. 3	Vereinfachungen und Klarstellungen in der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zu Einzugsgebieten ambulanter Pflegedienste • Vereinfachung des Verhandlungsgeschehens zwischen Pflegekassen und ambulanten Pflegediensten hinsichtlich der Darlegung der voraussichtlichen Personalkosten durch erweiterte Bezugnahme auf Regelungen und Verfahren im SGB V (bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur HKP für alle Krankenkassen)
	16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten zum 1. Juli 2022
11	2	§ 8 Abs. 4 § 113 Abs. 1 und § 113b Abs. 4a	Weiterentwicklung Qualität	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsgrundlage für den Qualitätsausschuss Pflege • Berücksichtigung der Kurzzeitpflege bei der Erarbeitung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität • Verpflichtende Ergänzung eines Krisenkonzepts im Qualitätsmanagement • Sicherstellung der pflegfachlichen und technischen Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Qualitätssysteme durch Qualitätsausschuss
12	2	§ 71 Abs. 3 S. 7; § 75 Abs. 1, § 112a Abs. 2	Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung der Weiterbildungsfrist für verantwortliche Fachkräfte bis zum 1. Januar 2023 • Redaktionelle Anpassung zur Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe • In den Richtlinien für Betreuungsdienste festgelegte Qualifikationen können auch berufsbegleitend erworben werden
	16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten zum 1. Juli 2021
13	2	§ 53d Abs. 2	Anpassung Vorgaben für MD Bund als RL-Gebber	<ul style="list-style-type: none"> • Konkretisierungen der Anforderungen an RL zur Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste
14	2	§ 35	Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen	<ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichung einer nachträglichen Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen bis zu sechs Monate nach dem Versterben des Pflegebedürftigen (dient der Vereinheitlichung bisher von den Kassen unterschiedlich durchgeführter Verfahren)
	16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten der Regelung zur nachträglichen Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen zum 1. Juli 2021
15	2	§ 7b	Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen

16	2	§ 45c Abs. 1 und 9	Stärkung regionaler Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung regionaler Netzwerke; Maßnahme des BMG in der Nationalen Demenzstrategie (Aufstockung der Förderung um 10 Mio. Euro/Jahr)
	16		Inkrafttretensregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Regelung zur Stärkung regionaler Netzwerke tritt zum 1.1.2022 in Kraft; zuvor sind die Empfehlungen der Netzwerksförderung anzupassen.
17	2	§§ 44, 44a, 45a Abs. 4 143	Rechtstechnische Anpassungen	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtstechnische Bereinigungen, Folgeänderungen, Klarstellungen und Vereinfachungen
	16		Inkrafttretensregelung	Inkrafttreten der rechtstechnischen Anpassungen

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 0 (Inhaltsübersicht SGB XI)

(Einfügung der Änderungen der Inhaltsübersicht des SGB XI)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird eine neue Nummer 0 vorangestellt:

,0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe zu § 7b wird wie folgt gefasst:
„§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.
- b) Nach der Angabe zu § 43b werden folgende Angaben eingefügt:

„Sechster Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils“.

- c) Die Angaben zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe zum Dritten Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel“.

- bb) Nach der Angabe zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden folgende Angaben eingefügt:
„§ 61a Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge“.
- d) Die Angaben zum bisherigen Dritten und bisherigen Vierten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden zu den Angaben zum Vierten und Fünften Abschnitt des Sechsten Kapitels ersetzt.
- e) Nach der Angabe zu § 82b wird die folgende Angabe zu § 82c eingefügt:
„§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen“.
- f) Nach der Angabe zu § 88 wird folgende Angabe zu § 88a eingefügt:
„§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“.
- g) Die Angabe zum Zweiten Abschnitt des Neunten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur“.

- h) Die Angabe zu § 113 c wird wie folgt gefasst: „Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“.
- i) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.
- j) Die Angabe zu § 142 wird gestrichen.‘

Begründung

Zu 0

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 25 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 16 Nummer X (Inkrafttreten)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

In Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

§ 25 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „Teil berücksichtigt“ das Semikolon und die Wörter „für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 erster Teilsatz werden nach dem Wort „Jugendfreiwilligendienstgesetzes“ die Wörter „oder Bundesfreiwilligendienst“ gestrichen.

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

.(x) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Artikel 2 Nr. X Buchstabe a (§ 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Elften Buches) tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Durch die Anhebung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschritt die monatliche Gesamteinkommensgrenze des § 10 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab 1. Januar 2020 die monatliche Entgeltgrenze geringfügig Beschäftigter. Der Sonderregelung zum Gesamteinkommen für geringfügig Beschäftigte im Rahmen der Familienversicherung bedurfte es daher nicht mehr. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

Buchstabe b

Die Änderung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. Die Begründung wird nachfolgend wiedergegeben.

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz sind eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn und unterliegen der Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Freiwilligendienstleistende haben insoweit grundsätzlich den gleichen Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Soweit Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 besteht, ist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Durchführung einer Familienversicherung ausgeschlossen. Während für Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz noch Anwendungsbereiche der Regelung bestehen, ist dies beim Bundesfreiwilligendienst nicht der Fall. Ein im vertragslosen Ausland, das heißt in einem Staat außerhalb des Geltungsbereichs des europäischen Gemeinschaftsrechts oder ohne Sozialversicherungsabkommen, abgeleiteter Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz unterliegt regelmäßig nicht der Sozialversicherungspflicht. In diesen Fällen ist die Durchführung einer beitragsfreien Familienversicherung grundsätzlich möglich. Der Bundesfreiwilligendienst kann dagegen nur in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet werden. Eine Familienversicherung kommt deshalb für diese versicherungspflichtige Personengruppe nicht in Betracht. Die Regelung ist daher insoweit ohne Anwendungsbereich.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):**Zu Nummer 2**

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf das Inkrafttretensdatum nachvollzogen.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 1 und nach Artikel 2 Nummer 3 (Gegenfinanzierung) und zu Artikel 16 (Inkrafttreten)

(Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus dem Bundeshaushalt; Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 BSP)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 1a und 3a werden eingefügt:

1. Es wird eine neue Nummer 1a eingefügt:

„1a. In § 55 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,25“ durch die Angabe „0,35“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 3 wird eine neue Nummer 3a eingefügt:

„3a. Nach § 61 wird folgender neuer Dritter Abschnitt des Sechsten Kapitels eingefügt:

„Dritter Abschnitt Bundesmittel

§ 61a

Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge

Die nach § 44 geleisteten Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden dieser vom Bund erstattet. Die Erstattung erfolgt durch vierteljährliche Abschlagszahlungen in Höhe der im Vorjahresquartal verausgabten Beträge sowie eine Schlussabrechnung nach Vorlage der Finanzstatistik für das vorangegangene Kalenderjahr. Die Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung sind jeweils zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November fällig.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

„Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

Artikel 2 Nummer 1a und 3a treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.'

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu a

Mit der Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte wird die Beitragsdifferenzierung zwischen Versicherten mit und ohne Kinder maßvoll erhöht. Dies dient dem Ziel, der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005, dem Jahr der Einführung des Beitragszuschlags für Kinderlose, wieder besser zu entsprechen und leistet einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen.

Zu 3a

Zu § 61a

Die soziale Pflegeversicherung finanziert bisher aus Beitragsmitteln eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Dazu gehört die Tragung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen.

Die Tragung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen wird durch § 61a dem Bund zugeordnet und der sozialen Pflegeversicherung aus Steuermitteln erstattet. Die Höhe der Erstattungszahlungen entspricht den tatsächlichen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die Regelungen dienen der Gegenfinanzierung der Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils und müssen daher zeitgleich mit dieser Regelung in Kraft treten.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 4 und 5 (Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege) und zu Artikel 16 Nummer xx (Inkrafttreten)

(Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege; entsprechende Klarstellung bei Berechnung und Zahlung des Heimentgelts)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende neue Nummern 4 und 5 werden eingefügt:

,4. Nach § 43b wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels folgender neuer Sechster Titel angefügt:

„Sechster Titel
Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c

Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 24 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 36 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Die Pflegeeinrichtung, die die Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und den Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Damit die Pflegeeinrichtung über die notwendigen Informationen zur Gesamtdauer des Bezugs vollstationärer Leistungen verfügt, übermittelt ihr die Pflegekasse für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Juli 2021 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs vollstationärer Leistungen.“

5. In § 87a Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungsbeträge“ die Wörter „einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c“ eingefügt.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

„Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

Artikel 2 Nummer 4 und 5 treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.“

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 4

Es wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ein neuer Sechster Titel, „Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege“, bestehend aus dem neuen „§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils“ angefügt.

