Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(1)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Verband medizinischer Fachberufe e.V. – Postfach 10 26 80 · 44726 Bochum

An die Mitglieder
des Deutschen Bundestags
im Ausschuss für Gesundheit

Präsidentin

Hannelore König
Mitglied im Bundesvorstand

Anschrift
Bahnhofstr. 38 d
21714 Hammah

Telefon (0 41 44) 6 98 14 38

Telefax (0 41 44) 6 98 14 39

Mobil (01 51) 56 98 35 17

E-Mail: hkoenig@vmf-online.de
http://www.vmf-online.de

25. April 2022

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 27. April 2022

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) - BT-Drucksache 20/1331 und

zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU: Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten, Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie – Nachhaltige Stärkung des Berufsbilds der Medizinischen Fachangestellten jetzt voranbringen – BT-Drucksache 20/1014

Sehr geehrte Bundestagsabgeordnete und Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit,

grundsätzlich begrüßen wir die Würdigung der besonderen Leistungen der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch einen Bonus im Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/DIE Grünen und FDP.

Wir möchten an dieser Stelle allerdings auf die Leistungen weiterer Gesundheitsberufe im ambulanten Gesundheitswesen hinweisen und hier insbesondere auf das besondere Engagement der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten, deren Interessen wir als Verband medizinischer Fachberufe e.V. vertreten.

Bitte berücksichtigen und würdigen Sie den tatkräftigen und besonderen Einsatz der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten in der Corona-Pandemie bei der Versorgung der COVID-19-Patientinnen und Patienten und ihren unermüdlichen Einsatz für die Gesellschaft bei der Bekämpfung der Pandemie, indem Sie die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten in die Gruppe der Berechtigten bei der Bonuszahlung aufnehmen.

Seit Beginn der Pandemie übernehmen Medizinische Fachangestellte zentrale Aufgaben bei der Betreuung und Behandlung der COVID-19-Patientinnen und Patienten. Diese Aufgaben erfüllen sie unermüdlich unter erhöhtem Infektionsrisiko und enormer Stressbelastung. Die Zahnmedizinischen Fachangestellten arbeiten seit zwei Jahren unter besonderen Infektionsrisiken mit geringem Abstand unmittelbar über der geöffneten Mundhöhle der Versicherten direkt im Aerosolnebel.

Insbesondere die Medizinischen Fachangestellten sind seit Beginn der Pandemie der Garant für den Schutzwall vor den Kliniken. Allerdings wurde dies noch nie honoriert. Inzwischen bröckelt dieser Schutzwall, weil sehr viele Medizinische Fachangestellte über den gesamten Pandemiezeitraum hinweg am Limit gearbeitet haben und inzwischen am Ende ihrer Kräfte sind. Hier einige Fakten:

- Medizinische Fachangestellte versorgen in den Praxisteams mehr als 90% der COVID-19-Patientinnen und Patienten, und zwar zusätzlich zur normalen ambulanten Versorgung. Sie haben weiterhin die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch im häuslichen Umfeld und in den Pflegeeinrichtungen betreut.
- Sie haben die zahlreichen und kurzfristigen Änderungen der Test- und Impfstrategien umgesetzt und diese immer wieder aufs Neue ihren Patientinnen und Patienten erklärt. Eine Flashmob Studie des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Witten-Herdecke hat am Vormittag des 28. April 2021 gezeigt, dass 90% der Anrufe pro Praxis eigenständig von den Medizinischen Fachangestellten bearbeitet wurden. 59% der Anrufe zu Corona waren zur Impfung. Dies zeigt, dass die Medizinischen Fachangestellten in der Beratung der Bevölkerung eine Schlüsselrolle übernehmen.
- Sie fangen die Überlastung im öffentlichen Gesundheitsdienst auf, wenn ihre Patientinnen und Patienten dort keine Antworten auf ihre Fragen zur Isolation, Quarantäne oder Nachweisen erhalten haben.
- Sie baden die Kommunikationsfehler der Verantwortlichen in der Politik auf Bundes- und Landesebene auf, die häufig freitags über die Medien kommuniziert wurden. Dies hat insbesondere montags Chaos ausgelöst und bedeutet eine deutliche Mehrbelastung für die Medizinischen Fachangestellten.
- Sie waren und sind als erste Ansprechpartner*innen und Vertrauenspersonen besonders gefragt. Die Telefone klingelten ununterbrochen und die Belastung wurde unerträglich. Sie wurden für Entscheidungen der Verantwortlichen in der Politik oder für Lieferengpässe bei den Corona-Impfstoffen und vieles mehr persönlich verantwortlich gemacht. Beschimpfungen im Praxisalltag sind keine Seltenheit mehr und auch der Umgang mit Gewalt im Beruf belastet sie stark. Der Stresslevel von Medizinischen Fachangestellten war laut Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, das seit 2015 zur Arbeitsmedizin von Medizinischen Fachangestellten forscht, bereits vor der Pandemie vergleichbar hoch wie der von Ärzt*innen und Pflegekräften. Inzwischen ist die Belastung weiter gestiegen, sodass immer mehr Medizinische Fachangestellte krankheitsbedingt ausfallen oder – wie Pflegekräfte – in andere Bereiche abwandern. Dies verschärft die Arbeitsbelastung und den Fachkräfteengpass in der ambulanten Versorgung inzwischen so stark, dass Leistungen und Sprechzeiten reduziert sowie Praxen geschlossen werden müssen. Die ambulante medizinische Versorgung ist inzwischen gefährdet, denn es kann weniger delegiert werden und immer mehr Ärztinnen und Ärzte müssen Aufgaben der Medizinischen Fachangestellten selbst übernehmen. Dies betrifft im Übrigen auch die zahnmedizinische Versorgung, denn dort ist der Fachkräfteengpass noch höher.
- Trotz dieser Belastung und ohne Erholungsphasen haben die Medizinischen Fachangestellten auch im Herbst/Winter 2021/2022 neben dem normalen Praxisalltag, den Pneumokokken- und Grippeimpfungen, den Infektionswellen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und der steigenden Zahl an COVID-19-Erkrankten die Erst-, Zweit-, Dritt- und Viert-Impfungen organisiert und durchgeführt. Auf dem Höhepunkt der Kampagne wurden in den Arztpraxen wöchentlich mehr als 3 Millionen Impfungen verabreicht. Was in den Impfzentren über verschiedene Zuständigkeiten und mit mehreren Personen umgesetzt wurde, liegt in den Arztpraxen oft in der Hand einer Profession: Medizinische Fachangestellte bestellen die Impfstoffe, vergeben die Termine, nehmen die Versicher-

ten in Empfang, bereiten den Impfstoff auf und die Impfung vor, impfen nach der Aufklärung durch den Arzt, dokumentieren die Impfung im Impfausweis, erstellen den digitalen Impfnachweis, melden die Impfungen an das RKI und rechnen die Leistung ab. Seit dem 16. November 2021 werden diese Leistungen, inkl. der ärztlichen Leistung bei der Aufklärung mit 28,00 Euro pro Impfung vergütet und am Wochenende mit 36,00 Euro pro Impfung. Diese Erhöhung war ein wichtiger Schritt. Allerdings fehlt die Verbindlichkeit, dass das erhöhte Honorar bei den Medizinischen Fachangestellten ankommt. Außerdem liegen die Kosten pro Impfung in den Impfzentren und mobilen Team immer noch deutlich über dieser Honorierung.

- Auch bei den Zahlen der Berufserkrankungen mit COVID-19 sind Medizinische Fachangestellte neben Pflege-, Erziehungs- und Lehrkräften besonders betroffen und leiden unter Long-COVID. In den letzten Monaten sind viele Medizinische Fachangestellte trotz vollständigem Impfschutz und 4. Impfung wiederholt an COVID-19 erkrankt. Physisch und psychisch sind die Belastungsgrenzen insbesondere bei Medizinischen Fachangestellten seit Monaten überschritten.

Die fehlende Wertschätzung und Anerkennung wird verstärkt durch die niedrigen Gehälter der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten. Laut Entgeltatlas der Agentur für Arbeit lag das mittlere monatliche Bruttoentgelt bei Vollzeitbeschäftigung im Jahr 2020 unter 2.500 €. Sie sind arm trotz Arbeit bei hoher Verantwortung für die Gesundheit von Menschen und einer so wichtigen Rolle in der Pandemiebekämpfung.

Die Arbeitsbedingungen von Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten als Gesundheitsberufe sollten mit hoher Priorität von der Bundesregierung verbessert und gefördert werden, damit nicht noch mehr Berufsangehörige ihrem tollen Beruf den Rücken kehren. Seit 2019 gelten beide Berufe laut Fachkräfteengpassanalyse der Agentur für Arbeit als Engpassberufe und die Situation verschärft sich seit dem Herbst 2021 zunehmend.

Unsere Onlineumfragen Anfang Februar 2022 haben ergeben, dass fast jede*r zweite Medizinische*r Fachangestellte*r und jede*r dritte Zahnmedizinische*r Fachangestellte*r mindestens mehrmals im Monat über einen Ausstieg aus dem Beruf nachdenkt. Dies können auch der erste bzw. dritte Platz bei den Medizinischen Fachangestellten bzw. Zahnmedizinischen Fachangestellten auf der Liste der häufigsten Ausbildungsverträge bei frauendominierten Ausbildungsberufen nicht auffangen.

Die Forderungen der CDU/CSU-Fraktion zur nachhaltigen Stärkung des Berufsbildes der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten sind aus unserer Sicht als Interessenvertretung dieser Berufe berechtigt und sollten mit hoher Priorität bearbeitet werden, damit die ambulante medizinische und zahnmedizinische Versorgung der Versicherten in Deutschland mittel- bis langfristig nicht gefährdet wird. Im ersten Schritt sollte der vorliegende Gesetzesentwurf weiterentwickelt werden, damit auch Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte ein erstes Zeichen der Wertschätzung ihrer Leistungen in der Pandemie durch einen Sonderbonus sehen.

Wir bringen uns als Berufsverband und Gewerkschaft der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten bei der Suche nach Lösungen gerne aktiv ein. Dies haben wir als Sozialpartner durch aktives Handeln bei der Novellierung der Ausbildungsordnung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten, die zum 1. August 2022 in Kraft tritt, unter Beweis gestellt.

Auch als Tarifpartner bei den Medizinischen Fachangestellten konnten wir mit dem Tarifergebnis zum 1. Januar 2021 von 6 bis 11,8% einen wichtigen Meilenstein setzen. Nur die vorhandene Lohndifferenz von bis zu 30% zu anderen Gesundheitsberufen oder verwaltenden Berufen im Gesundheitswesen – wie bei den gesetzlichen Krankenversicherungen – können wir im Rahmen von Tarifverhandlungen nicht aufholen. Hier braucht es politische Lösungen – wie auch bei der Anerkennung der medizinischen Kompetenzen von Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten nach Aus- und Fortbildung.

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2019 sichern 333.000 Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen und 194.000 Zahnmedizinische Fachangestellte in Zahnarztpraxen in den Praxisteams die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Insgesamt arbeiten rund 650.000 Frauen als Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte. Damit ist fast jede siebte Frau im deutschen Gesundheitswesen entweder als MFA oder ZFA tätig. Es ist an der Zeit, die Tätigkeit dieser Berufsangehörigen endlich zu würdigen und auch finanziell anzuerkennen.

Mit freundlichen Grüßen

Hannelore König
Präsidentin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(2)
gel. VB zur öffent Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT
DKG
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 27. April 2022

zum

Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für ein

Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz - PflBG)

Drucksache 20/1331

vom 22. April 2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil 3

Besonderer Teil 7

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 7

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 2 Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte 7

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 3 Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte 8

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 4 Festlegung der Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser an das InEK 9

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 5 und 6 Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK 10

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 8 Nachweispflicht der zweckmäßigen Mittelverwendung 11

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 12

Zu Artikel 3 Nr. 1 bis 3 (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG) Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022 12

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf 18

Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie 18

Übergangspflege – Anpassungsbedarf zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung 23

Ergänzung eines Regelbeispiels für eine positive Prognose im Bereich Mindestmengen 25

Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V 26

Allgemeiner Teil

Die Krankenhäuser begrüßen und unterstützen ausdrücklich die Intention des Pflegebonus, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern ein Zeichen der Dankbarkeit und Wertschätzung zukommen zu lassen. Die Krankenhäuser arbeiten seit nunmehr über zwei Jahren Pandemie im Ausnahmezustand. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten mit höchster Professionalität, Hingabe und Empathie eine herausragende medizinische Versorgung am Rande der Belastungsgrenze und manchmal auch darüber hinaus. Um die außergewöhnlichen Anstrengungen und die hohe Belastung insbesondere der patientennahen Bereiche entsprechend zu würdigen, reichen die Gesamtmittel jedoch bei Weitem nicht aus. Eine spürbare Aufstockung der zur Verfügung stehenden Gesamtmittel ist daher dringend geboten.

Die vergangenen Pandemiejahre haben eindrücklich bewiesen, dass die Bewältigung der Corona-Pandemie nur gemeinsam gelingen kann. Gemeinsam als Gesamtgesellschaft, gemeinsam mit allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, gemeinsam als Krankenhauslandschaft. Zur Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern größte Anstrengungen und Herausforderungen im privaten wie im beruflichen Umfeld auf sich genommen. Krankenhausübergreifend wurden länderspezifische Konzepte zur Versorgung der COVID-Patientinnen und -Patienten entwickelt, die vor allem durch Kooperation und Versorgungsaufteilung geprägt waren, aber auch eine flächendeckende Versorgung garantierten. Auch vor diesem Hintergrund ist die im Gesetzentwurf erfolgte Abgrenzung der prämienberechtigten Beschäftigten und anspruchsberechtigten Krankenhäuser zu kritisieren.

Durch die Anspruchsvoraussetzung von „mindestens 10 COVID-Patientinnen und -Patienten mit mindestens 48 Stunden Beatmungszeit im Jahr 2021“ wird von vornherein ein großer Teil der Krankenhäuser und damit ein erheblicher Teil des Pflegepersonals von der Prämie ausgeschlossen. Dies geschieht mit dem Wissen, welchen wichtigen Beitrag auch Krankenhäuser ohne Beatmungsbetten in der gemeinsamen Pandemiebewältigung leisten und dass der Großteil der pandemiebedingten Versorgung auf der Normalstation erfolgt. Nach der Öffnung von Kitas, Schulen und Freizeitangeboten sind die Infektionszahlen bei Kindern stark gestiegen und damit auch die Anzahl der stationär zu versorgenden, an COVID-erkrankten Kindern. Zum Glück müssen diese nur in seltenen Fällen beatmet werden, was die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und das Eigeninfektionsrisiko aber nicht verringert. Auch diese Pflegekräfte leisten eine herausragende Arbeit und sollten von der Prämie profitieren können. Die Kriterien der anspruchsberechtigten Krankenhäuser sollten daher auf kleinere Krankenhäuser und besondere Fachkliniken (insbesondere Kinderkliniken und Psychiatrien) erweitert werden.

Der Empfängerkreis der Prämienzahlung wird auf die im Gesetzestext genannten Berufsgruppen beschränkt. Die im Gesetzentwurf erfolgte Definition führt zu Abgrenzungsproblemen und Ungleichbehandlungen. Zudem ist Krankenhausversorgung grundsätzlich Teamarbeit und auch viele weitere Berufsgruppen sind durch die Pandemie besonders belastet (z. B. Pflegehilfskräfte, therapeutisches und ärztliches Personal, Reinigungspersonal). Auch Minister Karl Lauterbach hat in öffentlichen Erklärungen betont, dass sich

über die Pflege hinaus alle patientennahen Bereiche vorbildlich engagieren. Grundsätzlich sollten daher alle patientennahen Berufsgruppen im Krankenhaus von der Prämienzahlung profitieren können. In diesem Zusammenhang ebenfalls problematisch ist die Begrenzung auf Pflegepersonal auf bettenführende Stationen. Auch durch diese Voraussetzung wird ein großer Teil des Personals im Krankenhaus von vorneherein ausgeschlossen, wie z. B. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - auch Pflegekräfte - in vielen Notfallaufnahmen und den Funktionsbereichen (z. B. OP, Endoskopie). In der jetzigen Ausgestaltung droht die Pflegeprämie, die verschiedenen Berufsgruppen in den Krankenhäusern zu spalten.

Um die herausragenden Leistungen der durch die Corona-Pandemie besonders belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus entsprechend würdigen zu können, sind zusammenfassend die folgenden Anpassungen in dem Gesetzentwurf zum Pflegebonusgesetz vorzunehmen:

- Erhöhung der für die Prämienzahlung zur Verfügung stehenden Gesamtmittel
- Anpassung der Anspruchskriterien, sodass auch Personal von kleineren Krankenhäusern und besonderen Fachkliniken (insbesondere Kinderkliniken und Psychiatrien) einen Beitrag der Wertschätzung und Dankbarkeit erhalten können
- Ausweitung der prämienberechtigten auf alle patientennahen Beschäftigten.

Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwert

Mit der Einführung des Pflegebudgets sollten die tatsächlichen Personalkosten der Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig refinanziert werden. Die Verhandlungen zum Pflegebudget gestalten sich aber äußerst schwierig, sodass im Ergebnis viele Pflegebudgets für die Jahre 2020 und 2021 noch nicht vereinbart sind (nur rund 580 Pflegebudgets in 2020 = 40 %). Dadurch entstehen massive Liquiditätsprobleme, denn die Krankenhäuser haben den politischen Willen umgesetzt und zusätzliches Pflegepersonal eingestellt und durch deutlich höhere Tarifentgelte besser bezahlt. So lange kein Pflegebudget vereinbart ist, erhalten die Kliniken – auch im Jahr 2022 – nur einen Ersatzbetrag, der auf Basis der durchschnittlichen Kosten- und Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Ohne Pflegebudgetvereinbarung zahlen die Krankenhäuser somit den politisch gewollten Aufbau von Pflegepersonal und die Lohnentwicklung in der Pflege aus eigener Tasche und die Krankenkassen sind im Vorteil. Hieraus ergibt sich eine **massive Liquiditätslücke im Gesamtumfang von rund 8 Mrd**. **Euro[1] bis zum Jahresende 2022**.

Dieses Problem wurde nun grundsätzlich erkannt und eine unterjährige Erhöhung des gesetzlich festgelegten vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022 angekündigt (von 163,09 Euro auf 200 Euro). Auch für das Jahr 2023 soll eine Erhöhung auf 171 Euro erfolgen. Die Krankenhäuser begrüßen diese Initiative des Gesetzgebers grundsätzlich, da damit ein wichtiger Beitrag zur Liquiditätsabsicherung geleistet wird. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass diese Anhebung bei weitem nicht ausreicht. Auch der nun

[1] Die detaillierte Berechnung ist dem besonderen Teil der Stellungnahme zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (siehe Seite 12) zu entnehmen.

vorgesehene Pflegeentgeltwert ist viel zu gering, um den bestehenden Liquiditätsengpass der Krankenhäuser spürbar zu reduzieren. Der vorläufige Pflegeentgeltwert muss deutlich höher ausgestaltet sein (vom 1.7.2022 bis 31.12.2022 Erhöhung auf 340 Euro und ab 1.1.2023 auf 230 Euro), auch um den Gesetzlichen Krankenkassen einen Anreiz zum zeitnahen Abschluss sachgerechter Pflegebudgets zu geben (siehe Berechnung ab Seite 12).

In diesem Zusammenhang ist besonders zu betonen, dass die Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes eine Maßnahme zur reinen Liquiditätssicherung ist und nicht zu Mehrausgaben für die Gesetzlichen Krankenkassen führt, da nach Abschluss der Pflegebudgets entsprechende Ausgleiche vorgenommen werden. Darauf wird auch explizit in der Gesetzesbegründung hingewiesen.

Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie

1. Ganzjahresausgleich für die Jahre 2021 und 2022 anpassen

Der Ganzjahreserlösausgleich ist das zentrale Instrument zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser. Die für den Ganzjahresausgleich der Jahre 2021 und 2022 geltende Regelung, nach der nur 98 % der Erlöse des Referenzjahres 2019 berücksichtigt werden dürfen, basiert auf Annahmen zum Pandemieverlauf, die sich nicht bewahrheitet haben. Die Impfkampagne hat die gewünschte Abschwächung des Pandemieverlaufs nicht in Gänze bewirkt und folglich sind die erwarteten Nachholeffekte in der stationären Versorgung nicht eingetreten. Die jetzt sichtbare Dimension der Erlösverluste war bei Implementierung des Ganzjahresausgleichs nicht zu erwarten. Allein im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetz und hier ausschließlich bei den bewerteten Entgelten bleibt ein Gesamterlösverlust für die Krankenhäuser in Höhe von mindestens 1,2 Mrd. € im Jahr 2021 bestehen. Vor diesem Hintergrund ist die 98 % Regelung für die Jahre 2021 und 2022 dringend durch einen 100 %-Ansatz zu ersetzen (§§ 5 und 5a KHWiSichV).

2. Ausgleichszahlungen weiter fortführen

Auch nach zwei Jahren Pandemie sind die Krankenhäuser von einem Regelbetrieb weit entfernt. Das hohe Niveau COVID-positiv getesteter Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die strengen Hygieneanforderungen zu Infektionsprävention aber auch die hohen Personalausfälle insbesondere infolge von Quarantäneanordnungen lassen noch keinen Regelbetrieb zu. Die erfolgten Lockerungen und weitreichende Abschaffung der Maskenpflicht im Alltag werden vermutlich dazu führen, dass die hohe Belastungssituation im Gesundheitswesen bestehen bleibt. Vor diesem Hintergrund sind Ausgleichszahlungen ein wichtiger Bestandteil des Krankenhaus-Rettungsschirms, um die Liquidität der Krankenhäuser aufrecht zu erhalten. Vor diesem Hintergrund ist das Auslaufen der Ausgleichszahlungen zum 18. April 2022 unverständlich und sollte mindestens im Gleichklang mit dem Versorgungsaufschlag bis Ende Juni 2022 fortgeführt werden. Anderenfalls wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser weiter deutlich verschlechtern. Für die Krankenhäuser bleibt dann lediglich die Absicherung der Erlösrückgänge über

den Ganzjahresausgleich 2022. Da die Erlösrückgänge bei fehlenden Ausgleichszahlungen nicht durch diese ausgeglichen werden können, führt die unvollständige Kompensation durch den Ganzjahresausgleich (Ausgleichssatz 85 Prozent der Erlösrückgänge nach Abzug der Sachkosten sowie die 2-Prozent-Regelung) zu dramatischen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser.

3. Inflationsausgleich, insbesondere Energiekosten einführen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich Waren und Dienstleistungen im März 2022 um 7,3 % gegenüber dem Vorjahresmonat verteuert. Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Da die resultierenden Kostensteigerungen nicht in den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2022 berücksichtigt werden konnten, sollte mit dem Pflegebonusgesetz ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Pragmatisch kann dieser beispielsweise über einen Rechnungsaufschlag umgesetzt werden.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 2
Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung in Absatz 2 wird festgelegt, dass nur Pflegefachkräfte anspruchsberechtigt sind, die im Jahr 2021 mindestens 185 Tage im direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus standen.

Stellungnahme

Es ist grundsätzlich sachgerecht, den anspruchsberechtigten Mitarbeiterkreis aufgrund des Beschäftigungszeitraumes festzulegen. Damit müssen die anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte gut sechs Monate im jeweiligen Krankenhaus beschäftigt gewesen sein. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass gemäß dieser Regelung auch Pflegefachkräfte anspruchsberechtigt wären, die zum Zeitpunkt der Prämienauszahlung schon längst aus dem Krankenhaus ausgeschieden sind. Im Extremfall sind diese Mitarbeiter bereits seit Juli 2021 nicht mehr im Krankenhaus beschäftigt und unter Umständen auch nicht mehr erreichbar. Hier müssten Krankenhäuser einen erheblichen Ermittlungsaufwand betreiben, um eine ordnungsgemäße Prämienzahlung zu gewährleisten. Vielmehr sollte hier – wie bei anderen Sonderzahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld – auch die Betriebstreue zählen. Vor diesem Hintergrund sollten nur diejenigen einen Anspruch auf die Prämienzahlung haben, die am 1. April 2022 noch in einem Beschäftigungsverhältnis standen.

Zudem wird hier der Berechtigtenkreis auf Pflegefachkräfte auf bettenführenden Stationen begrenzt. Damit wäre z.B. das genauso belastete Pflegepersonal in Notaufnahmen und im OP nicht erfasst. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, diese Eingrenzung zu streichen. Sofern man die Auswahl der Prämienempfänger den Betriebsparteien vor Ort überlassen würde, wäre eine solche Regelung sogar obsolet.

Die Einschränkung auf Pflegefachkräfte führt dazu, dass Pflegehilfskräfte nicht berücksichtigt werden können, obwohl auch diese hoch belastet waren. Daher sollte nicht von Pflegefachkräften, sondern – analog zur Corona-Prämie nach § 26d KHG - von Pflegekräften gesprochen werden.

Sofern die Auswahl der Prämienempfänger den Betriebsparteien vor Ort überlassen werden soll, wäre die o.g. Bestimmungen in Absatz 2 obsolet.

Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Erhält ein Krankenhaus die Auszahlung aus Bundesmitteln, muss es mit dem ausgezahlten Betrag eine Prämie als einmalige Sonderleistung an diejenigen Pflege**~~fach~~**kräfte zahlen, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage mit direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung **~~auf bettenführenden Stationen~~** in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind **und die am 1. April 2022 in einem Beschäftigungsverhältnis zu dem Krankenhaus standen**.

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 3
Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte

Beabsichtigte Neuregelung
In Absatz 3 werden die Berufsbezeichnungen der Pflegefachkräfte und Intensivpflegekräfte definiert, die Anspruch auf eine Prämienzahlung haben.

Stellungnahme

Gemäß Absatz 3 haben nur Pflegefachkräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung einen Anspruch auf Prämienzahlungen. Intensivpflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung sollen eine um den Faktor 1,5 höhere Prämie erhalten.

Die Krankenhäuser lehnen eine Differenzierung der Pflegekräfte im Hinblick auf die Prämienhöhe grundsätzlich ab. Diese Differenzierung führt zudem zu unnötigen Datenlieferungen an das InEK. Bei Wegfall der Differenzierung ist zudem kein komplexes Berechnungsschema erforderlich. Zum anderen erhalten Pflegehilfskräfte und Auszubildende im Gegensatz zur Regelung im SGB XI-Bereich überhaupt keine Prämie. Auch dies ist unter dem Aspekt der Corona-Belastung der Beschäftigten in der Pflege als Maßstab für den Prämienanspruch nicht nachzuvollziehen.

Es sollte - wie bei den beiden vorherigen Corona-Prämien auch - bei dem Grundsatz bleiben, dass die Auswahl der Prämienempfänger im Ermessen der Betriebsparteien vor Ort liegt.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Differenzierung festhält, ist auf folgendes hinzuweisen: Es erhalten lediglich die Intensivpflegekräfte eine erhöhte Prämie, die eine abgeschlossene Weiterbildung haben. Damit werden ca. 60 Prozent der Pflegekräfte auf den Intensivstationen ausgeschlossen (vgl. DKI 2017: Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin). Das Pflegepersonal ohne Weiterbildung auf den Intensivstationen ist genauso belastet gewesen. Diese Differenzierung ist daher nicht sachgerecht. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Gesetzesformulierung nur Weiterbildungen nach landesrechtlichen Regelungen berücksichtigt. In einigen Bundesländern wie Bayern oder

Thüringen gibt es jedoch keine landesrechtlichen Regelungen; hier gilt die DKG-Empfehlung zur pflegerischen Fachweiterbildung. Es sollte daher für diesen Fall mindestens in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass auch die einschlägige DKG-Empfehlung berücksichtigt wird.

Änderungsvorschlag

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger unter den Pflegekräften sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Zudem sollen neben den in Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die aufgrund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 4
Festlegung der Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser an das InEK

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 werden die Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser gegenüber dem InEK festgelegt.

Stellungnahme

Die Datenlieferungspflichten sowie die Ermittlung der Prämienhöhe kann deutlich verschlankt werden, wenn auf die nicht sachgerechte Differenzierung der Prämienhöhe zwischen Intensivpflegekräften und anderen Pflegekräften verzichtet wird. Da die Prämienhöhe für die Beschäftigten nach dem DKG-Vorschlag wie bisher durch die Betriebsparteien festgelegt wird, muss nur das Gesamtprämienvolumen pro Krankenhaus ermittelt werden.

Sofern der Gesetzgeber bei der Differenzierung der Pflegekräfte bleibt, ist allerdings auf folgendes hinzuweisen:

Die Definition von Vollkraft in Abs. 4 Satz 3 Nr. 3 ist nicht identisch mit der Definition aus Abs. 4 Satz Nr. 1 und Nr.2. Im Übrigen ist die Formulierung in Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 nicht kongruent mit der Definition der Intensivpflegefachkraft aus Abs. 3. Gemäß Absatz 4 Satz Nr. 3 wären nach unserer Einschätzung auch die Intensivpflegekräfte ohne Fachweiterbildung zu melden. Es ist für diesen Fall unerlässlich, dass die Krankenhäuser klare und

eindeutige Hinweise durch das InEK erhält, welche Daten im Einzelnen tatsächlich zu liefern sind.

Änderungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fordert die Krankenhäuser, die Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, bis zum 30. Mai 2022 auf, ihm bis zum 15. Juni 2022 die folgenden Angaben mitzuteilen:
1. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflege~~fach~~kräfte, umgerechnet in Vollkräfte~~,~~ **.**
~~**2. die Anzahl der in Absatz 3 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte , umgerechnet in Vollkräfte,**~~
~~**3. die Anzahl der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 an das Institut für das Entgeltsystem für das Krankenhaus gemeldeten Pflegefachkräfte, im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzt waren, umgerechnet in Vollkräfte.**~~
Als Vollkraft im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 ~~**und 2**~~ gilt, wer im Jahr 2021 mindestens 185 Tage in dem Krankenhaus beschäftigt war. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann den Krankenhäusern Vorgaben zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Mitteilung machen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die ihm nach Satz 1 mitgeteilten Daten auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen, auf Plausibilität.

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 5 und 6
Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 und 6 werden die Modalitäten der Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK geregelt.

Stellungnahme

Wie oben dargelegt, kann auf die komplexe Berechnung der Prämienhöhe verzichtet werden, wenn keine weitergehende Differenzierung unter den Pflegekräften vorgenommen wird und die Auswahl der Prämienempfänger und die Festlegung der individuellen Prämienhöhe weiterhin den Betriebsparteien vor Ort überlassen bleiben. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, die grundsätzliche Systematik des § 26d KHG zu belassen, so dass das InEK auf Grundlage der entsprechenden Anzahl der Pflegekräfte lediglich ein Gesamtprämienvolumen für jedes Krankenhaus ermittelt.

Änderungsvorschlag:

Anpassung der Absätze 5 und 6 dahingehend, dass lediglich ein Gesamtprämienvolumen für jedes Krankenhaus ermittelt wird.