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, wird der von ihnen zu tragende Eigenanteil an der Pflegevergütung (einschließlich der Ausbildungskosten) mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert. Er reduziert sich durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag nach 12 Monaten um 25 Prozent, nach 24 Monaten um 50 Prozent und nach 36 Monaten um 75 Prozent. Damit wird die Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen mit Eigenanteilen über den Pflegeverlauf deutlich reduziert. Wenngleich daneben die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gegebenenfalls selbst zu tragende Investitionskostenanteile weiterhin von den Pflegebedürftigen zu tragen sind, dürfte sich das Ausmaß der Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe deutlich verringern. Durch die prozentuale Verringerung des Eigenanteils bleibt grundsätzlich ein Anreiz zur Wahl eines Pflegeheims mit nicht zu hohen Pflegesätzen erhalten. Durch die direkte Inrechnungstellung der nach Anwendung der Eigenanteilsbegrenzung verbleibenden Beträge an die Pflegekassen und die Pflegebedürftigen durch die Pflegeeinrichtungen können unnötige Zahlungsvorgänge und Vorfinanzierungen vermieden werden.

Zu 5

Entsprechend der Neuregelung des Leistungszuschlages in § 43c zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird im Vergütungsrecht die Vorschrift zur Berechnung und Zahlung des Heimentgeltes ergänzt.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Angesichts der Kostenentwicklung beim pflegebedingten Eigenanteil ist ein frühzeitiges Inkrafttreten dieser Regelung zum 1. Juli 2021 sinnvoll.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 6 bis 11 (Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege) und zu Artikel 16 Nr. x (Inkrafttreten)

(Tarifliche Entlohnung; Wegfall der Regelung zu Nachweisverfahren zur Entlohnung)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende neue Nummern 6 bis 11 werden eingefügt:

6. § 72 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird Satz 1 Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten,“.

b) Nach § 72 Absatz 3 werden folgende Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die die Pflegeeinrichtungen gebunden sind, vereinbart ist. Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge abgeschlossen werden, wenn sie ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Als Tarifvertrag nach Satz 2 gilt auch einer, der mindestens von einer anderen Pflegeeinrichtung im Geltungsbereich der Pflegeversicherung als Arbeitgeber mit einer Gewerkschaft abgeschlossen wurde. Für kirchliche Pflegeeinrichtungen ist im Falle von Satz 2 auch die Zahlung einer Entlohnung, die die Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet, zulässig.

(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a fest. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Be-

anstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, die Wirkungen der Regelungen nach Absatz 3a bis zum 31. Dezember 2025 zu evaluieren.“

7. In § 75 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 10 wird aufgehoben.
- b) Nummer 11 wird Nummer 10.

8. Nach § 82b wird folgender § 82c eingefügt:

„§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. Juli 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Satz 1 fallen, kann eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn der Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung, nach der oder nach dem die Pflegeeinrichtung entlohnt, regional üblich ist. Regional üblich ist eine Entlohnung, die in Tarifverträgen oder in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die mindestens für eine zugelassene Pflegeeinrichtung im gleichen Bundesland, aber nicht bundesweit, anwendbar sind, vereinbart ist. Eine Entlohnung, die in einem bundesweiten Tarifvertrag vereinbart ist, kann dann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn im gleichen Bundesland keine Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Satz 3 vereinbart sind. Für eine darüber hinausgehende Entlohnung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 1. Oktober 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 3 fest. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. § 72 Absatz 3b Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene für die Pflegeeinrichtungen nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, erstmals bis zum 15. Februar 2022, für das jeweilige Land, welche Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nach Maßgabe von Absatz 2 Sätze 2 bis 4 eine regional übliche Entlohnung vorsehen. Sie stellen dabei sicher, dass die Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nach Satz 1 übersichtlich, vergleichbar und nach Postleitzahlen gegliedert in geeigneter Form den Pflegeeinrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.“

9. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden die Sätze 5 und 6 aufgehoben.
- b) Absatz 7 wird aufgehoben.

10. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.
- b) In Absatz 3 Satz 4 wird nach der Angabe „§ 84 Absatz 4 Satz 2“ die Angabe „und Absatz 7“ aufgehoben.

11. In § 115 Absatz 3a Satz 2 wird die Angabe „§ 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 82c Absatz 1“ ersetzt.

2. Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

„(y) Nummer 6 Buchstabe a (§ 72 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 9 Buchstabe a und b (§ 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 und Absatz 7 des Elften Buches), Nummer 10 Buchstabe a (§ 89 Absatz 1 Sätze 4 und 5 des Elften Buches) und b (§ 89 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches) und Nummer 11 (§ 115 Absatz 3a Satz 2 des Elften Buches) treten zum 1. Juli 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 6

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 3

Satz 1 Nummer 2 wird zum 1. Juli 2022 im Hinblick auf die Neufassung der Absätze 3a und 3b angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3a

Die bisherige Regelung des Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, nach der Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, wird auf als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich mit Wirkung zum 1. Juli 2022 konzentriert und konkretisiert. Die Regelung gilt für die Neuzulassung von Pflegeeinrichtungen ebenso wie für Pflegeeinrichtungen, die zum 1. Juli 2022 bereits über einen Versorgungsvertrag verfügen. Ab diesem Zeitpunkt dürfen Pflegeeinrichtungen nur zugelassen sein, wenn sie bezüglich der Entlohnung der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich entweder selbst einen Tarifvertrag (oder Haustarifvertrag) abgeschlossen haben oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind. Ist dies nicht der Fall, gelten die diesbezüglichen Zulassungsvoraussetzungen auch dann als erfüllt, wenn die Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich mindestens eine Entlohnung in der Höhe eines anwendbaren Tarifvertrags (unabhängig davon, ob dieser bundesweit oder nur regional anwendbar ist und ob es sich um einen Flächen-, Unternehmens- oder Haustarifvertrag handelt) zahlen. Entlohnung umfasst das Arbeitsentgelt, das als Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung gezahlt wird. Zur Entlohnung zählen die in § 2a Satz 2 AEntG genannten Entlohnungsbestandteile. Der Tarifvertrag muss räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich auf diese Beschäftigungsverhältnisse anwendbar sein. Bei dem Tarifvertrag kann es sich auch um einen Haus- oder Unternehmenstarifvertrag handeln, der in einer anderen Pflegeeinrichtung gilt und der der Pflegekasse für die Zulassungsentscheidung vorgelegt wurde. Bei kirchlichen Pflegeeinrichtungen ist hier auch eine Zahlung in Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen als Zulassungsvoraussetzung möglich.

Zu Absatz 3b

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a in Richtlinien festzulegen. Dabei ist insbesondere für die bereits zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine möglichst praktikable und bürokratiebewusste Prüfung vorzusehen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt, bzw. wenn sie nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 zu evaluieren, welche Wirkungen die Regelung des Absatz 3a insbesondere auf die Entlohnung der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich hat.

Zu 7

Zu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und der neuen Absätze 3a und 3b.

Zu 8

Zu (Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)

Zu

Die bisherigen Regelungen in den §§ 84 und 89, nach denen die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen von den Kostenträgern in den Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, wird aufgrund der Konkretisierung in § 72 Absatz 3a zum 1. Juli 2022 ebenfalls angepasst und einheitlich im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels als § 82c insgesamt für das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung neu geregelt. Ab dem 1. Juli 2022 kann eine Entlohnung der Beschäftigten – auch der Beschäftigten außerhalb des Pflege- und Betreuungsbereichs – in tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben – wie schon in den bisher geltenden Regelungen der §§ 84 Absatz 2 Satz 4 und 89 Absatz 1 Satz 4 – nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei nicht tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen kann eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, die einer regional üblichen Entlohnung entsprechen. Die Kriterien für eine regional übliche Entlohnung werden in den folgenden Sätzen weiter konkretisiert: Tarifverträge, die auf mindestens eine zugelassene Pflegeeinrichtung in dem Bundesland, in dem die Pflegeeinrichtung liegt, grundsätzlich anwendbar sind (einschließlich Haus- und Unternehmenstarifverträgen), gelten als regional üblich. Mit der Regelung wird ebenso klargestellt, dass auch bundesweite Tariflöhne dann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn es keine regional üblichen Tariflöhne im Sinne der Regelung gibt. Nach der Regelung werden daher vorrangig solche Tariflöhne und Löhne aufgrund kirchenarbeitsrechtlicher Regelungen als wirtschaftlich angesehen, die von den beteiligten Tarifpartnern unter Berücksichtigung der für die einbezogenen Beschäftigten geltenden Rahmenbedingungen, auch zum Beispiel der regionalen Lebenshaltungskosten, verhandelt wurden. Die Anerkennung einer darüber hinausgehenden Entlohnung bei den Pflegesatzverhandlungen, auch zum Beispiel aufgrund eines bundesweit anwendbaren Tarifvertrags, bleibt möglich, bedarf aber eines sachlichen Grundes. Als sachlicher Grund gilt beispielsweise eine Vorvereinbarung auf Grundlage höherer Gehälter.