Zu Artikel 1 § 26e Absatz 8
Nachweispflicht der zweckmäßigen Mittelverwendung

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 8 wird der Nachweis der zweckmäßigen Mittelverwendung durch die Krankenhäuser geregelt.

Stellungnahme

Gemäß Absatz 8 Satz 1 müssen die Krankenhäuser die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckmäßige Mittelverwendung nunmehr neben den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem GKV-SV auch an das InEK übermitteln. Der Grund hierfür erschließt sich nicht, da hier keinerlei Berichts- oder Prüfungsauftrag an das InEK formuliert ist, für die das InEK diese Informationen benötigen würde. Ein zusätzlicher Adressat der Übermittlung des Nachweises führt vielmehr zu mehr bürokratischem Aufwand und zu Fehleranfälligkeit.

Darüber hinaus bedarf es aufgrund der von den Krankenhäusern geforderten Streichung der Differenzierung der Pflegekräfte im Nachweis auch nicht dieser Angaben.

Änderungsvorschlag:

Absatz 8 wird wie folgt geändert:

Jedes Krankenhaus, das die Auszahlung aus Bundesmitteln erhalten hat, muss den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2~~,~~ **und** dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~**und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus**~~ bis zum 30. September 2023 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorlegen~~,~~. ~~**die auch die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilte Anzahl der Intensivpflegefachkräfte und die Anzahl der im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzten Pflegefachkräfte beinhalten muss**~~. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 31. Dezember 2023 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser leitet die zurückgezahlten Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der zurückgezahlten Beträge bis zum 31. Juli 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1 bis 3 (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)
Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022

Beabsichtigte Neuregelung

Der vorläufige Pflegeentgeltwert soll unterjährig vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 auf 200 Euro angehoben werden. Ab dem 1. Januar 2023 soll der vorläufige Pflegeentgeltwert dann 171 Euro betragen.

Stellungnahme

Zum 23.02.2022 waren bundesweit rund 580 Pflegebudgets (nach Daten des InEK) für den Vereinbarungszeitraum 2020 abgeschlossen. Bezieht man diese Anzahl auf ca. 1.400 DRG-Krankenhäuser ergibt sich daraus eine Abschlussquote von lediglich rund 40 Prozent der Pflegebudgets für den Vereinbarungszeitraum 2020. Die landesbezogene Abschlussquote der Pflegebudgets 2022 ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

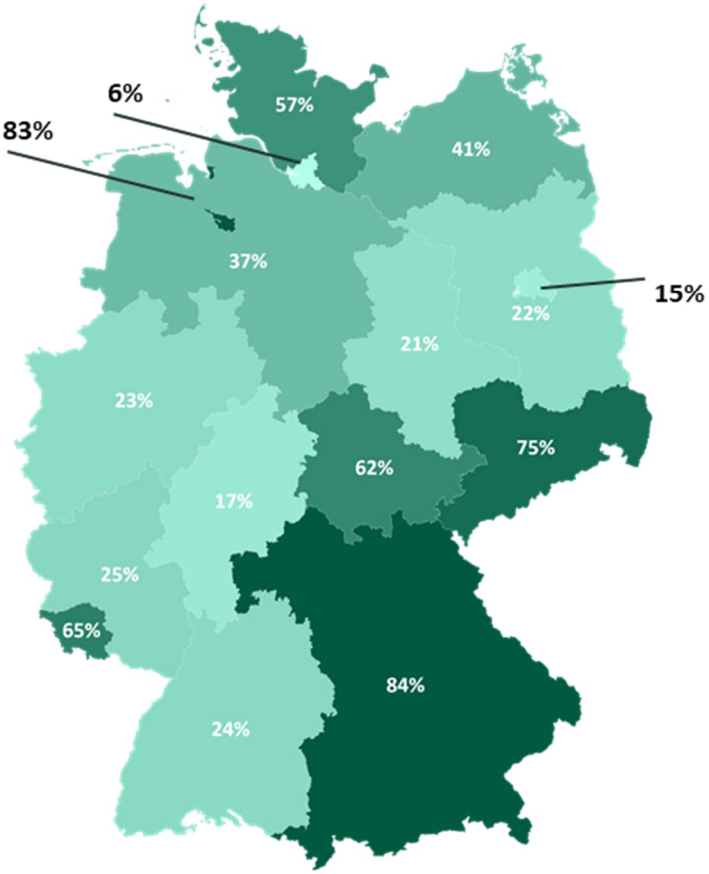


Abbildung 1 Abschlüsse der Pflegebudgets 2020 (Stand 23.02.2022, InEK Daten)

Die niedrige Abschlussquote der Pflegebudgets zeigt, dass die Verhandlungen äußerst konfliktbehaftet geführt werden. Hierfür lassen sich mehrere Ursachen finden. Zwar haben durch Corona bestimmte Verzögerungen bei den Verhandlungen der Budgets stattgefunden. Allerdings haben bisher noch ein Drittel der Krankenhäuser keinen Verhandlungstermin zum Pflegebudget 2020 abgestimmt (DKG-Umfrage). Vielen Budgetabschlüssen ist eine zweistellige Zahl von Budgetverhandlungsterminen vorangegangen. Die Kostenträger verweisen zur Beschleunigung der Budgetabschlüsse häufig auf die Möglichkeit der Krankenhäuser die Schiedsstelle anzurufen. Dies führt aber häufig nicht zu einer zeitnahen Budgetvereinbarung, da die Schiedsstellen vielfach mit den Detailfragen zum Pflegebudget überfordert sind. In Abhängigkeit von Genehmigungs- und Klageverfahren kann sich eine Streitfrage bis zu 10 Jahre hinziehen.

Häufig akzeptieren die Kostenträger die von den Krankenhäusern vorgelegten und auf der Bundesebene abgestimmten Unterlagen zur Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Berufsgruppen und Kosten nicht und fordern zusätzliche Nachweise wie Tätigkeitsbeschreibungen, Eingruppierungsmatrix, Personallisten, Einzelkostenaufstellungen, Überstundenaufstellungen, sowie Stellenpläne/Dienstpläne. Dies ist vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten, als dass bereits umfangreiche Unterlagen im Rahmen der Anlagen zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung und Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vereinbart wurden.

Durch die verzögerten Pflegebudgetverhandlungen entstehen den Krankenhäusern massive Liquiditätsengpässe, denn die Krankenhäuser haben den politischen Willen umgesetzt und zusätzliches Pflegepersonal eingestellt und durch deutlich höhere Tarifentgelte besser bezahlt. So lange kein Pflegebudget vereinbart ist, erhalten die Kliniken – auch im Jahr 2022 – nur einen Ersatzbetrag, der auf Basis der durchschnittlichen Kosten- und Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Ohne Pflegebudgetvereinbarung zahlen die Krankenhäuser somit den politisch gewollten Aufbau von Pflegepersonal und die Lohnentwicklung in der Pflege aus eigener Tasche und die Krankenkassen sind im Vorteil. **Hieraus ergibt sich eine massive Liquiditätslücke im Gesamtumfang von rund 8 Mrd. Euro**. Dieses Geld haben die Krankenhäuser seit Januar 2020 auf die Gehaltskonten der Pflegekräfte überwiesen, ohne eine entsprechende Refinanzierung der Krankenkassen erhalten zu haben. Aufgrund dieser eklatanten Unterfinanzierung besteht für die Krankenkassen kein Anreiz die Verhandlungen zeitgerecht durchzuführen. Darunter leiden auch alle weiteren Bestandteile der Budgetvereinbarung wie zu vereinbarende Zuschläge oder individuell Entgelte. Die nach gesetzlichen Vorgaben eigentlich prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen sind soweit im Verzug wie seit Einführung der DRGs noch nie. Diesem Zustand muss dringend entgegengewirkt werden.

Ungedeckte Vorleistungen der Krankenhäuser in Milliardenhöhe

Die Liquiditätslücke (ungedeckte Vorauszahlungen), die aus den verspäteten Abschlüssen der Pflegebudgets verbunden mit einem viel zu niedrigen Pflegentgeltwert (Ersatzbetrag) resultiert, soll anhand der nachfolgenden Berechnung dargestellt werden. Zur Übergangsfinanzierung bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets 2020 sind die Vorgaben des § 15 Abs. 2a KHEntgG maßgeblich. Hiernach rechnet das Krankenhaus einen „Ersatzbetrag“ ab, wenn der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4

KHEntgG auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden kann. Die im aG-DRG-Katalog ausgewiesenen Pflegeerlös-Bewertungsrelationen pro Tag sind mit den folgenden Ersatzbeträgen zu multiplizieren:

1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro und
3. ab dem 1. Januar 2021 mit 163,09 Euro.

Da sich die Pflegeerlös-Bewertungsrelationen pro Tag und der Ersatzbetrag aus der InEK-Kalkulation (durchschnittliche Tageskosten für Pflege) ergeben, kann das Erlösvolumen wie folgt berechnet werden:

Belegungstage * Ersatzbetrag:

Jahr	**Belegungstage § 21 KHEntgG**	**Vorl. Pflegeentgeltwert**	**Erlösvolumen aus der Abrechnung des Ersatzbetrags**
2020	99.966.551	175,39 Euro*	17,5 Mrd. Euro
2021	99.813.662	163,09 Euro	16,3 Mrd. Euro
2022	99.813.662	163,09 Euro	16,3 Mrd. Euro

* Mittelwert (Summe Ersatzbetrag pro Monat/12 Monate)

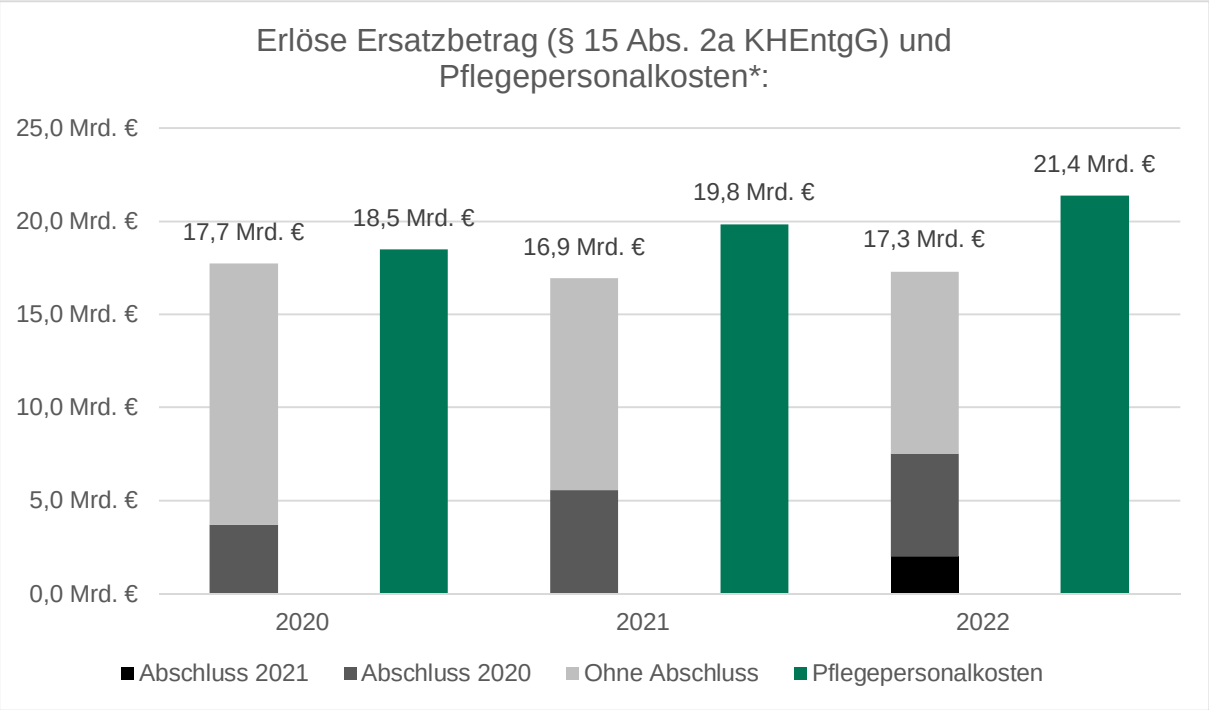
Durch die Corona-Krise hatten die Krankenhäuser im Jahr 2020 einen deutlichen Belegungseinbruch zu verkraften. Die Belegungstage gingen um 13 Prozent zurück. Dieser Belegungsrückgang konnte mit einem erhöhten Ersatzbetrag (185,- Euro) für die Belegungstage vom 01.04.2020 bis 31.12.2020 größtenteils ausgeglichen werden. Für die Jahre 2021 und 2022 gilt der reduzierte Ersatzbetrag in Höhe von 163,09 Euro. Problematisch an diesem Wert ist, dass der Ersatzbetrag auf Basis der Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Das bedeutet, dass die Reduktion der Fallzahlen und die dadurch entsprechende notwendige Erhöhung im Ersatzbetrag vom Bundesgesundheitsministerium nicht umgesetzt wurde. Außerdem sind die Tariferhöhungen und der politisch erwünschte Personalaufbau im Wert für 2022 nicht enthalten. Auch hier kommt die (politische) Fehleinschätzung zu Beginn des Jahres 2021 zum Tragen, dass die Impfkampagne zumindest die Auswirkungen auf die Krankenhäuser ab Mitte des Jahres weitgehend beenden würde.

Auf Basis der Personaldaten (Abschätzung auf Basis von InEK-Angaben aus den § 21 KHEntgG Daten und der Kostendaten von destatis) wurde die Entwicklung des Pflegepersonals am Bett (politisch gewollter Aufbau der Pflegekräfte) unter Annahme einer durchschnittlichen Tarifentwicklung fortgeschrieben. Folgende Werte ergeben sich aus den Hochrechnungen für die pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten auf der Bundesebene:

Jahr	VK (Fachp.)	VK (Hilfsp.)	Kosten Fach-kräfte	Kosten Hilfs-kräfte	Kosten gesamt
2019	252.125	30.000	15.833.395 T Euro	1.140.000 T Euro	17,0 Mrd. Euro
2020	260.193	40.000	16.905.429 T Euro	1.572.592 T Euro	18,5 Mrd. Euro
2021	268.261	45.000	18.004.806 T Euro	1.827.548 T Euro	19,8 Mrd. Euro
2022	276.329	50.000	19.251.064 T Euro	2.107.773 T Euro	21,4 Mrd. Euro

Die Abrechnung der hausindividuellen Pflegepersonalkosten über den Pflegeentgeltwert greift nur für die Häuser, die noch kein Pflegebudget für die betreffenden Jahre seit 2020 abgeschlossen haben. Um dies in der Berechnung entsprechend zu berücksichtigen wurde die folgende Annahme getroffen:

Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2020 = 20 Prozent
Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2021 = 30 Prozent
Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2022 = 40 Prozent (davon 10 Prozent mit Abschluss 2021)



Unter Berücksichtigung der tatsächlich bereits abgeschlossenen Pflegebudgets ergibt sich die folgende Gegenüberstellung von Erlösen und Kosten im Bereich der Pflege.

Jahr	Erlöse	Pflegeperso-nalkosten	Delta
2020	17,7 Mrd. Euro	18,5 Mrd. Euro	0,8 Mrd. Euro
2021	16,9 Mrd. Euro	19.8 Mrd. Euro	2,9 Mrd. Euro
2022*	17,3 Mrd. Euro	21,4 Mrd. Euro	4,1 Mrd. Euro

*Vorausberechnung bis zum Jahresende 2022

Unter Berücksichtigung der Abschlussrate der Budgetvereinbarung entsteht hieraus ein Delta von **0,8 Mrd. Euro in 2020** und **2,9 Mrd. Euro in 2021**. Dazu muss angemerkt werden, dass die Werte über die Jahre kumulieren und sich bis zum Jahresende ein Defizit zu Lasten der Krankenhäuser in Höhe von knapp **8 Mrd. Euro** angehäuft haben wird.

Diese Liquiditätslücke muss zwingend durch einen deutlich höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden, ansonsten droht die weitere Destabilisierung der Kliniken. Die Regelungen zum Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG sind daher entsprechend anzupassen. Hiermit würde zudem ein Anreiz für die Kostenträger gesetzt, zügig zum Abschluss eines Pflegebudgets zu gelangen. Derzeitig sind viele Krankenhäuser aufgrund der drohenden Liquiditätsproblematik dazu gezwungen, Pflegebudgets für das Jahr 2020 zu Lasten des Vereinbarungsergebnisses mit den Kostenträgern abschließen, um eine Zahlungsunfähigkeit zu vermeiden. Damit treibt die Politik die Krankenhäuser bewusst in die Enge, um sie zu Kompromissen zu Lasten der Pflege im Krankenhaus zu zwingen.

Rückwirkende Ausfinanzierung der Pflege sofort und sachgerechte Finanzierung ab dem 1. Januar 2023

Der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, zum 1. Juli 2022 den Pflegentgeltwert auf 200 Euro zu erhöhen und ab 1. Januar 2023 erneut auf dann 171 Euro abzusenken. Das ist keine sachgerechte Lösung, sondern eine politische Geringschätzung der Pflegekräfte im Krankenhaus. Durch dieses Vorhaben würde die Finanzierungslücke der Krankenhäuser um gerade einmal 1,1 Mrd. Euro auf dann immer noch 3 Mrd. Euro bis Ende 2022 reduziert um dann aber für 2023 bei den Kliniken einen weiteren Fehlbetrag von mindestens 1,8 Mrd. Euro zu erzeugen, die noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 vereinbart haben (Abschlussquote Pflegebudget 2020 in 2023 70 Prozent).

Der Vollständigkeit sei noch daraufhin gewiesen, dass die Krankenhäuser nicht einen einzigen Euro der Zahlungen aus dem Pflegentgeltwert behalten dürfen, der nicht durch entsprechende Ausgaben für die Pflege am Krankenbett nachgewiesen werden kann. Denkbare Überzahlungen werden grundsätzlich hausindividuell ausgeglichen. Mit einer Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes gehen keine Mehrausgaben für die Gesetzlichen Krankenkassen einher. Der Beitrag zur Sicherung der Liquidität und zur Wertschätzung der Pflegekräfte im Krankenhaus ist aber von umso größerer Bedeutung.

Änderungsvorschlag

Um die seit Januar 2020 aufgezeigte Finanzierungslücke der Häuser zu schließen, die bis Ende des Jahres 2022 noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 vereinbaren konnten, ist der vorläufige Pflegeentgeltwerte gesetzlich auf 340 Euro im Zeitraum 1.7.2022 bis 31.12.2022 festzusetzen.

Um ab 2023 keine weitere Finanzierungslücke entstehen zu lassen, ist der neue vorläufige Pflegeentgeltwert ab 1. Januar 2023 ganzjährig auf 230 Euro festzusetzen.

§ 15 Abs. 2a Nr. 3 KHEntgG ist wie folgt zu ändern:

„4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit ~~200~~ **340** Euro und
5. ab dem 1. Januar 2023 mit ~~171~~ **230** Euro.“

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat die deutschen Krankenhäuser seit März 2020 in Atem gehalten. Trotz der umfangreichen Anforderungen an die Krankenhäuser konnte die stationäre Versorgung in Deutschland im ersten Pandemiejahr 2020 sichergestellt werden.

Für das abgelaufene Jahr 2021 ist gegenüber 2019 mit einer weiteren nochmaligen Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation zu rechnen. So erwarten nach den Ergebnissen des DKI Krankenhausbarometers 2021 rund 60 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag. Diese Abschätzung deckt sich auch mit spezifischen Analysen aus den Bundesländern. So kann beispielsweise in Niedersachsen nur noch jedes fünfte Krankenhaus für das Jahr 2021 ein positives Betriebsergebnis erzielen. Aufgrund der wirtschaftlich bedrohlichen Situation sind drei Viertel der Krankenhäuser mittel- bis langfristig in ihrer Existenz bedroht. Hauptgründe für die Verschlechterung der Lage gegenüber 2020 sind die in 2021 erfolgte Absenkung des Ausgleichsniveaus um 2 % und die nur noch für einige Monate greifenden Ausgleichszahlungen. Für das Jahr 2022 erwartet jedes zweite Krankenhaus eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur rund ein Fünftel der Häuser (21 %) geht von einer Verbesserung aus.

Trotz des sich abzeichnenden Rückgangs der Corona-Fallzahlen in den Krankenhäusern ist davon auszugehen, dass eine deutliche Belastung durch Covid-19-Patienten fortbestehen wird. Die wesentlichen Herausforderungen drücken sich in einem – hinter dem Belegungsniveau 2019 – zurückbleibenden Leistungsniveau, den weiterhin hohen Aufwänden für die Behandlung von Corona-Patienten sowie organisatorischen und hygienebedingten Maßnahmen aus. Zudem besteht jederzeit die Gefahr, einer erneuten Corona-Belastung des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser durch eine Virusmutation.

Die Regelungen zu den Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1b Satz 1 KHG sind zum 18. April 2022 ausgelaufen. Die Versorgungsaufschläge nach § 21a KHG laufen zum 30. Juni 2022 aus. Mit dem Auslaufen dieser Regelungen besteht zur Erlös- und Liquiditätssicherung für das Jahr 2022 lediglich noch der Ganzjahresausgleich gemäß § 5a der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHWiSichV) fort. Bei gegenüber 2019 deutlich rückläufigen Fallzahlen ist der Rettungsschirm im Grundsatz jedoch nur in dem Zusammenspiel von Ausgleichszahlungen und dem Ganzjahreserlösausgleich tragfähig.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nur die Verlängerung der Ausgleichszahlungen des Bundes bis mindestens 30. Juni 2022 geboten, um zumindest die Liquidität zu stützen. Es ist darüber hinaus zwingend erforderlich, die Regelungen der Ganzjahresausgleiche für 2021 und 2022 anzupassen.

1. Anpassungen am Ganzjahresausgleich 2021 / 2022

Ausgangslage:

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 und 2022 sind gemäß der aktuell geltenden Rechtslage nur 98 % der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2 %ige Erlösdifferenz zu 2021/2022 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen, was seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet wurde. Bereits über den Ausgleichssatz von 85 % ist dieser Anreiz jedoch ausreichend gegeben, da eingesparte Sachkostenanteile schon aus dem Referenzwert herausgerechnet sind.

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleichs für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging sogar davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm die Annahme und Erwartung zu Grunde, dass sich die Leistungen des Gesamtjahres 2021 erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Insofern war nicht davon auszugehen, dass die bei den Krankenhäusern verbleibenden Erlösausfälle die jetzt sichtbaren Dimensionen erreichen würden. Diese Einschätzungen haben sich als trügerisch erwiesen und müssen dringend an die oben beschriebene Lage angepasst werden.

Aus der unterjährigen Datenlieferung an das InEK nach § 21 Abs. 3b KHEntgG des Jahres 2021 (Lieferzeitraum bis 31. Dezember 2021) ergibt sich für den Anwendungsbereich des KHEntgG für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -13,39 Prozent (-12,81 % VJ zu 2019). Insofern ist der tatsächliche Leistungsrückgang noch höher ausgefallen als 2020. Für den Anwendungsbereich der BPflV ergibt sich für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -8,82 % (11,35 % VJ zu 2019).

Die derzeit geltende Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021/2022 (gemäß §§ 5 und 5a der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) ist daher vor diesem Hintergrund neu zu bewerten.

Die nunmehr vorliegenden Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für das Jahr 2021 ermöglichen eine genauere Abschätzung des tatsächlichen Effektes der Anwendung der 2 % Reduktion des Budget Referenzwertes.

Zur Abschätzung des Erlösvolumens wurden die folgenden Berechnungsschritte durchgeführt:

Auf Basis der § 21 KHEntgG Daten des Jahres 2020 wurde der Case Mix Index (CMI) pro Fall in den jeweiligen Monaten des Jahres 2019 ermittelt. Ausgehend von dem CMI pro Fall pro Monat (Datenjahr 2019) und der Fallzahl pro Monat für das Jahr 2021 wurden

der CM für das Gesamtjahr ermittelt. Zur Ermittlung der Erlöse wurden die CM-Punkte mit dem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.747,98 € ausmultipliziert.

Um den Versorgungsaufschlag nach § 21a KHG sowie die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1b KHG bei der Abschätzung des Erlösvolumens berücksichtigen zu können, wurde eine anteilige Aufteilung nach Tagen vorgenommen und der auf das Jahr 2021 entfallende Erlös abgeschätzt und mit den entsprechenden Anrechnungsfaktoren (50 % / 85 %) bei der Erlössimulation 2021 berücksichtigt.

Lfd. Nr.		**2019**	**2021**
1	**CM**	**16.750.896**	**14.604.047**
2	**Erlöse in €**	**62.782.023.434**	**54.735.677.811**
3	./. Sachkosten (15 %)	9.417.303.515	8.210.351.672
4	**Zwischensumme in €**	**53.364.719.919**	**46.525.326.140**
5	+ Ausgleichszahlungen in €		4.709.790.724
6	+ Versorgungsaufschläge in €		193.480.189
7	**Zwischensumme in €**	**53.364.719.919**	**51.428.597.052**

Lfd. Nr.	**Berechnung mit Referenzwertan-passung**	**2019**	**2021**
8	Referenzwert Anpassung (Nr. 7 *0,98)	52.297.425.520	
9	**Auszugleichende Beträge in €**	**52.297.425.520**	**51.428.597.052**
10	Ausgleichsbetrag (Differenz Nr. 9 * 0,85) in €		738.504.198
11	Erlös-Differenz in €	53.364.719.919	52.167.101.250
12	**Verbleibender Erlösverlust in €**		**1.197.618.669**

Lfd. Nr.	**Berechnung ohne Referenzwertan-passung**	**2019**	**2021**
9	**Auszugleichende Beträge in €**	**53.364.719.919**	**51.428.597.052**
10	Ausgleichsbetrag in €		1.645.704.437
11	Erlös-Differenz in €	53.364.719.919	53.074.301.489
12	**Verbleibender Erlösverlust in €**		**290.418.430**

Im Ergebnis zeigt sich, dass allein im Anwendungsbereich des KHEntgG und hier ausschließlich bei den bewerteten Entgelten ein Gesamterlösverlust für die Krankenhäuser in Höhe von mindestens 1,2 Mrd. € bestehen bleibt. Da zudem auch noch die krankenhausindividuellen Entgelte sowie der BPflV-Bereich in die Analyse einbezogen werden müssen, unterschätzt dieser Betrag den tatsächlichen Erlösverlust. Hinzu kommt, dass die weiteren deutlichen Erlösverluste bei ambulanten Leistungen, Wahlleistungen und Nebenbetrieben, die die finanzielle Lücke noch deutlich erhöhen. Durch die Anwendung der 2-%-Regelung entsteht alleine im DRG-Bereich eine Unterdeckung in Höhe von über 1 Milliarde Euro.

Im Rahmen der gesetzlichen Verordnungsermächtigung gemäß § 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KHG ist eine Anpassung der Grundlage für den Ganzjahresausgleich des Jahres 2021 und 2022 grundsätzlich möglich.

Änderungsvorschlag:

§ 5 Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

(9) ~~**Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.**~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

§ 5a Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

(9) ~~**Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.**~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

2. Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG

Ausgangslage:

Aufgrund der hinter dem Niveau 2019 zurückbleibenden Belegung ist eine Fortführung der Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG über den 18.04.2022 zwingend erforderlich. Aktuell (20. April 2022) ist die Lage auf den Normalstationen und Intensivstationen mit insgesamt 19.066 COVID-Fällen weiterhin angespannt. Derzeit ist davon auszugehen, dass vor dem Hintergrund der anstehenden Lockerungen sowie einer möglichen Knappheit beim Pflegepersonal die Belastungssituation für das Gesundheitswesen bis auf weiteres bestehen bleibt. Unabhängig von der tatsächlichen Entwicklung der Inzidenzzahlen muss außerdem davon ausgegangen werden, dass sich die Fallzahlen in den Krankenhäusern nur langsam wieder dem Niveau des Jahres 2019 annähern und die Ausgleichszahlungen über den 18.04.2022 hinaus erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund ist die Verlängerung der Ausgleichszahlungen bis mindestens 30.06.2022 geboten. Um zumindest die Liquidität zu stützen, müssen für Krankenhäuser, die keine Ausgleichzahlungen erhalten, zudem die Abschlagszahlungen des Jahres 2021 erneut in Kraft gesetzt werden. Anderenfalls wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser weiter deutlich verschlechtern. Sofern die Ausgleichszahlungen nicht fortgeführt werden, besteht für die Krankenhäuser lediglich die Absicherung der Erlösrückgänge über den Ganzjahresausgleich 2022. Da die Erlösrückgänge aber bei fehlenden Ausgleichszahlungen nur teilweise ausgeglichen werden können, führt die unvollständige Kompensation durch den Ganzjahresausgleichs (Ausgleichssatz 85 Prozent der Erlösrückgänge nach Abzug der Sachkosten sowie die 2-Prozent-Regelung) zu dramatischen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser.

Gemäß der Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 4 Nr. 3 KHG kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates einen von § 21 Absatz 1b KHG abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser festlegen.

Änderungsvorschlag:

§ 4 Absatz 1a und 2a der KHWiSichV werden wie folgt geändert:

(1a) Der Zeitraum nach § 21 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum **~~18. April~~** **30. Juni** 2022 verlängert.
(2a) Die Frist nach § 21 Absatz 2b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum **~~18. April~~** **30. Juni** 2022 verlängert.

3. Inflationsausgleich, insbesondere der Energiekosten

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wird die Inflationsrate in Deutschland − gemessen als Veränderung des Verbraucherpreisindex (VPI) zum Vorjahresmonat – im März 2022 bei 7,3 % liegen. Im Januar 2022 betrug die Inflationsrate +4,9 % und im Dezember 2021 +5,3 %. Diese Preisentwicklungen sind im Wesentlichen durch den Anstieg der Preise für Energieprodukte (+20,5 %) bedingt. Neben den Kraftstoffpreisen verteuerten sich vor allem leichtes Heizöl (+51,9 %), Erdgas (+32,2 %) und Strom (+11,1 %). Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen, wenn nicht sogar deutlich verschärfen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Eine entsprechende Berücksichtigung dieser Kostenanstiege kann nach der regulären Systematik erst retrospektiv erfolgen, wenn die Kostenanstiege in der Berechnung des Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 KHEntgG Berücksichtigung finden. Dies kommt jedoch zu spät und würde zu diesem Zeitpunkt gar nicht mehr greifen, falls sich die Kostenanstiege nicht kontinuierlich fortsetzen würden. Mindestens jedoch wären die Kostenanstiege für das Jahr 2022 nicht refinanziert, da der Orientierungswert für das Jahr 2022 im September 2021 abschließend festgelegt wurde. Es ist hier außerdem darauf hinzuweisen, dass der für die Krankenhäuser berechnete Orientierungswert für das Jahr 2022 aufgrund der bestehenden Gesetzeslage nicht einmal vollständig zur Anwendung gekommen ist.