Zu

Um für die Pflegeeinrichtungen transparent zu machen, welche anwendbaren Tarifverträge als wirtschaftlich anerkannt werden, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Richtlinien das Nähere zum Verfahren hierzu und für die Veröffentlichung nach Absatz 3 fest. Die Richtlinien werden erstmals bis zum 1. Oktober 2021 festgelegt. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu

Auf Grundlage der Richtlinien nach Absatz 2 veröffentlichen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Träger der Sozialhilfe für die Pflegeeinrichtungen nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene erstmals bis zum 15. Februar 2022 für das jeweilige Land, welche Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, und stellen diese Informationen in geeigneter Form den Pflegeeinrichtungen kostenfrei zur Verfügung. Die Übersicht ist regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls zu aktualisieren. Sie dient der Verfahrensvereinfachung und Transparenz für die Pflegeeinrichtungen, ist aber nicht konstitutiv, sondern deklaratorisch. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtungen vor Wirksamwerden der neuen Zulassungsregelung zum 1. Juli 2022 rechtzeitig die Arbeitsverträge anpassen und gegebenenfalls zu Neuverhandlungen auffordern können.

Zu 9**Zu**

Im Hinblick auf die Regelung des § 82c wird Absatz 1 für den stationären Bereich angepasst.

Zu

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 84 Absatz 7 zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten aufgehoben. Die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegeeinrichtungen für die voraussichtlichen Personalkosten nach § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern bleiben dahingehend unverändert bestehen.

Zu 10**Zu**

Entsprechend zum stationären Bereich wird Absatz 1 im Hinblick auf die Regelung des § 82c angepasst.

Zu

Entsprechend zum stationären Bereich wird für die ambulante Pflege angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b zu überprüfen ist, das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 84 Absatz 7 zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten aufgehoben. Auch hier bleiben die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegedienste für die voraussichtlichen Personalkosten über den Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 4 auf § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegevergütungsverhandlungen gegenüber den Kostenträgern dahingehend unverändert bestehen.

Zu

Entsprechend der Neuregelung des § 82c wird der Verweis in § 115 Absatz 3a angepasst.

Zu Nummer 2 (Artikel 16)

Die Regelungen sollen unter Berücksichtigung der erforderlichen Vorbereitungsarbeiten so zügig wie möglich wirksam werden. Die neue Zulassungsvoraussetzung tritt nach einer Übergangsfrist für die Pflegeselbstverwaltung zur Erstellung der Richtlinien und der landesspezifischen Tarifübersichten zum 1. Juli 2022 in Kraft.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 12 (Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege) und zu Artikel 16 Nummer xx (Inkrafttreten)

(Stärkung der Kurzzeitpflege zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch: Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 12 wird eingefügt:

12. Nach § 88 wird folgender § 88a eingefügt:

„§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege geben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 bis zum **[Einzusetzen: 6 Monate nach Inkrafttreten der Regelung]** Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 für die Kurzzeitpflege ab. Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und anzupassen; in der Zwischenzeit sind die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb dieser Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die Empfehlungspartner nach § 75 Absatz 6 gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

XX. Artikel 2 Nr. 12 (§ 88a) tritt zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 12

Zu

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege zu stärken, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird.

Mit § 88a Absatz 1 wird zu dieser Sicherstellung der Pflegeselbstverwaltung ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen für die Landesrahmenverträge als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen der Kurzzeitpflege erteilt. Um eine zügige Umsetzung zu erreichen, werden die Partner der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtet, bis in einer gemeinsamen Empfehlung nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 eindeutige Vorgaben zu den Inhalten der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 für Kurzzeitpflege abzugeben. Dabei soll den Besonderheiten von solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege einschließlich der unterschiedlichen Aufnahmearlässe der Kurzzeitpflegegäste Rechnung getragen werden, die anders sind als in der vollstationären Langzeitpflege. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen. Der Schwerpunkt liegt auf den Rahmenbedingungen, Standards und Vergütungen. Dabei sollen auch bereits vorhandene Verfahren in den Ländern zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeleistungen, beispielsweise aus Beschlüssen von Landespflegesatzkommissionen wie in Bayern bei der sogenannten Kurzzeitpflege „Fix plus X“ oder in Nordrhein-Westfalen bei der Kurzzeitpflege „fix flex“ berücksichtigt werden. Das Erfordernis, spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 abzubilden, ist zu beachten.

Orientiert an den in § 75 Absatz 2 genannten Regelungsbereichen der Landesrahmenverträge sollen die Empfehlungen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungspartner und wissenschaftlichen Erkenntnissen insbesondere Aussagen zu folgenden, bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien beinhalten:

1. Auslastungsquote

Die Auslastungsquote soll grundsätzlich die maßgeblich zu erwartende Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze in der Einrichtung wiedergeben. Deren Passgenauigkeit ist entscheidend für die rechnerische Ermittlung der prospektiven Vergütungen und damit auch für die zukünftige Finanzierung der Aufwendungen der Einrichtungen. Auslastungsquoten sind nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreute flexible oder feste Kurzzeitpflege sowie solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen) zu unterscheiden und haben insbesondere Aspekte wie eine saisonal schwankende Nachfrage nach Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege und den häufigen Belegungswechsel der Kurzzeitpflegegäste inklusive der kurzen Verweildauer zu berücksichtigen.

2. Personalausstattung

Im Vergleich zur vollstationären Langzeitpflege entstehen in der Kurzzeitpflege abweichende Personalbedarfe in diversen Bereichen, die in den Empfehlungen näher beschrieben werden sollen. Dies betrifft bspw. das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, dessen Umfang wiederum von dem Aufnahmearlass der Kurzzeitpflegegäste abhängt. Weiterhin sind während der vergleichsweise kurzen Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste diverse Abstimmungs-

prozesse mit anderen Leistungserbringern wie Ärzten oder Therapeuten sowie den Angehörigen durchzuführen, die personellen Ressourcen binden. Daneben werden entsprechend des Aufnahmearbeiters der Kurzzeitpflegegäste unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege und damit auch an die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen gestellt. Kurzzeitpflegegäste in gesundheitlichen Krisensituationen wie auch nach einer Krankenhausbehandlung weisen regelmäßig einen intensiven Unterstützungs- und Behandlungsbedarf mit erheblichem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Einsatz auf. Kurzzeitpflegegäste in einer sonstigen Überbrückungssituation benötigen ein der Langzeitpflege ähnliches Pflege- und Behandlungskonzept. Daneben sind die Besonderheiten von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insbesondere im Hinblick auf die meist niedrigere Platzzahl und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Personalvorhaltung und den Personaleinsatz zu berücksichtigen.

3. Entgeltermittlung

Bei der Bemessung der Entgelte soll berücksichtigt werden, inwieweit sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege in Abhängigkeit des Aufnahmearbeiters und der Art der Kurzzeitpflege sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzieren lassen. Entsprechend sollen die Empfehlungen Aussagen dazu treffen, ob Pflegevergütungen differenziert nach Pflegeraden oder pflegegradunabhängig zu ermitteln sind. Darüber hinaus sollen auch weitere vergütungsrelevante Aspekte berücksichtigt werden wie beispielsweise die Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sollen ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und anpassen. In der Zwischenzeit sind die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Details in den Pflegesatzverhandlungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen schnellstmöglich Anwendung finden. Mit dem Verfahren werden für die zugelassenen Leistungserbringer von Kurzzeitpflege und Pflegekassen klare Vorgaben zu den bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien vorgegeben, die die Verhandlungspositionen der Vertragspartner stärken.

Mit der Schaffung verlässlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungsvereinbarungen für Kurzzeitpflege wird bezogen auf die Leistungsgerechtigkeit der Kurzzeitpflegevergütung dazu beigetragen, den Bestand der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze nachhaltig zu stärken. Den Einrichtungsträgern wird ebenfalls Planungssicherheit gegeben, was die Inbetriebnahme weiterer fester Kurzzeitpflegeplätze oder solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen angeht, so dass mittel- und langfristig ein Aufwuchs an Kurzzeitpflegeplätzen gefördert werden soll.

Zu

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der sechsmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Empfehlungspartner nach § 75 Absatz 6 gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die Regelungen zum Pflegeversicherungsrecht treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 13 bis 16 (Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)) und Artikel 16 Nummer xx (Inkrafttreten)

(Gesetzliche Einführung eines wissenschaftlich-fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalanhaltswerten je Pflegegrad ab 1. Juli 2023 (2. Stufe der Umsetzung; dabei Umsetzung des personellen Mehrbedarfs nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekts in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln; Konkretisierung der Umsetzung durch Bundesempfehlung der Selbstverwaltung sowie Überarbeitung der Landesrahmenverträge insbesondere zur vorgesehenen personalbezogenen Ausstattung stationärer Einrichtungen (Konvergenzphase); Integration des 13.000-Pflegefachstellenförderprogramms und des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms in das allgemeine Vertragsrecht spätestens ab 1. Juli 2023; Übergangsfrist für verschiedene Vergütungszuschläge bis 31. Dezember 2025; Prüfauftrag an das BMG zum 1. Januar 2025, ob eine weitere Erhöhung der Personalanhaltswerte möglich und notwendig ist)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 13 bis 16 werden eingefügt:

13. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

bb) In Satz 5 werden die Angaben „Sätzen 2 und 4“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) In Absatz 9 wird Satz 2 aufgehoben.

14. § 84 Absatz 9 wird aufgehoben.

15. § 85 Absatz 9 bis 11 wird aufgehoben.

16. § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Auf Grundlage des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben werden für eine fachlich angemessene personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen folgende Personalanhaltswerte vorgesehen:

1. für Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Ab 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ergebende Personalausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbart werden. Sieht die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine darüber hinausgehende Personalausstattung vor und wird diese entsprechend von der Pflegeeinrichtung vorgehalten, können die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschritten werden. Dasselbe gilt, wenn im Vertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung als nach Absatz 1 Nummer 3 geregelt ist. Ebenso ist eine Überschreitung möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgeht,

1. sollen sie Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, durchführen und
2. können sie für die vereinbarten Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:
 - a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz

renz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17. Februar 2016 B3) erfüllen

- b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Ausbildungsaufwendungen, die von anderer Stelle finanziert werden, sind abzuziehen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 4 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht rechtzeitig zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(4) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 regeln die Verträge nach § 75 Absatz 1 ab 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege die Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 unter Berücksichtigung

1. der sich aus den bisherigen Vorgaben nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergebenden Personalanhaltswerte, die die Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren haben, einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte für den Bereich Pflege und Betreuung; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und -konzeption einzubeziehen;
2. besonderer Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung;
3. der Zuordnung der erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 einschließlich anderer Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich;
4. einer möglichen weiteren Differenzierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 nach Qualifikationen.

§ 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 3 unmittelbar verbindlich, sofern noch keine Prüfung und Anpassung nach Satz 1 erfolgt ist.

(5) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vor dem 1. Juli 2023 beschiedene oder vereinbarte Vergütungszuschläge werden

in dem ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflelegesatzverfahren nach § 85 in die Pflelegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft zum 1. Januar 2025, ob eine Erhöhung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 in Bezug auf die Verträge nach Absatz 4 im Bereich Pflege und Betreuung möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Ergebnisse der Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b;
2. die in den Ländern durchschnittlich nach Absatz 2 vereinbarte personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung, die über Personalausstattung der Verträge nach Absatz 4 im Bereich Pflege und Betreuung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen nach Satz 2 werden für den ersten Bericht über eine begleitende Evaluation und Modellprojekte ermittelt, die nach § 8 Absatz 3b vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert und dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zur Frist nach Satz 1 zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften innerhalb von drei Monaten nach der Frist in Satz 1 einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts und unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen die Werte nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Berichtsjahr anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

2. Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

.(y) Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b und c (§ 8 Absatz 6 und Absatz 9 des Elften Buches), Nummer 14 Buchstabe c (§ 84 Absatz 9 des Elften Buches) und Nummer 15 (§ 85 Absatz 9 bis 11 des Elften Buches) treten am 1. Januar 2026 in Kraft.'

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 13

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI.

Zu

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu c

Mit dem Auslaufen der Vergütungszuschläge wird auch die Finanzierungsbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, hierzu beendet.

Zu 14

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Hilfskräfte nach § 84 Absatz 9 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung und Aufhebung des § 84 Absatz 9.

Zu**Zu (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen)****Zu**

Das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“. Im Abschlussbericht wird ein Personalbemessungsverfahren vorgeschlagen, das sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet. Als Konsequenz wird insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) wurde in einem ersten Umsetzungsschritt bereits zum 1. Januar 2021 die Möglichkeit geschaffen, einen personellen Mehrbedarf in Höhe von rund 20 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus dem oben genannten Abschlussbericht (siehe dort Seite 367) als gesonderter Vergütungszuschlag zu vereinbaren (§ 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11). Diese zusätzlichen Stellen schreiben die unterschiedliche personelle Ausstattung in den Ländern zunächst fort.

Perspektivisch führt das mit dem vorgenannten Abschlussbericht vorliegende Personalbemessungsverfahren jedoch zu bundeseinheitlichen Stellenschlüsseln. In einem zweiten Umsetzungsschritt werden daher nunmehr solche bundeseinheitlichen Stellenschlüssel als Personalanhaltswerte durch das Gesetz vorgegeben. Sie berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekt in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln. Die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm) werden Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte.

Zu

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ab dem 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Stellenschlüssel für das Pflege- und Betreuungspersonal vereinbaren, die sich nach den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ausrichten und mindestens den in den Landesrahmenverträgen geltenden Vorgaben zur Personalausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal entsprechen. Damit wird das Ziel verfolgt, dass sich die von den Einrichtungen vereinbarten Stellenschlüssel innerhalb eines Korridors in Richtung des bundeseinheitlichen Stellenschlüssels schrittweise angleichen können (Konvergenzphase).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können auch weiterhin höhere Stellenschlüssel als in Absatz 1 vorgesehen vereinbaren, wenn die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine höhere Personalausstattung vorsieht und diese von der Pflegeeinrichtung auch vorgehalten wird. Wenn die Landesrahmenverträge bereits eine höhere personelle Ausstattung mit Fachkräften vorsehen als die Personalanhaltswerte in Absatz 1 Nummer 3, gelten die Vorgaben in den Landesrahmenverträgen als Höchstgrenze. Dadurch soll insbesondere einem Abbau von vorhandenem Fachkraftpersonal entgegen gewirkt werden. Ebenso ist eine Überschreitung der Personalanhaltswerte in Absatz 1 möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sachliche Gründe können u.a. besondere Einrichtungskonzepte oder Versorgungsschwerpunkte zum Beispiel bei der Versorgung von demenziell Erkrankten sein.

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 des angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Zu

Zur Konkretisierung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens soll von der Selbstverwaltung eine Bundesempfehlung erarbeitet werden, die der landesspezifischen Anpassung und Ergänzung der Landesrahmenverträge nach § 75 dienen soll und diese vorbereitet. Dies betrifft die in Absatz 4 genannten Inhalte. Die Bundesempfehlung soll bis zum 30. Juni 2022 vereinbart werden. Ein Konfliktlösungsmechanismus stellt sicher, dass die Empfehlung rechtzeitig zustande kommt.

Zu

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge sind von den Vereinbarungspartnern Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 zu treffen. Dies betrifft folgende Inhalte:

Zu Absatz 4

Die in den Landesrahmenverträgen bisher geltenden Stellenschlüssel im Bereich Pflege und Betreuung sollen im Hinblick auf die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan zentral eine personelle Ausstattung definieren, die von einer vollstationären Pflegeeinrichtung mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Landesspezifische Besonderheiten können damit auch weiterhin abgebildet werden. Dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht (zum Beispiel zur Vermeidung von Alleinarbeit) sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen (zum Beispiel bezüglich einer Mindestausstattung mit Pflegefachkräften) und Einrichtungskonzeption (zum Beispiel bei Einrichtungen, die einen besonderen Schwerpunkt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben) einzu beziehen.

In der auf Basis eines Beschlusses der Konzertierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ wird die Erwartung an die Länder formuliert, die landesheimrechtlichen Vorgaben so zu flexibilisieren, dass sie der geplanten, schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nicht entgegenstehen. Die vorgesehene personelle Ausstattung nach den Landesrahmenverträgen, die mindestens von den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren ist, soll dies unterstützen. Sie soll den bisher im Landesheimrecht vorgesehenen, mindestens zu vereinbarenden Fachkraftanteil beim Pflege- und Betreuungspersonal – allerdings nur bezogen auf die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung – in den Landesrahmenverträgen abbilden. Damit soll sichergestellt werden, dass Einrichtungen von den geltenden landesheimrechtlichen Vorgaben bezüglich des Anteils an Fachkräften nur abweichen können, indem sie zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren, aber nicht, indem sie Fachkräfte abbauen.

Zu Absatz 4

Die Landesrahmenverträge können Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen.

Zu Absatz 4

Die Qualifikationsanforderungen von Fachkräften sowie Hilfskräften sind in den Landesrahmenverträgen zu regeln. Der Abschlussbericht des PeBeM-Projekts hat hier bereits Vorschläge für die Qualifikationsniveaus (QN) 1 und 2 (Absatz 1 Nummer 1), QN 3 (Absatz 1 Nummer 2) und QN 4 (Absatz 1 Nummer 3) unterbreitet. Insbesondere im Fachkraftbereich könnte jedoch von den Vorschlägen des Abschlussberichts abgewichen werden, die das Qualifikationsniveau (QN) 4 ausschließlich Pflegefachkräften zuordnet. Aktuell arbeiten in den Einrichtungen eine Vielzahl an Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; diese werden bereits entsprechend den verschiedenen landesheimrechtlichen Regelungen auf die Fachkraftquote angerechnet. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) sind bei der Zuordnung der Qualifikationen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

In den Landesrahmenverträgen kann eine weitere Differenzierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 vorgesehen werden. Die Personalanhaltswerte für Hilfskraftpersonal der QN 1 und QN 2 nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projektes sind in Absatz 1 Nummer 1 bisher zusammenfasst.

Enthalten die Landesrahmenverträge ab dem 1. Juli 2023 keine eigenen Regelungen zu den in Nummer 1 bis 4 genannten Inhalten, gilt die Bundesempfehlung mit ihren entsprechend konkreten Inhalten in der Zwischenzeit für die Beteiligten im Land unmittelbar verbindlich.