Mit dem Pflegebonusgesetz muss daher ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Da eine Kompensation der Kostenanstiege zeitnah umgesetzt werden muss, könnte dies pragmatisch über einen gesetzlich vorgegeben Zuschlag auf die Abrechnung des Krankenhauses erfolgen.

Übergangspflege – Anpassungsbedarf zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

Die Übergangspflege ist ein neuer, wichtiger Versorgungsbereich an der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und anschließender Weiterversorgung z. B. in Reha-Einrichtungen oder der Pflege. Es ist in § 39e SGB V gesetzlich vorgegeben, dass die Übergangspflege auch die Arzneimittelversorgung mit umfasst. Dem entgegen steht jedoch die aktuelle Ausgestaltung des § 14 Abs. 7 Apothekengesetz, die abschließend regelt, an welche Bereiche Krankenhausapotheken Arzneimittel liefern dürfen. Die neue Übergangspflege nach § 39e SGB V ist dort aktuell noch nicht mitberücksichtigt. Dies ist umgehend anzupassen, um die Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten in der Übergangspflege sicherzustellen.

Neben der Arzneimittelversorgung sieht die Übergangspflege auch ein Entlassmanagement vor. Der Konsens der Vertragsparteien auf Bundesebene sieht vor, dass das Entlassmanagement in der Übergangspflege kontinuierlich fortgeführt wird. Somit verlagert sich der Zeitpunkt einer möglichen Verordnung von Arzneimitteln etc. ebenfalls nach hinten, wenn der zu Beginn der Übergangspflege noch bestandene Nachsorgebedarf der betreffenden Patienten bei deren Beendigung nicht mehr beststehen sollte und eine Entlassung in die Häuslichkeit vorgenommen werden kann, aber dennoch entsprechende Versorgungsnotwendigkeiten bestehen. Diesen könnte das Krankenhaus dann erforderlichenfalls bei „Entlassung“ aus der Übergangspflege entsprechen, was ebenfalls Bestandteil des Änderungsvorschlages ist.

Änderungsvorschlag

§ 14 Abs. 7 ApoG ist wie folgt zu ergänzen:

„(7) Der Leiter der Krankenhausapotheke nach Absatz 1 oder ein von ihm beauftragter Apotheker oder der Leiter einer Apotheke nach Absatz 4 dürfen nur solche Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach Absatz 5 Satz 3 erteilt worden ist. Die in Satz 1 genannten Personen dürfen Arzneimittel nur an die einzelnen Stationen und anderen Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten abgeben, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationsersetzender Eingriffe (§ 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) **oder im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V** versorgt werden, ferner zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), medizinische Behandlungszentren (§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder berechtigt (§§ 116b und 140a

Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist. Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus **oder bei Beendigung der Übergangspflege nach § 39e SGB V** darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden. An Beschäftigte des Krankenhauses dürfen Arzneimittel nur für deren unmittelbaren eigenen Bedarf abgegeben werden. Die Versorgung mit Arzneimitteln nach den Sätzen 3 bis 5 umfasst auch Arzneimittel, die verschreibungsfähige Betäubungsmittel sind.“

Ergänzung eines Regelbeispiels für eine positive Prognose im Bereich Mindestmengen

Das in § 136b Absatz 5 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) normierte Regelbeispiel für eine positive Prognose ist um ein weiteres Regelbeispiel zu ergänzen. Nach aktuellem Gesetzeswortlaut liegt eine berechtigte mengenmäßige Erwartung in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.

Die Erfüllung der Mindestmenge durch das Krankenhaus **im Zeitraum des Vorjahres** stellt demzufolge den gesetzlichen Regelfall für eine berechtigte mengenmäßige Erwartung dar und erlangt somit eine besondere Bedeutung. Dem **Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres** kommt jedoch bei der Entscheidung über eine Leistungsberechtigung des Krankenhauses für das Prognosejahr mindestens die gleiche Bedeutung zu. Die Anzahl an Krankenhausleistungen variieren von Jahr zu Jahr, was u.a. auch an Gründen liegen kann, auf die das Krankenhaus keinen Einfluss hat (z.B. weniger Organspenden, Einschränkungen im öffentlichen Personennahverkehr etc.). Der Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres berücksichtigt bei der Darlegung des Erreichens der erforderlichen Mindestmenge sogar die jüngere dynamische Fallzahlentwicklung: Der Zeitraum liegt viel näher an dem Prognosejahr und ist daher für die Prognose sehr viel aussagekräftiger. Dagegen lässt sich die gesetzliche Regelung so auslegen, dass der Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres weniger bedeutsam ist und daher anders behandelt werden muss. Dies ist sachlich nicht sinnvoll und sollte korrigiert bzw. klargestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im **Zeitraum des** vorausgegangenen Kalenderjahr**es** **oder im Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres** die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.“*

Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V

Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eingestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen und kann unter anderem je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorsehen. Gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V können solche Maßnahmen insbesondere der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen sein, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind. Nach Satz 4 sind die Maßnahmen verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

Je nach Auslegung kann der § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V jedoch den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verletzten. Wenn bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V immer der Wegfall des Vergütungsanspruchs als Durchsetzungsmaßnahme in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136c SGB V festzulegen wäre, kann dies zu unverhältnismäßigen Sanktionen führen, wenn beispielsweise der vollständige Vergütungswegfall als Folge einer nur kurzzeitigen Nichterfüllung einer Mindestanforderung einträte. Exemplarisch sei auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA (QFR-RL) verwiesen: Würde bei der Versorgung auf einer neonatologischen Intensivstation eine Mindestanforderung der QFR-RL auch nur kurzzeitig, z. B. für wenige Stunden, nicht erfüllt, ergäbe sich bei oben genannter Auslegungsvariante des § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V, dass der gesamte Vergütungsanspruch aller zu diesem Zeitpunkt, teils hochkomplex und bereits monatelang versorgten Patientinnen und Patienten entfallen müsste. Die Vereinbarung verhältnismäßiger, milderer Sanktionen bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen könnte nicht vorgesehen werden.

Um den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz einhalten zu können, sollte eine Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V dahingehend erfolgen, dass der Wegfall des Vergütungsanspruchs nur eine von mehreren Durchsetzungsmaßnahmen ist, die – unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gemäß § 137 Absatz 1 Satz 4 SGB V – bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen durch den G-BA beschlossen werden können.

Änderungsvorschlag

§ 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschläge,
2. ~~**der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,**~~
3. ~~**3**~~**2**. die Information Dritter über die Verstöße,
4. ~~**4**~~**3**. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen~~.~~,

4. für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind, neben den Maßnahmen nach Nummer 1 bis 3 auch der Wegfall des Vergütungsanspruchs.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(4)
gel VB zur öffent. Anh. am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

(Pflegebonusgesetz)

BT-Drucksache 20/1331

Stand 05.04.2022

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz).

Die Stellungnahe gliedert sich in 2 Teile:

Teil 1: Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Artikel 1 zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie in Artikel 2 zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuches die Neufassung des § 150a)

Teil 2: Klarstellende Änderungen der §§ 72 und 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tarifhöhe durch zugelassene Pflegeeinrichtungen

Teil 1: Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Der DPR begrüßt grundsätzlich die Absicht einer über die Bonuszahlung zum Ausdruck gebrachten Wertschätzung der Bundesregierung für den enormen Einsatz der Pflegenden in den Krankenhäusern, in der ambulanten Pflege und den stationären Pflegeeinrichtungen während der Pandemie.

Die von vornherein festgelegte 1 Milliarde Euro als Gesamthöhe der zur Verfügung gestellten Mittel führt aber dazu, dass der Einzelbetrag für die Bonusempfänger*innen gegenüber Bonusempfänger*innen anderer Branchen mit sicherlich nicht höheren Belastungen vergleichsweise gering ausfällt. Und es fehlt eine klare Aussage dazu, dass der Bonus steuer- und sozialabgabenfrei ausgezahlt wird.

Unabhängig davon ist die Bonuszahlung in der aktuellen, pandemiebedingten Situation und den bereits vor der Pandemie schon bekannten mangelhaften Arbeitsbedingungen nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Vielmehr bedarf es verlässlicher Vorgaben hin zu nachhaltigen Maßnahmen, um den Pflegeberuf in allen Arbeitsbereichen dauerhaft attraktiver zu machen. Dazu gehören regelhaft höhere Löhne, etwa orientiert an einem Einstiegsgehalt von 4.000

Euro gemäß dem Comparable Worth Index[1], ein wesentlich höherer finanzieller Ausgleich für unattraktive Arbeitszeiten, die zeitnahe Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) in den Krankenhäusern und eine zügigere vollumfassende Umsetzung des im August 2020 vorgelegten wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), um mittelfristig zu einer Pflegepersonalausstattung zu kommen, die eine angemessene pflegefachliche Versorgung der Bevölkerung ermöglicht.

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes -§ 26e

Zu Absatz 1: Zugelassenen Krankenhäuser

Hier wird definiert, dass zugelassene Krankenhäuser durch die vollstationäre Behandlung von Patient*innen, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind, dann als besonders belastet gelten, wenn sie im Jahr 2021 mehr als 10 Patient*innen, die mehr als 48 Stunden beatmet werden mussten, behandelt haben.

Diese Eingrenzung ist für den DPR völlig unverständlich und durch nichts gerechtfertigt. Von pandemiebedingten zusätzlichen Belastungen waren und sind die Pflegenden aller Krankenhäuser betroffen – auf den bettenführenden Intensiv- und Normalstationen, in den Notaufnahmen und in den OP-Bereichen. Sie alle haben einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung des pflegebezogenen Alltags unter Coronabedingungen geleistet, u. a. durch:

- an und oft über die Grenzen der eigenen Kraft gehende Pflege von Covid-19-erkrankten Patient*innen, nicht nur auf den Intensivstationen,
- ein hohes Maß an Flexibilität bei sich ständig verändernden Anforderungen, sowohl hinsichtlich des erschwerten Arbeitens mit den erforderlichen Schutzausrüstungen und besonderen Hygienemaßnahmen als auch mit allen nicht planbaren Auswirkungen auf die Arbeitszeit und fehlenden Erholungszeiten,
- enormen Mehraufwand auf Normalstationen aufgrund des dortigen Abziehens personeller Ressourcen zur entsprechenden Umverteilung des Personals, etwa auf andere durch Corona bedingt pflegeintensive Arbeitsbereiche,
- den Wegfall entscheidender Therapieangebote für Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen, der von Pflegenden kompensiert werden musste,
- Mehrbelastungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Pandemie-Folge-Erkrankungen sowie die Kompensation von Besuchsverboten und fehlende Angehörigen-Unterstützung,
- großes Engagement bei der Ermöglichung anderer Formen der Angehörigenkontakte sowie kompensierende über das Maß hinausgehende persönliche Zuwendung
- Gefährdung der eigenen Gesundheit bis hin zum Erkranken an Covid-19, zum Teil mit Langzeitfolgen, und das Anstecken von Familienangehörigen und Freunden.

Alle diese Pflegenden bleiben von einer Bonuszahlung ausgeschlossen, wenn das Krankenhaus, in dem sie arbeiten, im Lauf des Jahres 2021 nicht mehr als 10 Patient*innen mehr als 48 Stunden beatmet hat.

Schon die Regelungen zum ersten Pflegebonus in 2020 haben seinerzeit zu erheblichem Unmut geführt. Die unterschiedliche Höhe des Bonus, die Auswahl des Kreises der

[1] Quelle: Klammer, U., Klenner, C., Lillemeier S. (2018) "COMPARABLE WORTH“ Hans Böckler Stiftung https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_studies_14_2018.pdf

Bonusempfänger*innen und die Art der Auszahlung wurden von vielen Pflegenden als ungerecht empfunden.

Bei all diesen Pflegenden, die jetzt den Bonus aufgrund des in Absatz 1 definierten Kriteriums nicht bekommen, ihn aber sehr wohl verdient haben, wird es dazu führen, dass sie sich nicht nur als ungerecht behandelt empfinden, sondern sich und ihre Arbeit missachtet fühlen.

Zu Absatz 2: Bonusberechtigte Pflegekräfte in den eingeschlossenen Krankenhäusern

In dem Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz – PflBG) vom 10. März 2022 werden Leiharbeitnehmer*innen von Prämienzahlungen ausgenommen. Dies trifft auch auf die gestellten Mitglieder der DRK-/BRK-Schwesternschaften und ggf. anderer Schwesternschaften zu, die formalrechtlich zur Gruppe der Leiharbeitnehmer*innen gehören. Ihr Arbeitseinsatz in den betroffenen Kliniken und Pflegeeinrichtungen unterscheidet sich in nichts von dem anderer Pflegefachkräfte während der Corona-Pandemie.

Der DPR schlägt daher vor, „*gestelltes Pflegepersonal*“ in den § 26e KHG aufzunehmen, ggf. über eine Formulierung analog §150a SGBXI Absatz 1 Satz 2 „*Gleiches gilt für Arbeitgeber, deren Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Einrichtungen nach Satz 1 im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden*.“

Im Text z. B. § 26e Absatz 2 wäre die Formulierung *„mit direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus (…)*“ zu ersetzen durch „*in dem oder für das Krankenhaus tätig waren*“ (siehe Regelungen § 150a SGB XI Absatz 2)

Zu Absatz 5: Prämienhöhe

Der DPR geht davon aus, dass die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelte Prämienhöhe für die berechtigten Bonusempfänger*innen sich nicht von Krankenhaus zu Krankenhaus unterscheidet.

Kritisch sehen wir aber eine aus dem Gesetzestext ableitbare 1,5-fache Prämienhöhe für Intensivpflegefachkräfte mit einer Fachweiterbildung.

Selbst wenn für die Pflegenden auf Intensivstationen ein etwas höherer Bonus vorgesehen sein sollte, dann darf er innerhalb der Intensivpflege-Teams nicht auf die Pflegefachkräfte mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung beschränkt sein. Innerhalb der Intensiv-Teams waren die Pflegenden ausnahmslos den gleichen Belastungen ausgesetzt und gerade durch die zusätzlichen Anforderungen während der Pandemie mussten begonnene Fachweiterbildungen ausgesetzt und geplante konnten nicht begonnen werden. Eine Differenzierung führt hier unweigerlich zur Störung des Betriebsfriedens.

Zu Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - § 150a Pflegebonus

Der DPR begrüßt, dass in den SGB-XI-Einrichtungen von der Bonuszahlung alle Beschäftigten eingeschlossen sind, die in der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen tätig sind.

Wie eingangs schon begründet, hält der DPR die Festsetzung in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro für die Bonuszahlungen in diesen Einrichtungen und Diensten aber für völlig unzureichend, da sich für die Einzelnen zu geringe Beträge ergeben, wie z.B. 550 Euro für Beschäftigte in der direkten Pflege und Betreuung.

Der Einsatz und das Engagement der in der Langzeitpflege Tätigen in den inzwischen mehr als zwei Jahren der Pandemie-Sondersituationen beinhaltet viele Punkte, die bezüglich der Pflegenden in den Krankenhäusern schon beschrieben sind.

Hinzu kommt, dass sie zum einen in den Langzeitpflegeeinrichtungen die gefährdeten Personengruppen, soweit es unter den jeweiligen Gegebenheiten möglich war, mit großem zusätzlichem Aufwand besonders geschützt und dazu beigetragen haben, auch im Ausbruchsgeschehen in einer Einrichtung die erforderliche komplexe Pflege in der vertrauten Umgebung zu gewährleisten.

Zum anderen galt und gilt es immer wieder, Demenzkranken in den für sie über den sonstigen Alltag hinausgehenden und nicht zu verstehenden Gegebenheiten (Bewegungseinschränkungen, Abstand, Masken, Krankheitssymptome) mit einem größeren Aufwand an Zeit und fachlicher Expertise zusätzliche Sicherheit zu geben.