Zu

Da die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 sind und somit von vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihren künftigen Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 zu vereinbaren sind, ist es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich, neue Anträge auf gesonderte Finanzierung von diesen zusätzlichen Stellenanteilen einzureichen. Vor dem 1. Juli 2023 beschiedene oder vereinbarte Vergütungszuschläge werden in dem ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren nach § 85 in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Hierfür ist eine Übergangsfrist von zweieinhalb Jahren bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen.

Zu

Bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens ist zu bedenken, dass die aktuelle Arbeitsmarktsituation in der Pflege den daraus entstehenden zusätzlichen Bedarf an Pflegefach- und Pflegehilfskräften nicht sofort decken kann. Wie in der „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ dargelegt soll das Personalbemessungsverfahren daher schrittweise eingeführt werden. Die Vereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege müssen gleichzeitig konsequent weiter umgesetzt werden, damit beruflich Pflegende gewonnen, gehalten und entlastet werden können. Es müssen Maßnahmen eingeleitet werden, um zusätzliches Personal zu gewinnen oder zu qualifizieren. Darüber hinaus wird das Personalbemessungsverfahren in Modellprojekten, die nach § 8 Absatz 3b finanziert werden, vom Algorithmus 1.0 zum Algorithmus 2.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven weiterentwickelt. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft zum 1. Januar 2025, ob eine Erhöhung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 im Bereich Pflege und Betreuung möglich und notwendig ist. Um eine Konvergenz der personellen Ausstattung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem sich die vereinbarten Personalanhaltswerte der vollstationären Pflegeeinrichtungen bewegen können, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die von den vollstationären Pflegeeinrichtungen mindestens zu vereinbaren ist, erhöht werden kann, ohne dass dabei die pflegerische Versorgung gefährdet wird. Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften über das Ergebnis der Prüfung und kann im Anschluss eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

Zu Nummer 2 (Artikel 16, Inkrafttreten)

Nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Regelungen zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fach- und Hilfskräfte mit Wirkung ab dem 1. Januar 2026 aufgehoben.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 17 (Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege))

(Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 dieses Buches, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 17 wird eingefügt:

„17. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Satz 2 setzt voraus, dass die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

b) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für einen Antrag auf Pflegehilfsmittel nach Absatz 6 Satz 2 gilt Satz 1, 1. Halbsatz entsprechend.“

bb) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt.

Begründung:

Zu 7

Zu

Im Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich, der auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) gestartet wurde, wurden Möglichkeiten für eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte, zum Beispiel für Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, beraten. Im Expertengremium zum Strategieprozess wurden eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte insbesondere für Pflegehilfsmittel und bestimmte doppel funktionale Hilfsmittel als geeigneter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung und Entbürokratisierung der Genehmigungsverfahren angesehen.

Ziel der Regelung ist, dass Pflegebedürftige zügiger für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, indem Pflegefachkräfte, die den Pflegebedürftigen versorgen oder beraten und daher die häusliche Pflegesituation gut kennen, bereits bei Antragsstellung durch den Pflegebedürftigen eine Empfehlung für ein Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dient, abgeben können. In geeigneten Fällen wird für die empfohlenen Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 bzw. die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet, wenn die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung durch die Kranken- oder Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Kranken- oder Pflegekasse. Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fortgilt. Die Empfehlung ist gemeinsam mit dem Antrag des Versicherten in Textform der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der, da die Regelung auch Hilfsmittel betrifft, zugleich als Spitzenverband Bund der Krankenkassen handelt, wird beauftragt, in Richtlinien bis zum 31. Dezember 2021 die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sich für das Verfahren eignen, und die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkraft sowie das Nähere zur Empfehlung bei Antragstellung festzulegen. Dabei sind insbesondere diejenigen (doppel funktionalen) Hilfsmittel und diejenigen Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit nach einer Empfehlung durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung ebenfalls vermutet wird (§ 18 Absatz 6a), einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund, die Bundespflegekammer sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind bei der Erarbeitung der Richtlinien zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (und Krankenkassen) wird zudem mit der Evaluation der in den Richtlinien enthaltenen Festlegungen zu den genannten Verfahrensarten aus fachlicher wie wirtschaftlicher Sicht beauftragt. Er hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 dazu einen Evaluationsbericht vorzulegen.

Zu

Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über eine Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 18 (Umsetzung von weiteren Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege)

(Erweiterung der Tatbestände zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen um Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflegekräften und zum Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 18 wird eingefügt:

„18. § 8 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung sowie
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den unter Ziffer 2 und Ziffer 3 genannten Themen.“

b) In Satz 10 wird nach dem Wort „Bundesebene“ ein Komma und das Wort „erstmal“ eingefügt und nach der Datumsangabe „31. März 2019“ ein Komma eingefügt.“

Begründung:

Zu 18

Zu

Mit der Änderung von § 8 Absatz 7 werden die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen erweitert. Damit besteht für die einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und stationären Versorgung bereits im Jahr 2021 die Möglichkeit, für die Konzeptentwicklung zur Rückgewinnung von Pflegekräften sowie zum einrichtungsspezifischen Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle einen jährlichen Zuschuss von bis zu 7 500 Euro zu erhalten.

Durch diese Ausweitung der Zweckbestimmung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 sollen die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, verstärkt Anreize und Unterstützungsangebote für einen Wiedereinstieg von Pflege- und Betreuungskräften in den Beruf nach geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Eltern- oder Pflegezeit, zu schaffen oder auszubauen. Dadurch soll der Anteil der Pflege- und Betreuungskräfte erhöht werden, die wieder in den Beruf einsteigen. Damit werden auch Vereinbarungen zur Konzentrierten Aktion Pflege (KAP-Maßnahmen der Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld 2.3 Nummer 1, Nummer 2; Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld VI, Nummer 8) umgesetzt, die auf die Rückgewinnung von Pflegekräften abzielen, die vorübergehend aus familiären Gründen, aufgrund der Pflege von Angehörigen, oder dauerhaft aufgrund der physischen oder psychischen Belastungen aus dem Beruf ausgestiegen sind („Rückgewinnungsprogramm“), sich aber einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen können. Diese Regelung geht auch auf die Erkenntnisse aus dem Projekt des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, um dem hohen Zeitdruck der Pflegekräfte im Arbeits- und Privatleben, physischen und psychischen Belastungen, mangelnder Führung und unzureichender Wertschätzung bis hin zu fehlenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Mit der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte sollen betriebliche Strukturen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung geschaffen werden, insbesondere für eine kompetenzorientierte und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung für Pflege- und Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen. Auch der Anteil unfreiwilliger Teilzeitarbeit kann so reduziert werden. Die Mitarbeiter sind bei der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte einzubeziehen. Die Finanzierung der Entwicklung der Konzepte erfolgt bis zu 50 Prozent aus den Mitteln des Förderprogrammes.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 19 und 20 (Vereinfachungen und Klarstellungen in der ambulanten Pflege) und zu Artikel 16 Nummer XX (Inkrafttreten)

(Klarstellung zu Einzugsgebieten ambulanter Pflegedienste; Vereinfachung des Verhandlungsgeschehens durch erweiterte Bezugnahme auf Regelungen und Verfahren im SGB V)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 19 und 20 werden eingefügt:

19. In § 72 Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „die Leistungen“ die Wörter „ressourcenschonend und effizient“ eingefügt.

20. § 89 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches geregelten Grundsätze sind bei der Vereinbarung der Vergütung hinsichtlich der voraussichtlichen Personalkosten gemäß § 85 Absatz 3 Satz 5 sowie bei der Bemessung der Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, zu berücksichtigen.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

XX. Artikel 2 Nr. 19 (§ 72 Absatz 3 Satz 3) und Nr. 20 (§ 89 Absatz 3 Satz 3) treten zum 1. Juli 2022 in Kraft.

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 19

Nach §§ 4 Absatz 3 und 29 sind die Leistungen der Pflegeversicherung wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Das bedeutet auch, dass in der ambulanten Pflege ein ressourcenschonender, effizienter Einsatz insbesondere mit dem eingesetzten Pflegepersonal zu gewährleisten ist. So haben bereits die Vereinbarungspartner in den Landesrahmenverträgen zur pflegersicheren Versorgung unter anderem zu regeln, dass die örtlichen und regionalen Einzugsbereiche von Pflegeeinrichtungen so von der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene zu bestimmen sind, dass Pflegeleistungen möglichst ohne lange Wegestrecken orts- und bürgernah angeboten werden können.

Zu 0

Durch das zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde für ambulante Pflegedienste geregelt, dass bei der Vergütungsbemessung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches auch die Krankenkassen die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Damit wurde, was die Anerkennung tariflicher bzw. kirchenrechtlicher Entlohnung der Mitarbeiter bei der Vergütungsbemessung anbelangt, Gleichklang mit den Bemessungsgrundsätzen des Elften Buches hergestellt. Die dafür nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches vorgesehenen, bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen für alle Krankenkassen wurden zwischenzeitlich von den Beteiligten verhandelt bzw. durch die Schiedsstelle mit Wirkung ab 1. Januar 2021 festgesetzt.

Durch die gesetzliche Regelung in § 89 sollen die Vergütungsverhandlungen von ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach diesem Buch und dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erleichtert werden, indem die bereits geregelte Verknüpfung mit den Grundsätzen für die Vergütung von längeren Wegezeiten in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 Fünften Buches entsprechend ergänzt wird. Dadurch sollen geeignete Inhalte dieser Rahmenempfehlung, insbesondere was den Beleg der prospektiven personellen Gestehungskosten in der Preisverhandlung nach § 132a Absatz 4 Satz 1 Fünften Buches angeht, grundsätzlich auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach § 89 für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe angewendet werden können, sofern die jeweiligen Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine abweichenden Vorgaben im Detail enthalten. Damit wird sichergestellt, dass die Entlohnung der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes gleichermaßen bei der Vergütungsbemessung für häusliche Krankenpflege wie auch für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt wird. Dadurch soll das Verhandlungsgeschehen insbesondere in Bezug auf die Darlegung der prospektiven Personalaufwendungen von Bürokratie für die Beteiligten deutlich entlastet werden und Hemmnisse bei der Entlohnung der Mitarbeiter bis zur Wirtschaftlichkeitsgrenze abgebaut werden. Zur Umsetzung ist, das Einverständnis der betreffenden Pflegeeinrichtung vorausgesetzt, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen zweckdienlich.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die Regelungen zum Pflegeversicherungsrecht treten zum 1. Juli 2022 in Kraft.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 21 bis 22 (Weiterentwicklung Qualität)

(Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsgrundlage für den Qualitätsausschuss Pflege; Verpflichtende Ergänzung eines Krisenkonzepts im Qualitätsmanagement; Sicherstellung der pflegefachlichen und technischen Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Qualitätssysteme durch Qualitätsausschuss)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 21 bis 23 werden eingefügt:

21. § 8 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ durch die Wörter „des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung“ und wird die Angabe „§ 113b Absatz 4“ durch die Angabe „§ 113b Absatz 4 und 4a“ ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

22. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ambulanten und stationären Pflege“ durch die Wörter „ambulanten, stationären und Kurzzeitpflege“ ersetzt und werden vor dem Punkt die Wörter „und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte), entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.“

b) In Absatz 1b wird Satz 2 gestrichen.

23. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Bei der Erteilung und Bearbeitung der Aufträge sind die Anforderungen nach Absatz 5 Sätze 2 bis 5 entsprechend zu beachten. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben und Vorhaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und ein Ersatzvornahmerecht entsprechend Absatz 8 Sätze 3 bis 5.“

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 4“ gestrichen und die Wörter „und Vorhaben nach den Absätzen 4 und 4a“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

„(10) Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Sätze 2 bis 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Begründung:

Zu 21

Zu

Die Regelung schafft eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absätze 4 und 4a übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Eine fiskalische Trennung dieses Aufgabenbereichs von den Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Absatz 3 ist aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten (hier Qualitätsausschuss Pflege als Organ der Vertragsparteien nach § 113 bzw. dort allein Spitzenverband Bund der Pflegekassen) geboten. Bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurde der zunächst bis 31. Mai 2021 befristete Arbeitsauftrag für die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses als dauerhaft bestimmt. Für den Qualitätsausschuss Pflege besteht ein dauerhaft eigenständiger Handlungsbereich. Über die dem Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 4 mit dem Zweiten Pflegegestärkungsgesetz übertragenen Aufgaben hinaus – die zum Teil noch abzuschließen sind – ist bei den vom Qualitätsausschuss zu bearbeitenden Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege von einer nachhaltigen Aufgabenstellung auszugehen. Dies wird in der gleichzeitigen Einfügung eines neuen § 113b Absatz 4a inhaltlich ausgeführt. Dort ist geregelt, dass auch zukünftig von den Vertragsparteien unabhängige wissenschaftliche Institutionen beauftragt werden können, wenn die Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung dies erfordert; diese Aufträge werden aus Gründen der Sachnähe in die Finanzierungsregelung des § 8 Absatz 4 eingeschlossen.

Zu b

Im Hinblick auf das Verfahren und die Auszahlungen wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 113 die Einzelheiten des Auszahlungsverfahrens vereinbaren und die jeweiligen Auszahlungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen.

Zu 22**Zu Buchstabe a****Zu a**

In Satz 1 wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit nunmehr ergänzt, dass die Vereinbarungspartner auch für den Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu erarbeiten haben. Bei den Regelungen zur Kurzzeitpflege ist der mit diesem Gesetz neu eingefügte § 88a „Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“ zu beachten, wonach der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 insbesondere für die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege abgeben. In den Maßstäben und Grundsätzen für die Kurzzeitpflege sind spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege abzubilden, insoweit solche in den Empfehlungen vorgesehen werden. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder hinsichtlich je nach Bedarf auch ärztlich verordneten oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen.

Darüber hinaus wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 1 verankert, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören. Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pandemischen Lage haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass beim Betrieb einer Pflegeeinrichtung regelhaft rechtzeitig Vorbereitungen für mögliche Krisensituationen getroffen werden, damit auch unter veränderten Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung und soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen erfolgen kann. Diese Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit ihre Anwendbarkeit auf verschiedene Krisensituationen (z.B. pandemische Notlagen, Naturkatastrophen, Großschadensereignisse) gewährleistet ist und jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann.

Notwendige Bestandteile des Konzeptes sind die Darstellung einer nachhaltigen Strategie zur Vermeidung von Engpässen in von den Vereinbarungspartnern näher zu definierenden Bereichen (bspw. entsprechende Vorratshaltung von Schutzausrüstungen), die Priorisierung von Aufgaben während einer Krise, die Festlegung von Steuerungskompetenzen, die Beschreibung des Umgangs mit personellen und sachlichen Ressourcen unter Extrembedingungen, die Vorbereitung von Mechanismen zur Abstimmung und Zusammenarbeit insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, betroffenen Behörden und Organisationen sowie die Vorbereitung von Strategien zur Gestaltung der Kommunikation mit allen für die Versorgung und Teilhabe wesentlichen Zielgruppen (zum Beispiel Angehörige, gesetzliche Vertreter, Nachbarn).

Die Konzepte sind mit weiteren regional zuständigen Stellen, wie z. B. Gesundheitsämtern und Heimaufsichten abzustimmen. Das Qualitätsmanagement muss auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet sein, das heißt auch, dass die Konzepte für Maßnahmen in Krisensituationen regelmäßig auf ihre Belastbarkeit zu überprüfen und weiter zu entwickeln sind.

Zu bb

Der neue Satz 4 schafft eine einheitliche Regelung für Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von Betreuungsmaßnahmen. Qualifikationsanforderungen für Mitarbeitende in Betreuungsdiensten, die Betreuungsleistungen erbringen (die Richtlinien nach § 112a verweisen

diesbezüglich auf die Richtlinien nach § 53b), sind derzeit höher als die Qualifikationsanforderungen für Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsleistungen erbringen. Es ist fachlich geboten, die Voraussetzungen für alle Erbringer von ambulanten Betreuungsleistungen gleichzusetzen. Deshalb werden nunmehr die Anforderungen für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben in beiden Diensten angeglichen: Auch die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte) müssen eine Qualifikation entsprechend den Richtlinien nach § 112a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 53b erbringen. Gleichzeitig wird in beiden Fällen durch eine Ergänzung in § 112a die Möglichkeit geschaffen, die nach den Richtlinien gemäß § 112a erforderlichen Qualifikationen berufsbegeleitend zu erwerben, um die Mitarbeitergewinnung in beiden Diensten zu erleichtern.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist durch Zeitablauf obsolet.

Zu 23

Zu

Der neue Absatz 4a überträgt den Vertragsparteien die Verantwortung für die medizinisch-pflegefachliche und technische Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären und ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der stetigen Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse ist eine Daueraufgabe. Wichtig ist, dass die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen in die Bewertung, ob und welche Nachjustierungen erforderlich sind, einfließen. Deshalb wird explizit geregelt, dass die Vertragsparteien insbesondere die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5, die die Umsetzung der entwickelten Verfahren betreffen und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit zu berücksichtigen haben. Letztere betreffen die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten, der Qualitätsdarstellung und den Qualitätsprüfungen. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festgelegten Bewertungssystematik enthalten.

Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit haben die Vertragsparteien erforderlichenfalls fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Die Sätze 2 bis 5 des Absatzes 5 gelten analog und regeln Vorgaben für die Aufträge. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Wie bei den Aufträgen nach Absatz 4 wird ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und das Ersatzvornahmerecht angeordnet (analoge Anwendung des Absatzes 8 Sätze 3 bis 5).