Der Bonusbetrag für die Pflegenden in der Langzeitpflege darf sich deshalb nicht erheblich von den in den Krankenhäusern für diese Berufsgruppe gezahlten Beträgen unterscheiden.

Teil 2: Klarstellende Änderungen der §§ 72 und 82c SGB XI

Der DPR begrüßt, dass die in 2021 durch das GVWG in § 72 Absatz 3b getroffene Regelung, dass der Abschluss von Versorgungsverträgen für Pflegeeinrichtungen ab 01.September 2022 weiterhin uneingeschränkt daran gebunden ist, dass sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist oder sie in Anlehnung an dieselben entlohnen.

Insbesondere begrüßen wir, dass es nicht zu einer Verschiebung der Frist vom 01.09.2022 nach hinten gekommen ist, wie in der Anhörung am 18. März 2022 zur diesbezüglichen „Formulierungshilfe“ von einigen Seiten gefordert.

Es ist ein wichtiges Signal an die Pflegenden im Bereich der Langzeitpflege, dass verabschiedete gesetzliche Regelungen zur Verbessrung der Rahmenbedingungen des Arbeitens verlässlich sind und nicht im Nachhinein abgeschwächt oder hinausgezögert werden.

Diese ist eine der Grundvoraussetzungen dafür, die Berufsausstiege Pflegender zu verhindern und geeignete Menschen für eine Berufsausbildung und Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen.

Berlin, 25.04.2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 27.04.2022

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/ DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 04.05.2022
Bundestags-Drucksache 20/1331

Stand: 25.04.2022

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 – 2299
info@bv.aok.de

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung ... 3

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs ... 5

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ... 5

§ 26e KHG Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie ... 5

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung ... 7

Nr. 2 und 3 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag, § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ... 7

Nr. 4 § 150a SGB XI Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie ... 14

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ... 16

Nr. 1 - 3 § 15 Abs. 2a KHG, Laufzeit ... 16

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ... 18

Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V ... 18

Digitale und telefonische SGB XI-Pflegebegutachtung regelhaft ermöglichen ... 20

IV. Zu einzelnen Regelungen der fachfremden Änderungsanträge ... 22

Änderungsantrag 1 ... 22

§ 37 Abs 3 sowie § 123 Abs 1 und 6 SGB XI Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern ... 22

Änderungsantrag 2 ... 24

§ 40a Absatz 2 SGB XI Digitale Pflegeanwendungen ... 24

Änderungsantrag 3 ... 25

§ 150 Abs. 1, 5 und 5b SGB XI Pandemiebedingte Sonderregelungen ... 25

I. Zusammenfassung

Zu den Regelungen für den Corona-Bonus
Der vom Gesetzgeber vorgesehene Corona-Bonus soll für die Mitarbeitenden in Krankenhäusern und der Langzeitpflege, die besonderen Belastungen durch die Corona-Pandemie ausgesetzt sind, aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Die vom Gesetzgeber geschaffene einmalige Sonderleistung für das Jahr 2022 sieht jeweils 500 Millionen Euro für Mitarbeitende der Langzeitpflege und für das Pflegepersonal in Krankenhäusern vor. Dabei ist das Pflegepersonal im Krankenhaus anspruchsberechtigt, das im Jahr 2021 mehr als 10 COVID-19-Beatmungsfälle versorgt hat.

Die vorgesehenen Regelungen für die Langzeitpflege richten sich an Mitarbeitende, die in der Pflege und Betreuung eingesetzt sind. Die Länder, Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber erhalten dabei die Möglichkeit, die Bonushöhe aufzustocken. Die Regelungen zur Auszahlung der Sonderleistungen orientieren sich am Verfahren zu den Prämienregelungen des Jahres 2020. Auf Basis der Erfahrungen aus dem Jahr 2020 wurden für einen koordinierten Ablauf zeitliche Regelungen aufgenommen. Für die Sicherstellung der Mitwirkungspflichten der Einrichtungen und Arbeitgeber werden im Rahmen der Verfahrensregelungen Sanktionen normiert.

Zu den Regelungen der Tariftreue nach dem GVWG
In der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat sich zunehmend herauskristallisiert, dass die gesetzlichen Grundlagen zu den „Tariftreueregelungen" weiterentwickelt werden müssen, um den Zulassungs- und Pflegevergütungs-Richtlinien, die eng aufeinander bezogen sind, Rechnung zu tragen. Dies tangiert insbesondere die erweiterte Möglichkeit für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, alternativ zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ihren Mitarbeitenden im Durchschnitt mindestens in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus für die jeweilige Beschäftigtengruppe zu zahlen. Mit der Kabinettsfassung wird diesem gesetzlichen Nachjustierungsbedarf im Vergleich um Referentenentwurf leider nicht mehr Rechnung getragen.

Um sicherzustellen, dass die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten nachkommen, greifen die bisherigen klassischen Instrumente der Vertragsstrafen nicht. Es wird daher vorgeschlagen, die Landesverbände der Pflegekassen zu verpflichten, die fehlende Mitwirkung der jeweiligen Pflegeeinrichtung sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen und hierfür eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

Der Gesetzgeber plant in Reaktion auf die sich abzeichnenden Herausforderungen für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, insbesondere Haustarifvertragswerke einzusehen, den Landesverbänden der Pflegekassen eine Erhebungsbefugnis für die Vorlage von Tarifvertragswerken

und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen einzuräumen. Faktisch wird damit parallel zu den bereits etablierten Tarifvertragsregistern beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bei den Ländern und beim Statistischen Bundesamt auch bei den Landesverbänden der Pflegekassen ein Tarifregister eingerichtet. Weder bieten die Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen selbst einen Mehrwert für die Plausibilisierung der Mitteilungen von tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen, noch enthalten sie Informationen zur Frage der Wirksamkeit eines Tarifvertragswerkes. Diese Neuregelung ist ordnungspolitisch verfehlt, nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Sie ist auch nicht verhältnismäßig, denn damit geht ein erheblicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (Sach- und Personalaufwände) bei den Sozialpartnern, der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen einher.

Das Ausreichen von Tarifverträgen ist ausschließlich in der Verantwortung der Tarifvertragspartner. Es wird abgelehnt, dass die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgabe übernehmen und auch die datenschutzrechtliche Verantwortung, dass nicht betriebliche Belange beim Ausreichen verletzt werden, tragen sollen.

Um den nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen genügend Zeit zur belastbaren Umsetzung der Tariftreue-Regelungen im Jahr 2022 einzuräumen und mehrfache Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen im letzten Kalenderquartal zu vermeiden, wird empfohlen, den Stichtag für das „Scharfstellen" der Tariftreue-Regelungen - die Anpassung der Versorgungsverträge zum 1. September 2022 - im Sinne einer Übergangsregelung auf den 1. April 2023 zu verschieben. Erst mit der Veröffentlichung des neuen regional üblichen Entgeltniveaus und der neuen pflegetypischen Zuschläge wird Ende November 2022 auch eine stabile Geschäftsgrundlage für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen geschaffen.

Zusätzlicher Änderungsbedarf: Umsetzung der Qualitätsverträge im Krankenhaus
Zusätzlicher gesetzlicher Änderungsbedarf besteht aus Sicht des AOK-Bundesverbande bezüglich der Verschiebung der in § 110a SGB V noch in der Vor-Pandemiezeit gesetzten Fristen zur Sanktionierung der Krankenkassen bei der Umsetzung der Qualitätsverträge. Die SARS-CoV-2 Pandemie hat bei den Krankenhäusern dazu geführt, dass aus vielfältigen Beweggründen und Ausnahmesituationen keine oder nur eine stark eingeschränkte Bereitschaft besteht, Qualitätsverträge mit den Krankenkassen zu verhandeln und abzuschließen. Darüber hinaus beschränken die ebenfalls pandemiebedingten Veränderungen der Fallzahlen in der planbaren Regelversorgung die Datengrundlagen zur Qualitätsmessung. Daher ist eine Verschiebung der Fristen für zwei Jahre notwendig.

Zu den Änderungsanträgen 1 (Pflegeberatung), 2 (Digitale Pflegeanwendungen) sowie Änderungsantrag 3 (Pandemiebedingte Sonderregelungen) wird ebenfalls Stellung genommen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 26e KHG Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

A Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2021 sollen für Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung und für Intensivpflegekräfte in besonders durch das Coronavirus belasteten Krankenhäusern 500 Millionen Euro aus Bundesmitteln als Prämien ausgeschüttet werden. Die Regelung definiert das Nähere zur Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser und zur Höhe der Prämie für die einzelnen Berufsgruppen. Die Administration, wie z. B. die Ermittlung der Anzahl der Prämienberechtigten in den anspruchsberechtigten Krankenhäusern, erfolgt über das InEK, die Zahlung der Prämien an die Anspruchsberechtigten über die Krankenhausträger. Diese erhalten die jeweilige Gesamtsumme der Auszahlungsbeträge vom GKV-SV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der ausgezahlte Betrag wird vom Bund erstattet. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung ist durch die Krankenhäuser bis zum 30. September 2023 durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Werden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder die Nachweise nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, haben die Krankenhäuser die jeweiligen Mittel bis zum 31. Dezember 2023 an den GKV-SV zurückzuzahlen.

B Stellungnahme

Die Bundesregierung plant eine weitere Pflegeprämie aus Bundesmitteln in Höhe von 500 Millionen Euro an Pflegekräfte auszuschütten, die besonders stark durch die Covid-19 Patienten belastet wurden.

Grundsätzlich kann man politisch hinterfragen, ob Prämienzahlungen an einzelne Berufsgruppen gesamtgesellschaftlich sinnvoll sind, denn zahlreiche Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten sind stark von der Covid-19 Pandemie betroffen. So haben inzwischen, neben anderen, auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Medizinisch-Technischen-Assistenten (MTA) auf Ihre individuellen Belastungssituationen im Zusammenhang mit Covid-19 hingewiesen.

Lässt man diesen Aspekt außer Acht, ist zu begrüßen, dass der Bund bei dieser weiteren Pflegeprämie den Bundeshaushalt zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrkosten heranzieht. Die erste Pflegeprämie wurde hauptsächlich durch die GKV getragen, die Bundesländer wurden gebeten, die Prämie aufzustocken.

Der gewählte Verteilungsmechanismus ist besser, als alternativ ungezielt das gesamte Pflegepersonal unabhängig von einer Covid-19 Belastung mit einer dann geringeren Prämie auszustatten. Denn obwohl Pflegepersonal in Krankenhäusern, die sich nur unwesentlich an der Versorgung von Covid-19 Patienten beteiligen, von den Auswirkungen der Pandemie auch betroffen sind, ist der Verteilungsmechanismus

insgesamt zielgenauer im Sinn der individuellen Betroffenheit. Außerdem gibt es in wenig von Covid-19 betroffenen Krankenhäusern auch in der Pflege viele Beschäftigte, die aktuell eher weniger intensiv arbeiten müssen, so dass der differenzierte Verteilungsmechanismus zu weniger Ungerechtigkeiten führt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung

Nr. 2 und 3 § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag, § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat sich zunehmend herauskristallisiert, dass die gesetzlichen Grundlagen zu den „Tariftreueregelungen" für eine rechtssichere Umsetzung weiterentwickelt werden müssen. Hierfür werden Klarstellungen, Mitwirkungspflichten für die Pflegeeinrichtungen und ihre Träger sowie die Etablierung eines „Tarifregisters Pflege" bei den Landesverbänden der Pflegekassen etabliert.

Mitwirkungsverpflichtungen:
Der Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung dahingehend vor, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes auch für die Pflegeeinrichtungen verbindlich sind.

Um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen ihren Mitwirkungsverpflichtungen bei der Meldung von maßgeblichen Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und von Änderungen der Angaben zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3d und 3e nachkommen, erhält der GKV-Spitzenverband den Auftrag, auch Regelungen zu Sanktionen zu treffen.

„Neues" Tarifregister bei den Landesverbänden der Pflegekassen:
Neu werden die tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen über den Absatz 3e verpflichtet, im Rahmen ihrer jährlichen Meldung auch die zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Landesverbänden der Pflegekassen zu übermitteln.

Mit den Anpassungen im Absatz 5 des § 82c werden den Landesverbänden der Pflegekassen zwar mehr Zeit (zwei Monate statt ein Monat) für die Erstellung der Landesübersicht eingeräumt; gleichzeitig wird ihnen aber auch auferlegt, weitere Informationen aus Tarifverträgen zu veröffentlichen und auf Wunsch von Pflegeeinrichtungen Tarifvertragswerke auch zur Verfügung zu stellen, sofern betriebliche Belange nicht tangiert sind.

Verwaltungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen:
Aufgrund von Prüfaufgaben im Zusammenhang mit den nach Absatz 3e Satz 2 zu übermittelnden Tarifvertragswerken bei den Landesverbänden der Pflegekassen sieht der Gesetzesentwurf einen einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von 5.000 Euro Personalkosten sowie einen darauffolgenden jährlichen, nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand in Form von Personalaufwendungen vor. Darüber hinaus

werden einmalige und jährliche Sachmittelaufwendungen beziffert, die für den Aufbau und Betrieb eines Tarifregisters bei den Landesverbänden der Pflegekassen entstehen würden.

B Stellungnahme

Schaffung einer Rechtsgrundlage für Pflegeeinrichtungen, als „Durchschnittsanwender" die Zulassungsvoraussetzungen für einen Versorgungsvertrag zu erfüllen, fehlt:

Die Komplexität der „Tariftreue"-Regelungen nach dem GVWG wurde insbesondere mit den ersten Erkenntnissen aus der Erarbeitung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und der Erstellung der Landesübersichten deutlich. Wurde das regional übliche Entgeltniveau nach der bisherigen gesetzlichen Grundlage als Maßstab zur Vergleichbarkeit von Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in einer Region konzeptioniert und für die Frage, ob Tarifverträge und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen wirtschaftlich im Sinne der Tariftreueregelungen sind, herangezogen, kann es mit Genehmigung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nun auch als ein Maßstab für die nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen gewählt werden.

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Abs. 3c SGB VI (vgl. § 3 Abs. 3) sehen vor, dass die Pflegeeinrichtungen mindestens eine Entlohnung ihrer Mitarbeitenden in der jeweiligen Beschäftigtengruppe im Durchschnitt zahlen, die das regional übliche Entgeltniveau für die betreffende Beschäftigtengruppe nicht unterschreitet. Da die Durchschnittswerte der tarifvertraglich und in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarten variablen pflegetypischen Zuschläge in der jeweiligen Region nicht vom regional üblichen Entgeltniveau umfasst sind, aber auch mindestens im Durchschnitt von der Pflegeeinrichtung bezahlt werden muss, ist eine entsprechende gesetzliche Ergänzung aufzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass die bereits veröffentlichten Durchschnittswerte zu den variablen pflegetypischen Zuschlägen bis zur Neuveröffentlichung auf der Grundlage der Datenmeldung zum 30.09.2022 ausgesetzt werden, kann diese Regelung erst mit Anpassung des Versorgungsvertrages greifen.

Mit der erweiterten Möglichkeit für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen, auch das regional übliche Entgeltniveau für die Beschäftigtengruppen als Zulassungsmaßstab heranzuzuziehen, ist es erforderlich und schafft Rechtssicherheit, wenn die Beschäftigtengruppen gesetzlich abschließend normiert werden. Da Pflegefachpersonen mit Leitungsverantwortung – insbesondere Pflegedienstleitungen und ihre Stellvertretungen – nicht zwangsläufig überwiegend in der Pflege oder Betreuung tätig sind, sind sie entsprechend der Tarifautomatik von der Beschäftigtengruppe Fachpersonal mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung nicht umfasst. Da aber die Einhaltung der Durchschnittswerte als Teil der Zulassungsvoraussetzung sich auch auf Pflegefachpersonen mit Führungsverantwortung erstrecken soll, ist dies auch gesetzlich zu normieren und nicht

in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes als weiterer Bestandteil der Zulassungsvoraussetzung zu verankern.