Zu

Es ist sachgerecht, die Aufträge, die der Sicherstellung der Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse dienen, wie die Entwicklungsaufträge nach Absatz 4 aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Zu

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Entscheidungen des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und die Beanstandungen, Auflagen und Festsetzungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 vor den Sozialgerichten anfechtbar sind. Aus Gründen der Prozessökonomie und im Interesse der Rechtssicherheit entfällt ein Vorverfahren. Gleichzeitig wird angeordnet, dass die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass die

angefochtene Entscheidung vollzogen werden kann, bevor über das Rechtsmittel abschließend entschieden ist.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 24 bis 26 (Vereinfachungen und Klarstellungen für Betreuungsdienste) und zu Artikel 16 Nummer xx (Inkrafttreten)

(Verlängerung der Weiterbildungsfrist für verantwortliche Fachkräfte bis zum 1. Januar 2023; redaktionelle Anpassung zur Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe; berufs begleitender Erwerb der in den Richtlinien festgelegten Qualifikationen)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 24 bis 26 werden eingefügt:

„24. In § 71 Absatz 3 Satz 7 wird die Angabe „1. Juni 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ ersetzt.

25. In § 75 Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der Träger der Sozialhilfe“ die Wörter „oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger“ eingefügt.

26. Nach § 112a Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den Richtlinien festgelegte Qualifikationen können auch berufs begleitend erworben werden.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

XX. Artikel 2 Nr. 24 (§ 71 Abs. 3 Satz 3), Nr. 25 (§ 75 Abs. 1 Satz 3) und Nr. 26 (§ 112a Abs. 2 Satz 2) treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 24

Zur Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen soll die mit Einführung der Betreuungsdienste vorgesehene Übergangsfrist für leitende Fachkräfte verlängert werden.

Insbesondere durch die Corona-Pandemielage wurde die Gründung von neuen Betreuungsdiensten und die Durchführung der in diesem Zusammenhang erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen für verantwortliche Fachkräfte erschwert, so dass eine Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2023 zweckmäßig ist.

Zu 5

Die Zuständigkeit der Träger für Leistungen der Sozialhilfe ist auch mit Einführung des Bundesteilhabegesetzes im Wesentlichen föderal unterschiedlich ausgestaltet. Nach aktueller Rechtslage ist unter anderem die örtliche Zuständigkeit der Träger der Leistungen der Sozialhilfe, der Hilfe zur Pflege oder auch der Eingliederungshilfe bundesgesetzlich geregelt, im Landesrecht können allerdings, wie bisher auch schon, davon abweichende Regelungen zur Zuständigkeit der Träger (örtlich wie sachlich) getroffen werden, insofern erfolgt eine redaktionelle Klarstellung. Hiermit wird inhaltlich weitgehend ein Vorschlag des Bundesrates aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz aufgegriffen (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss) Nummer 20).

Zu 6

Die Neuregelung der Möglichkeit der berufsbegleitenden Qualifikation ist in Zusammenhang mit der Neuregelung in § 113 zu sehen, die die Qualifikationsvoraussetzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen in ambulanten Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten erbringen, gleichsetzt. Insoweit in den Richtlinien gemäß § 112a die erforderlichen Qualifikationen bestimmt werden, wird mit dem neuen Satz 2 für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben die Möglichkeit geschaffen, diese Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Gewinnung von Mitarbeitenden für beide Dienste zu erleichtern.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die Regelungen zum Pflegeversicherungsrecht treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 27 (Anpassungen Vorgaben für MD Bund als RL Geber)

(Anpassungen Vorgaben für MD Bund als RL Geber)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 27 wird eingefügt:

„27. § 53d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden folgende neue Sätze 2 bis 4 eingefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung in die Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordination des Medizinischen Dienstes Bund nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise nach Satz 3 spätestens ab dem 1. Oktober 2021 zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 5 und nach dem Wort „Richtlinien“ werden die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt.

d) Der bisherige Satz 3 wird Satz 6.

Begründung:

Zu 27

Zu

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten übertragenen Aufgaben enthalten müssen. Diese Richtwerte gelten für alle Medizinischen Dienste einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Medizinischen Dienste weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind (vgl. auch Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77).

Zu

Gegenstand der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind MD-übergreifende Richtwerte für die Tätigkeitsfelder der Medizinischen Dienste im Bereich der Pflegeversicherung. Absatz 2 Satz 2 dient der Unterstützung des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste bei der Erfüllung dieser Aufgabe und gewährt ihnen die nötige Zeit für die Umsetzung.

Die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste stellt eine methodisch komplexe Aufgabe dar, die ein einheitliches Vorgehen und einen zeitlichen Vorlauf erfordert.

Satz 3 schreibt daher vor, dass in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben ist, die nach § 280 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches in Verbindung mit § 69 Absatz 6 des Vierten Buches von den Medizinischen Diensten zur Begründung der Ausbringung von Planstellen und Stellen zu beachten sind. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

Für eine belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zielführend und methodisch wesentlich ist es, die in allen Medizinischen Diensten vergleichbar anfallenden Aufgaben typischen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Bezogen auf die Aufgabenbereiche der Medizinischen Dienste nach dem Elften Buch ergibt sich eine relativ große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen Medizinischen Diensten. Der Arbeitsaufwand hängt insbesondere von der Art der Durchführung der Aufgaben (zum Beispiel persönliche Untersuchung oder Gutachten nach Aktenlage) und der unterschiedlichen Qualität der den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten ab. Die in Satz 3 genannten Bereiche Begutachtungen (als Voraussetzung für einen Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung), Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen Medizinischen Diensten, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung wird in Satz 4 vorgegeben, dass diese nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise gemäß Satz 3 zu erfolgen haben und vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste koordiniert werden. Die Erhebung der Daten erfolgt zwar in den einzelnen Medizinischen Diensten personenbezogen, jedoch ist auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund nur eine anonymisierte Auswertung zulässig. Die Verarbeitung richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere des Beschäftigtendatenschutzes. Der Personenbezug ist also vor einer Übermittlung der Daten durch die MD zu entfernen. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. Oktober 2021 bei allen Medizinischen Diensten zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 30. Juni 2022 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Zu und

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe b.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 28 (Kostenerstattungsprüche nach Tod des Pflegebedürftigen) und zu Artikel 16 Nummer X (Inkrafttreten)

(Kostenerstattungsprüche nach Tod des Pflegebedürftigen, § 35)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 28 wird eingefügt:

„28. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

„Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen abweichend von § 59 des Ersten Buches die Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch in sechs Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

„(y) Nummer 28 (§ 35 des Elften Buches) tritt zum 1. Juli 2021 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 28

Gemäß § 59 des Ersten Buches erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen dieses Buches gilt jedoch grundsätzlich, dass der Berechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Verstirbt der zu Pflegenden vor der Abrechnung der ausgelegten Kosten, besteht für den Erben kein Anspruch auf Kostenerstattung. Nach geltender Gesetzeslage betrifft dies insbesondere die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Absatz 4 und § 45b sowie den Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann. Mit der neuen Regelung in Satz 3 soll daher ausdrücklich auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche nach diesem Buch ermöglicht werden. Die entsprechenden Belege sind innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen zur Erstattung einzureichen.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die Regelung zur nachträglichen Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen tritt zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 29 (Beratung)

(Verdeutlichung der Beratungspflichten der Pflegekassen, Beratungspflicht auch bei erstmaliger Beantragung von Kostenerstattungsansprüchen)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 29 wird eingefügt:

29. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, 40a, §§ 41 bis 43, 44a, 45, 45f, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b finden die Sätze 1 bis 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass außerdem ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären ist.“

Begründung:**Zu 29****Zu****Zu (Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine)**

Die Überschrift wird an den Regelungsinhalt angepasst.

Zu**Zu**

Die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 wird angepasst und um die hierin bislang noch nicht enthaltenen Leistungstatbestände (Wohngruppenzuschlags nach § 38a, Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1, Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 1 und 4, digitale Pflegeanwendungen gemäß § 40a und Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45f) ergänzt.

Zu

Bei der Regelung der Pflicht zum Angebot einer Beratung sind die Kostenerstattungsansprüche im Rahmen des SGB XI bislang nicht mit aufgeführt. Dies hat den Hintergrund, dass es sich hierbei oftmals um monatlich wiederkehrend bezogene Leistungen handelt, bei denen regelmäßig Anträge auf Erstattung der jeweiligen Kosten gestellt werden, diese Anträge in der Mehrzahl der Fälle allerdings der reinen finanziellen Abwicklung dienen, ohne dass neue Fragen zu dem Anspruch oder seinen Besonderheiten aufgetreten sind. Insofern dient die bisherige Herausnahme dieser Kostenerstattungsansprüche aus der Regelung der Entlastung von unnötiger Bürokratie. Anders zu beurteilen sind jedoch Erstanträge auf diese Leistungen. Gerade bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen des SGB XI oder dem Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann, treten zu Beginn häufig Fragen auf, wofür der Anspruch genutzt werden kann, wie die Abwicklung funktioniert und gegebenenfalls, welche Besonderheiten zu beachten sind. Darüber hinaus handelt es sich gerade bei diesen Ansprüchen um Leistungen, die regelmäßig neben anderen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Daher ist es relevant, wie der Anspruch in die Gesamtversorgung eingebunden wird. Bei einem Anspruch auf Kostenerstattung gilt zudem grundsätzlich, dass der Anspruchsberechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Bei verschiedenen Ansprüchen wird häufig aber auch von den zivilrechtlichen Möglichkeiten der Abtretung, Stellvertretung oder Stundung Gebrauch gemacht oder es gibt in bestimmten Fällen verwaltungspraktische Vereinfachungen. Je nachdem, von welchen Möglichkeiten hier Gebrauch gemacht wird, gibt es dabei Vorteile und Nachteile, zu denen die Anspruchsberechtigten gegebenenfalls Informationen erhalten sollten. Vor diesem Hintergrund kann sich insbesondere die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als nützlich erweisen.

Ähnliches gilt für den Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Leistung wird zwar von ihrer Konzeption her nicht regelmäßig monatlich in Anspruch genommen, sondern adressiert bestimmte punktuelle Anlässe. Auch hier stellen sich die Fragen aber zumeist beim erstmaligen Leistungsbezug und der Anspruch wird danach in Kenntnis der hierbei zu beachtenden Besonderheiten in der Regel ohne besondere Schwierigkeiten gehandhabt.

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 4 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag). Ferner wird vorgeschrieben, dass die entsprechenden Personen dabei ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären sind. Hiermit erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei

der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummer 30 (Stärkung regionaler Netzwerke) und zu Artikel 16 Nummer xx (Inkrafttreten)

(Ausweitung der regionalen Netzwerke durch eine Aufstockung der Fördermittel um zehn Millionen Euro jährlich zur Verbesserung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung. Damit wird die vom BMG verantwortete Maßnahme 1.3.5 in der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummer 30 wird eingefügt:

„30. § 45c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „10 Millionen Euro“ ersetzt durch die Angabe „20 Millionen Euro“.

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg können zwei regionale Netzwerke und je Großstadt ab 500 000 Einwohnern können bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden; der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Fördermittel nach Absatz 1 Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 3. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

bb) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

cc) Nach dem neuen Satz 9 wird folgender Satz angefügt:

„Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.“

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

„(x) Nach Absatz x wird folgender Absatz y angefügt:

„(y) Artikel 2 Nr. 30 Buchstabe a (§ 45c Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches) und Buchstabe b (Absatz 9 Satz 3, Satz 4 und Satz 10 des Elften Buches) treten zum 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu 30

Die bisher in § 45c Absatz 1 und Absatz 9 geregelte Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen wird geändert, um die Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung zu stärken.

Zu

Es erfolgt ein deutlicher Ausbau der von der Pflegeversicherung zur Förderung dieser Netzwerke zur Verfügung gestellten Mittel von derzeit 10 Millionen Euro auf 20 Millionen Euro. Damit wird auch eine vereinbarte Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.

Zu**Zu**

Je Kreis und kreisfreier Stadt sowie je Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg soll künftig eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken, in Großstädten ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern von bis zu vier Netzwerken möglich sein. Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag erhöht sich um 25 Prozent auf 25 000 Euro je Kalenderjahr. Mit diesen Ausweitungen soll die strukturierte Vernetzung bundesweit gestärkt werden. Im Rahmen der Empfehlungen nach Absatz 7 sollte diese Stärkung der Netzwerke durch weitere Verfahrensvereinfachungen der Förderung wie z.B. zweijährige Förderzusagen vor allem für sich neu gründende Netzwerke, um eine ausreichende finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, zusätzlich unterstützt werden.

Zu

Im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommene Fördermittel nach Absatz 1 Satz 3, erhöhen im Folgejahr entsprechend das Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 3. Zudem soll eine Transparenz über die geförderten Netzwerke hergestellt werden. Dazu erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Damit soll das Wissen über die Netzwerke und der Austausch unter den Netzwerken verbessert werden. In den Empfehlungen nach Absatz 7 ist der Umfang der dafür erforderlichen Angaben zu regeln.

Zu

Aufgrund der Ergänzungen in § 45c Absatz 9 gelten nun die Sätze 1 bis 6 entsprechend für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu

Aufgrund der Änderungen in Absatz 1 und Absatz 9 sind die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, bis zum 31. Dezember 2021 neu zu regeln. Damit wird gewährleistet, dass die Änderungen entsprechend fundiert ab dem 1. Januar 2022 zum Tragen kommen können.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Das Inkrafttreten zum Jahresbeginn 2022 erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Empfehlungen zur Förderung der regionalen Netzwerke noch bis zum Jahresende 2021 anzupassen sind.

Entwurf Formulierungshilfe

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Zu Artikel 2 Nummern 31 bis 36 (Rechtstechnische Anpassungen) und zur Artikel 16 Nummer X (Inkrafttreten)

(Rechtstechnische Bereinigungen, Folgeänderungen, Klarstellungen und Vereinfachungen)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

Folgende Nummern 31 bis 36 werden eingefügt:

31. Dem § 44 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend.“

32. Dem § 44a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

33. § 45a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „können“ die Wörter „ohne vorherige Antragstellung“ eingefügt.

b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den entsprechenden Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als dieser nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet.“

c) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „5, 7 und 8“ durch die Wörter „5a und 7 bis 9“ ersetzt.

d) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

36. In § 143 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 und 1a“ durch die Angabe „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

2. Artikel 16 wird wie folgt geändert:

Nach Artikel 16 Absatz x wird folgender Absatz y eingefügt:

,(y) Nummer 31 (§ 44 Absatz 2 des Elften Buches), 32 (§ 44a Absatz 4 des Elften Buches), 33 (§ 45a Absatz 4 des Elften Buches) und 36 (§ 143 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches) treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.'

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 2):

Zu Nummer 31

Mit der Ergänzung wird die Grundlage für elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen unter Bezug auf die beim Krankengeld bereits geltenden Regelungen (§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches) geschaffen und zugleich für die Beteiligten verbindlich vorgeschrieben. Die Meldungen betreffen Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen als Pflegeperson erfüllen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind.

Zu Nummer 32

Hier gilt die Begründung zu der Ergänzung des § 44 Absatz 2 in gleicher Weise.

Zu Nummer 33

Zu

Mit der Einfügung wird die Regelung des § 45a Absatz 4 Satz 1 an die Regelung des § 45b Absatz 2 angepasst. Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs kann damit auch nachträglich geltend gemacht werden, ohne dass zuvor ein gesonderter Antrag gestellt worden ist, dass der Umwandlungsanspruch grundsätzlich genutzt werden soll. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bereits möglich, ohne dass vom Pflegebedürftigen zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt worden sein muss. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 45a Absatz 4 bleibt aber, dass die Leistungserbringung durch die Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem jeweiligen Kalendermonat, für den die Umwandlung genutzt werden soll, durch Belege nachweisbar auch tatsächlich stattgefunden hat. Der ambulante Sachleistungsbetrag für diesen Kalendermonat darf zudem insoweit nicht bereits für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft worden sein. Ferner darf die Maximalgrenze für die Umwandlung nicht überschritten werden und für dieselben Leistungen darf nicht bereits eine Kostenerstattung in der jeweiligen Höhe – gegebenenfalls auch nach anderen Vorschriften – erfolgt sein.

Zu

Insbesondere wenn der Umwandlungsanspruch für einen bereits vorausgegangenen Kalendermonat nachträglich geltend gemacht wird, ohne dass der Pflegebedürftige dies seiner Pflegekasse vorab angezeigt hat, kann es dazu kommen, dass für den entsprechenden Kalendermonat bereits Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden ist. Da der umgewandelte Leistungsbetrag im Rahmen der Kombinationsleistung wie die Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung behandelt wird, hat die Höhe des beantragten Kostenerstattungsbetrags Einfluss darauf, wieviel anteiliges Pflegegeld der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung der Umwandlung noch beanspruchen kann. Wie bereits in der Begründung zum Ersten Pflegegestärkungsgesetz (BT-Drucksache 18/1798, Seite 32) dargestellt, kann in diesem Fall die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragte Kostenerstattung mit dem jeweils bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet werden, soweit der ausgezahlte Pflegegeldbetrag den Pflegegeldbetrag übersteigt, den der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages noch beanspruchen kann. Nutzt der Pflegebedürftige mit dem umgewandelten Betrag und in

dem entsprechenden Monat bezogenen Sachleistungen ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste den Leistungsbetrag nach § 36 insgesamt zu 100 Prozent aus, verbleibt daneben kein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld mehr. In diesem Fall ist ein bereits ausgezahlter Pflegegeldbetrag folglich in vollem Umfang mit dem beantragten Kostenerstattungsbetrag zu verrechnen. Um diese Rechtswirkung für die Normadressaten transparenter zu machen, wird eine entsprechende Regelung jetzt ausdrücklich in § 45a Absatz 4 mit aufgenommen.

Zu

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen infolge der Änderungen des § 37 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Zu

Die bisher in Satz 7 normierte Evaluation des Umwandlungsanspruchs wurde durchgeführt, so dass die Regelung hierzu durch Zeitablauf überholt ist.

Zu Nummer 36

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur eines Verweises.

Zu Nummer 2 (Artikel 16):

Die rechtstechnischen Anpassungen (Nummer 31, 32, 33 und 36) treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.