Übergangsregelung schaffen, um eine belastbare Umsetzung der Tariftreueregelung sicherzustellen.
Um den nicht an tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen genügend Zeit zur belastbaren Umsetzung der Tariftreue-Regelungen im Jahr 2022 einzuräumen und mehrfache Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen im letzten Kalenderquartal zu vermeiden, wird empfohlen, den Stichtag für das „Scharfstellen" der Tariftreue-Regelungen, die Anpassung der Versorgungsverträge zum 1. September 2022, im Sinne einer Übergangsregelung auf den 1. April 2023 zu verschieben. Erst mit der Veröffentlichung des neuen regional üblichen Entgeltniveaus und der neuen pflegetypischen Zuschläge wird Ende November 2022 auch eine stabile Geschäftsgrundlage für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sowie das Zulassungsverfahren geschaffen. Würde an der gesetzlichen Frist 01.09.2022 für die Anpassung der Versorgungsverträge ohne Übergangsregelung festgehalten, ist zu befürchten, dass nicht tarif- oder an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen, die sich am regional üblichen Entgeltniveau orientieren, trotz bestehender Vergütungsvereinbarungen zu Neuverhandlungen nach § 85 Abs. 7 SGB XI aufrufen. Nicht nur die gesetzlichen Fristen setzen Anreize hierfür – mit Blick auf die Neuberechnung des regional üblichen Entgeltniveaus mit Stichtag 30.09.2022, die Ende November 2022 veröffentlicht werden - auch das Aussetzen der pflegetypischen Zuschläge bis zur Neuberechnung trägt zu Unsicherheiten für die Pflegeeinrichtung bei. Als Konsequenz daraus zeichnet sich bereits ab, dass Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen für den Herbst 2022 aufgekündigt werden.

Mitwirkungsverpflichtungen:
Um sicherzustellen, dass die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten nachkommen, können Sanktionen grundsätzlich ein geeignetes Instrument sein, um Anreize für die Mitwirkung zu schaffen. Allerdings sind diese gesetzlich zu normieren und nicht die Festlegung dem untergesetzlichen Normgeber, dem GKV-Spitzenverband, zu übertragen.

Die klassischen Instrumente zur Sanktionierung von Vertragsverstößen wie Vergütungskürzung oder Kündigung von Versorgungsverträgen sind grundsätzlich nicht geeignet, um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen ihren Mitwirkungsverpflichtungen bei der Meldung von maßgeblichen Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und von Änderungen der Angaben zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3d und 3e nachkommen. Diese stehen auch in keinem Verhältnis, zumal damit nicht einhergeht, dass die Pflegeeinrichtung, auch wenn sie ihrer Mitteilungspflicht nicht nachkommt, nicht doch mindestens eine Entlohnung in Höhe eines in der Region anwendbaren Tarif-

vertrags zahlt. Vielmehr erscheint es geeigneter, dass die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihrer Veröffentlichungspflicht nach § 115 SGB XI die fehlende Mitwirkung der Einrichtung im Internet als auch in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

„Neues" Tarifregister bei den Landesverbänden der Pflegekassen:
Die Konkretisierung, welche Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zur Verfügung gestellt werden sollen, ist in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Es bedarf hier einer Klarstellung, dass der GKV-Spitzenverband auch eine Richtlinienkompetenz innehat. Diese Neuregelungen sind daher entsprechend zu formulieren.

Die Verpflichtung zur Übermittlung der Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an die Landesverbände der Pflegekassen wird abgelehnt, denn sie haben keinen Mehrwert für die Plausibilisierung der von den tarif- und an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen mitgeteilten Informationen nach Absatz 3e. Die bisherigen Erfahrungen bei der Plausibilisierung der Datenmeldung vom 30.09.2021 haben gezeigt, dass sie weder für die Feststellung der Wirksamkeit eines Tarifvertragswerkes noch für die Plausibilisierung der Entgeltangaben hilfreich sind. So lassen sich auch keine Rückschlüsse aus vorliegenden Tarifvertragswerken ziehen, ob diese sich in der Nachwirkung befinden oder ob z. B. ein Tarifvertrag auch tatsächlich gekündigt wurde. Für die Prüfung, ob die Einrichtungen im Rahmen ihrer Sorgfalts- und Mitwirkungspflicht die maßgeblichen Informationen berechnet haben - für die sie auch eine rechtsverbindliche Erklärung abgeben müssen -, sind vielmehr weitergehende betriebliche Informationen, wie beispielsweise die tatsächliche Eingruppierung der Mitarbeitenden in der jeweiligen Beschäftigtengruppe, notwendig. Der bisherige Weg zur Klärung von Implausibilitäten mit der Einrichtung ist der zielführende bürokratiearme Weg. Es ist auch zu erwarten, dass die Implausibilitäten zukünftig gegenüber der Erstmeldung im Herbst 2021 abnehmen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes den Pflegeeinrichtungen eine verbindliche Grundlage geben, welche Informationen mit welchen Anforderungen mitgeteilt werden müssen.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Tariftreueregelungen für nicht an tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen und die damit verbundene Entscheidung, das Lohngefüge der zur Auswahl stehenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nachvollziehen zu können, ist der Zugang zu diesen Tarifvertragswerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen von elementarer Bedeutung. Derzeit sind alle kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen der Diakonie, Flächentarifverträge wie der TVöD VKA BT-B und weitere zahlreiche Tarifverträge über das Internet öffentlich zugänglich oder käuflich erwerblich (kirchliche Arbeitsrechtsregelungen der Caritas). Darüber hinaus bestehen in allen Bundesländern sogenannte Landestarifregister, beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie beim Statistischen Bundesamt gibt es auch bereits ein Tarifregister. Da die

Tarifvertragsparteien gemäß § 7 Abs. 1 TVG in Verbindung mit § 14 TVGDV verpflichtet sind, die geltende Fassung des Tarifvertragswerks zur Verfügung zu stellen, bieten diese Tarifregister für nicht an tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen einen verlässlichen Zugang. Nach § 16 Satz 1 TVGDV ist die Einsicht in das Tarifregister wie auch in die registrierten Tarifverträge jedem gestattet. Davon ist auch der Inhalt der Tarifverträge erfasst. Es ist auch davon auszugehen, dass die Tarifvertragswerke zu jeder Zeit in der aktuellen Fassung verfügbar sind, zumal eine gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage der Tarifvertragswerke besteht, deren Nichteinhaltung mit Bußgeld geahndet werden kann.

Nicht umfasst von den bereits etablierten Tarifregistern sind die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen der Caritas und der Diakonie. Diese sind derzeit jedoch öffentlich resp. käuflich zugänglich (vgl. oben). Deshalb wird anregt, dass die bereits etablierten Tarifregister künftig um die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erweitert werden. Damit können diese Tarifregister folglich einen noch umfassenderen Einblick in die geltenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sicherstellen.

Es ist originäre Aufgabe der Tarifvertragspartner und kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen, Tarifvertragswerke und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen auszureichen. Wenn es hier nun vereinzelt zum Versagen kommt und Pflegeeinrichtungen der Zugang zu Tarifvertragswerken von den Tarifvertragspartnern verwehrt wird, ist es ordnungspolitisch verfehlt und in keiner Weise auch sachgerecht, dass die Landesverbände der Pflegekassen dieses Versagen kompensieren sollen. Damit interessierte Pflegeeinrichtungen Flächentarifvertragswerke, kirchliche Arbeitsrechtsregelungen und insbesondere Haustarifvertragswerke einsehen können, ist vielmehr auf die bereits bestehenden Tarifregister zurückzugreifen (vgl. oben).

Da das Ausreichen von Tarifverträgen ausschließlich in der Verantwortung der Tarifvertragspartner liegt, ist es abzulehnen, dass die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgabe übernehmen und damit auch die datenschutzrechtliche Verantwortung tragen sollen, dass keine betrieblichen Belange beim Ausreichen verletzt werden.

Verwaltungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen:
Die im Gesetzesentwurf bezifferten Erfüllungsaufwände, die aufgrund der geplanten Neufassung der §§ 72 Abs. 3e und 82c Abs. 5 SGB XI entstehen, bilden nicht den vermuteten Aufwand ab. So entstehen bspw. erhebliche Archivierungskosten für die jährlich einzureichende durchgeschriebene Fassung der Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sowie weitgehende personelle Ressourcenaufwendungen, insbesondere mit Blick auf die Überprüfung der Betroffenheit von schutzwürdigen betrieblichen Belangen von Tarifvertragswerken. Aufgrund meist jährlicher Tarifverhandlungen und Beschlüssen von kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen werden Inhalte von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelun-

gen angepasst. Dieser Tatbestand löst somit kontinuierliche jährliche Prüfaufwände insbesondere mit Blick auf die Überprüfung der Betroffenheit von schutzwürdigen betrieblichen Belangen von Tarifvertragswerken aus, die ausgereicht werden sollen. Dabei ist auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass personelle Ressourcen bei den Landesverbänden der Pflegekassen gebunden werden und damit nicht mehr für die originären Aufgaben der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen.

In der Gesamtbewertung ist mit der Etablierung eines Tarifregisters bei den Landesverbänden der Pflegekassen und damit einer Parallelstruktur nicht nur ordnungspolitisch verfehlt, sondern auch nicht verhältnismäßig, denn durch diesen Aufbau einer Parallelstruktur geht nicht nur ein erheblicher Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen, sondern auch für die Pflegeeinrichtungen und für die Tarifvertragspartner und kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen einher.

C Änderungsvorschlag

In § 72 Abs. 3b werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:

„Die Höhe der Entlohnung im Sinne von Satz 1 gilt auch dann als nicht unterschritten, wenn Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 diesen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, mindestens im Durchschnitt eine Entlohnung zahlen,

1. die das jeweilige regional üblichen Entgeltniveau für die Qualifikationsgruppe nach Satz 3 und
2. ab dem 1. April 2023 die tarifvertraglich und in kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarten pflegetypischen Zuschläge in der Region in der aktuellen veröffentlichten Fassung nach § 82c Absatz 5 nicht unterschreiten. Dabei ist das regional übliche Entgeltniveau für folgende vier Qualifikationsgruppen einzuhalten:
    a. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung im Sinne von Nummer 2,
    b. Pflege- und Betreuungskräfte mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr,
    c. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung,
    d. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung und Leitungs- und Führungsverantwortung.

In § 72 Absatz 3d wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchliche Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind oder welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen

Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b Satz 1 für sie maßgebend sind oder ob sie mindestens eine Entlohnung im Sinne des Absatzes 3b Satz 2 und 3 zahlen."

In § 72 Absatz 3d wird der letzte Satz wie folgt gefasst:

„Die Mitteilung nach Satz 3 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. April 2023."

Die Neuregelungen des § 72 Absatz 3c, Sätze 2 und 3 sind zu streichen.

In § 115 wird ein neuer Absatz 1d eingefügt:
„(1d) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht wird, wenn und solange die Pflegeeinrichtungen ihren Mitteilungsverpflichtungen nach § 72 Absätze 3d und 3e nicht nur vorübergehend nicht nachkommen."

In § 72 Absatz 3e wird Satz 2 wie folgt ersetzt:

„Dabei sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus nach § 82c Absatz 2 und für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen im Sinne von Absatz 3b Satz 2 und 3 mitzuteilen. Das Nähere regelt der Spitzenverband der Pflegekassen in den Richtlinien nach Absatz 3c und § 82c Absatz 4."

In § 82c Absatz 5 ist Satz 3 zu streichen.

Nr. 4 § 150a SGB XI Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie

A Beabsichtigte Neuregelung

Der angepasste § 150a SGB XI sieht eine Regelung zur Zahlung und Refinanzierung einer einmaligen Sonderleistung (Corona-Pflegebonus) im Jahr 2022 für Beschäftigte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen vor. Durch die Umbenennung der Corona-Prämie in Corona-Pflegebonus wird klargestellt, dass es sich bei der Sonderzahlung um den Corona-Pflegebonus für das Jahr 2022 handelt. Der Bund zahlt zur Refinanzierung dieser Bonuszahlung bis zum 1. September 2022 einen Betrag von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Zugelassene Pflegeeinrichtungen werden zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Pflegebonus) von bis zu 550 Euro an ihre Beschäftigten verpflichtet. Die Boni können durch die Länder, Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber aufgestockt werden. Die Auszahlung des Bonus erfolgt an die Pflegeinrichtungen bis spätestens 1. Oktober 2022. Keine Sonderleistung erhalten Beschäftigte, die aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 20a Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes am 30. Juni 2022 zwar beschäftigt, aber nicht tatsächlich tätig sind. Das Nähere zu den Auszahlungen wird durch den Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen in einer Festlegung geregelt. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni anzuzeigen.

B Stellungnahme

Die einmalige Sonderzahlung im Jahr 2022 dient der Anerkennung aller in der Pflege und Betreuung eingesetzten Beschäftigten. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird eine Verpflichtung der Betreiber von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und sonstigen Arbeitgebern gegenüber ihren Beschäftigten geschaffen, indem diese zu einer Zahlung des Corona-Bonus verpflichtet werden. Vorab erhalten die Arbeitgeber den zur Auszahlung benötigten Betrag von der sozialen Pflegeversicherung. Um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, bedarf es aufgrund der Erfahrungen aus dem Jahr 2020 eines gesetzlich geregelten Meldezeitraumes für die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber sowie eines ausreichend langen Bearbeitungszeitraumes durch die Pflegekassen. Im Jahr 2020 gab es durch kurze Fristsetzungen erhebliche Mehrarbeit bei den Pflegeeinrichtungen, Arbeitgebern und den Pflegekassen aufgrund von Nachkorrekturen und -meldungen. Da der Bemessungszeitraum vom 1. November 2020 bis 30. Juni 2022 angesetzt ist, ist eine Antragsstellung durch die Einrichtungen bis zum 31. Juli 2022 vorgesehen. Die Auszahlung durch die Pflegekassen soll bis spätestens 30. September 2022 erfolgen.

Die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber sind den Pflegekassen gegenüber verpflichtet, den tatsächlich ausgezahlten Pflege-Bonus nachzuweisen. Eine Vielzahl von Pflegeeinrichtungen und Arbeitgebern ist im Jahr 2021 dieser Verpflichtung zum

Nachweis der ersten Prämienzahlung nicht oder erst nach mehrmaliger Aufforderung nachgekommen. Daher ist es erforderlich eine Sanktionsmöglichkeit für die Pflegekassen einzuräumen. Bei fehlender Mitwirkung oder Falschangaben hinsichtlich der in § 150a SGB XI genannten Voraussetzungen durch die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgebern bedarf es einer Kontrollmöglichkeit sowie Rückforderungs- und Aufrechnungsmechanismen für die Pflegekassen. Dies hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Verfahrensregelungen festzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 1 - 3 § 15 Abs. 2a KHG, Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Nummern 2 und 3.

Zu Nummer 2
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund von Nummer 3.

Die Änderung von § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 führt dazu, dass der bisher gültige vorläufige Pflegeentgeltwert von 163,09 € bis zum 30.06.2022 gilt.

Zu Nummer 3
Die Änderung von § 15 KHG führt dazu, dass § 15 Absatz 2a Satz 1 um die Nummern 4 und 5 ergänzt wird. § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 legt fest, dass vom 1.07.2022 bis zum 31.12.2022 der vorläufige Pflegeentgeltwert 200 Euro beträgt. § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 5 legt fest, dass der vorläufige Pflegeentgeltwert ab dem 1. Januar 2023 171 Euro beträgt.

B Stellungnahme

Zu Nummer 1
Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Nummer 2
Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Nummer 3
Der Gesetzgeber begründet die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 200 Euro für den Zeitraum vom 01.07.2022 bis zum 31. 12.2022 mit der Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser, die bislang keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart haben.

Die angestrebte Regelung trägt zur Liquiditätssicherung bei, ist als Pauschallösung aber nicht zielgerichtet. Unklar bleibt zudem, warum die Lösung erst ab dem 01.07.2022 gelten soll, sofern die Prämisse stimmt, dass die Krankenhäuser tatsächlich bereits jetzt Liquiditätsengpässe haben sollten. In diesem Zusammenhang ist die zeitliche Übereinstimmung mit dem Auslaufen der Corona-Hilfen zum 30.06.2022 jedenfalls ein bemerkenswerter Zufall.

Unabhängig von der Frage nach der Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwertes sind

aus Sicht des AOK-Bundesverbandes Maßnahmen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen das wirksamste und zielführendste Instrument um die Liquidität von Krankenhäusern zu sichern. Es sollten daher zunächst primär inhaltliche Lösungsansätze im Vordergrund stehen, die pragmatische Verhandlungen (insbesondere mit Blick auf das Pflegebudget) auf der Ortsebene ermöglichen. Die befristete Ausschüttung eines vorläufigen Pflegeentgeltwertes von 200 Euro setzt zumindest keinen Anreiz für einen zügigen Abbau des Verhandlungsstaus bei den Budgetverhandlungen.

Die langfristig vorgeschlagene, moderate Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 171 Euro ab dem Jahr 2023 ist sachgerecht und entsprechend zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V

Sachstand
Gemäß § 110a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V wird den Krankenkassen auferlegt, ab 2022 pro Jahr 0,30 Euro pro Versicherten für Qualitätsverträge auszugeben. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben den Betrag nach Satz 1, so hat die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen.

Änderungsbedarf und Begründung
Im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie zeigt sich auf der Leistungserbringerseite eine klare Depriorisierung bzgl. der Bereitschaft Qualitätsverträge mit zu entwickeln und mit Krankenkassen abzuschließen. Hierfür werden insbesondere eine maximale Personalauslastung und die komplexen Aufgaben im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen (Entwicklung, Vertragsverhandlung, Rekrutierung Patienten, aufwändige Evaluation) angeführt. Darüber hinaus wird im Rahmen einer Fallzahlabschätzung für die planbaren Leistungen weiterhin ein immer noch nicht wieder erreichter „Normalbetrieb" beschrieben. Dies erschwert deutlich die Vertragsvorbereitung auf Grundlage von Ist-Daten aus den vergangenen Pandemiejahren und stellt die sogenannte „base-line" Messung als Ausgangsbasis zur Qualitätsbeurteilung im Verlauf in Frage. Auch die Daten aus den Umsetzungszeiträumen sind hochwahrscheinlich nur eingeschränkt übertragbar auf die „Regelversorgung". Insbesondere für den Leistungsbereich Langzeitbeatmung kann unter dem Aspekt der Pandemie weiterhin noch nicht von einer Normalisierung ausgegangen werden.

Schon die Regelversorgung bereitet den Leistungserbringern Probleme, dies führt dort zu keiner Bereitschaft ein sogenanntes „add-on" wie Qualitätsverträge anzugehen. Die außerordentliche Situation der Krankenhäuser wurde vom Gesetzgeber mehrfach wahrgenommen und bestätigt sowie durch vielfache Ausnahmetatbestände berücksichtigt.

Somit sind die vom Gesetzgeber in Vor-Pandemiezeiten formulierten Fristenregelungen bzgl. der finanziellen Sanktionen gegenüber den Krankenkassen nicht mehr haltbar. Diese müssen daher um zwei Jahre verschoben werden.

Änderungsvorschlag
In § 110a Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz werden die Worte „im Jahr 2022" durch „im Jahr 2024" ersetzt.

In § 110a Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Worte „von 2023 bis 2028" durch die Worte „2025 bis 2031" ersetzt

In § 110a Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2022“ durch die Wörter „erstmals für das Jahr 2024“ ersetzt

Digitale und telefonische SGB XI-Pflegebegutachtung regelhaft ermöglichen

Hintergrund
Regelhaft findet die Pflegebegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich des Versicherten statt. Mit der SARS-CoV-2 Pandemie wurde befristet ermöglicht, die Pflegebegutachtung auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich durchzuführen. Diese pandemisch begründete Sonderregelung soll in die Regelversorgung überführt werden.

Änderungsbedarf und Begründung
Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst haben sich aufgrund der pandemischen Lage neben der Untersuchung im Wohnbereich des Antragstellers auch andere Formen wie strukturierte Telefoninterviews als ebenso zielführend etabliert. Aus den Erfahrungen der pandemischen Lage ist erkenntlich, dass ein strukturiertes Telefoninterview fachlich und inhaltlich nahezu gleichwertig zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich ist. Daher erscheint es sachgerecht, auch anderer Begutachtungsformen regelhaft den Antragstellern als Begutachtungsformen anzubieten. Den Antragstellern eine Auswahl unterschiedlicher Begutachtungsformen zu geben, stärkt die individuellen Interessen der pflegebedürftigen Personen. Eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich wird dadurch nicht ausgeschlossen, sondern wird auf Wunsch der Antragsteller erfolgen. In den Richtlinien des MD Bund sind die infrage kommende Fallkonstellationen festzulegen.

Zudem wird aufgrund der Einbindung in die effizienten Prozessabläufe sowohl beim Medizinischen Dienst als auch bei den Pflegekassen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Antragsteller fristgerecht eine Entscheidung der Pflegekasse über ihre Anträge erhalten.

Die Erstbegutachtung ist hiervon ausgenommen. Hier erfolgt die Begutachtung ausschließlich im persönlichen Wohnbereich des Antragstellers.

Änderungsvorschlag
§ 18 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
„Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten zu untersuchen. Die erstmalige Untersuchung ist immer im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchzuführen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter können bei Folgebegutachtungen den Versicherten anbieten, die Untersuchungen telefonisch oder per Videokonferenz anbieten, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Der MD Bund regelt hierzu Näheres in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Das Recht des Versicherten auf eine Untersuchung in seinem Wohnbereich

bleibt unberührt. Erteilt der Versicherte zur Begutachtung durch den MD oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt."

IV. Zu einzelnen Regelungen der fachfremden Änderungsanträge

Änderungsantrag 1

§ 37 Abs 3 sowie § 123 Abs 1 und 6 SGB XI Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur besseren Verständlichkeit wurde der Anspruch nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Erbringung der Beratungspflichtbesuche in den Absätzen 3 bis 3c neu strukturiert. Die Beratungspflichtbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Im Absatz 3 wird zudem die Option geschaffen, die Beratungspflichtbesuche grundsätzlich auch als Videotelefonie dem Versicherten anzubieten. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erstmalige Beratung erfolgt jedoch in jedem Fall in Form der persönlichen Begegnung vor Ort in der Häuslichkeit. Die näheren Ausführungen zur Durchführung der Beratung als Videokonferenz sind in die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche aufzunehmen. Die Videokonferenzsysteme sollen angemessenen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit entsprechen. Die Anforderungen an die Datensicherheit gelten als erfüllt, wenn es sich um einen zertifizierten Videodienstanbieter im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch handelt (siehe § 365 SGB V).

B Stellungnahme

Aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie wird die Möglichkeit der Erbringung der Beratungspflichtbesuche als Videokonferenz grundsätzlich begrüßt. Jedoch stellen die technischen Voraussetzungen für eine Video-Beratung aktuell oft noch eine zu hohe Hürde für die Nutzung dar. Im Sinne des effektiven Einsatzes von Ressourcen und als niedrigschwelliger Ansatz sollte die telefonische Beratung ebenfalls ermöglicht werden. Diese neuen Formen der Beratung sollten jedoch nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten erfolgen.

Unklar bleibt aktuell wie es sich bei den Beratungspflichtbesuchen bei pflegebedürftigen Versicherten mit Pflegegrad 1 und pflegebedürftigen Versicherten, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, verhält. Diese können auf eigenen Wunsch halbjährlich einmal eine Beratung in Anspruch nehmen. Da es sich um eine freiwillige Inanspruchnahme der Leistung handelt, sollte diese auf Wunsch des Versicherten grundsätzlich immer als Telefon oder Videoberatung erfolgen können.

Die Vergütung der Beratungspflichtbesuche kann nach Pflegegraden gestaffelt werden; aber auch die Form der Beratung ist für die Vergütungsfindung maßgeblich und sollte daher berücksichtigt werden. Die persönliche Beratung, der Umfang und die technischen Anforderungen unterscheiden sich und müssen bei der Vergütung bemessen werden.

Mit der Neustrukturierung der gesetzlichen Grundlagen zu den Beratungspflichtbesuchen bietet es sich an, weitergehenden redaktionelle Anpassungen auch mit Blick auf die neue Berufsbezeichnung durch das Pflegeberufegesetz vorzunehmen.

C Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt ergänzt und ein neuer Satz 5 eingefügt:
„Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt jede zweite Beratung bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, 3, 4 und 5 per Telefon oder Videokonferenz, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienstbeziehen, können auf eigenen Wunsch auch ausschließlich die Beratung per Telefon oder Videokonferenz in Anspruch nehmen."

In § 37 Absatz 3a Satz 2 wird „nach § 7c" ergänzt.
„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote nach § 7c sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen."

In § 37 Absatz 3c Satz 3 wird das Wort Pflegefachkraft durch das Wort Pflegefachperson ersetzt.

Der § 37 Absatz 3c Satz 4 wird ergänzt:
„Die Vergütung kann nach Pflegegraden, nach telefonischer und Video-Beratung gestaffelt werden."

In § 37 Absatz 3c Satz 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2020" gestrichen.

Änderungsantrag 2

§ 40a Absatz 2 SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die erstmalige Bewilligung einer Digitalen Pflegeanwendung soll auf höchstens 6 Monate befristet werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet innerhalb der Befristung zu prüfen, ob die Versorgung mit der Digitalen Pflegeanwendung die Zwecksetzung erfüllt und ob die Digitale Pflegeanwendung verwendet wird. Dazu sollen die pflegebedürftigen Personen vorzugsweise telefonisch befragt werden. Sofern die Prüfung positiv ausfällt, soll im Anschluss eine unbefristete Bewilligung ausgestellt werden. Damit soll eine erneute Antragstellung entfallen.

B Stellungnahme

Die Befristung der Versorgung mit einer Digitalen Pflegeanwendung auf höchstens 6 Monate wird begrüßt. Unklar ist hingegen, nach welchen Kriterien die Überprüfung der Zwecksetzung erfolgen soll. Nach Absatz 1 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen die genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Nach § 78a SGB XI haben die Hersteller bereits den pflegerischen Nutzen einer Pflegeanwendung nachzuweisen. Genau Kriterien dafür liegen bisher nicht vor, jedoch sollte von einer Pflegeanwendung zu erwarten sein, dass diese Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen mindert oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirkt. Daher ist eine erneute Zweckprüfung durch Pflegekasse abzulehnen. Eine Überprüfung der weiteren Verwendung der Pflegeanwendung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Nach § 40a Absatz 2 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse zu überprüfen, ob die digitale Pflegeanwendung verwendet wird. Sie darf dazu die pflegebedürftige Person befragen und die hierbei erhobenen Daten verarbeiten. Bei erfolgreichem Ausgang der Prüfung hat sie eine unbefristete Bewilligung zu erteilen. Ein erneuter Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Änderungsantrag 3

§ 150 Abs. 1, 5 und 5b SGB XI Pandemiebedingte Sonderregelungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Kostenerstattungsverfahren wird aufgrund derzeitigen Pandemielage inhaltlich neu ausgerichtet. Eine Erstattungsfähigkeit von Coronavirus-SARS-CoV-2-bedingten, nicht anderweitig finanzierten außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen ist ab dem 01. Juli 2022 nicht mehr vorgesehen. Die bisherigen Verfahren zur Regelung des Anspruchs auf Erstattung von Beschaffungskosten für selbst beschaffte PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen werden fortgeführt. Die Erstattungsansprüche nach der Coronavirus-Testverordnung, in ihrer jeweils geltenden Fassung im Rahmen der dort für die berechtigten Einrichtungen und Unternehmen festgelegten Kontingente, können wie bisher bei einer Pflegekasse geltend gemacht werden.

Die Anzeigepflicht der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen von wesentlichen Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Versorgung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 wird bis 31. Dezember 2022 verlängert.

Den Pflegekassen wird ebenfalls bis 31. Dezember 2022 ermöglicht, auf individuelle Versorgungsengpässe flexibel zu reagieren und die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 sicherzustellen. Bis 31. Dezember 2022 erhalten pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 1 die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag flexibel einzusetzen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(6)
gel VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

AWO Bundesverband e.V.

Stellungnahme

zu den zum Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pfelgeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

AWO Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62/63
10961 Berlin
Telefon: (+49) 30 – 263 09 – 0
Telefax: (+49) 30 – 263 09 – 325 99
E-Mail: info@awo.org
Internet: awo.org

Verantwortlich: Brigitte Döcker
Ansprechpartnerin: Claus Bölicke, Carolin Drößler
E-Mail: claus.boelicke@awo.org

© AWO Bundesverband e. V.

Berlin, 25. April 2022

Allgemeine Bemerkungen und zusammenfassende Bewertung

Die Arbeiterwohlfahrt bedankt sich für die Übersendung des Entwurfs eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pfelgeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) sowie der Möglichkeit zur Stellungnahme und Einladung zur Anhörung.

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt im Grundsatz das Vorhaben, beruflich Pflegende für deren außerordentlichen Einsatz im Rahmen der Corona-Pandemie mit einem Bonus zu belohnen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass mit der Formulierung im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP mit der Formulierung „Dazu werden wir die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 Euro anheben“ bei Pflegenden eine Erwartungshaltung in Bezug auf die Höhe des Bonus gesetzt wurde, die von der vorgeschlagenen Regelung deutlich abweicht und somit maximales Enttäuschungspotenzial in sich birgt. Dazu kommt die unterschiedliche Ausgestaltung der Bonuszahlungen in der Kranken- und Altenpflege. Die geplanten Bonuszahlungen fallen für die Pflegenden im Krankenhaus deutlich höher aus als für die Beschäftigten in der Langzeitpflege, wenn dies auch nicht für alle Bereiche im Krankenhaus zutrifft. Im Gegensatz zur Langzeitpflege betrifft der geplante Bonus im Krankenhaus zwar nicht alle Pflegenden, dennoch verfestigt sich dadurch in der Wahrnehmung der Beschäftigten in der Langzeitpflege das Gefühl der Ungleichbehandlung gegenüber der Akutpflege. Vor dem Hintergrund der parallelen Bestrebungen die ungleiche Bezahlung von beruflich Pflegenden im Krankenaus und in der Langzeitpflege aufzuheben, ist dies aus Sicht der AWO ein falsches Signal.

Unbeachtet der beträchtlichen Leistungen der beruflich Pflegenden in der Pandemie, weist die Arbeiterwohlfahrt darüber hinaus darauf hin, dass auch Beschäftigte in anderen Bereichen, wie z. B. der Eingliederungs- sowie Kinder- und Jugendhilfe oder auch der Rehabilitationseinrichtungen, ein über das Normalmaß hinausgehendes Engagement unter Einsatz der Gefährdung der eigenen Gesundheit geleistet haben und leider bei der Gewährung eines Corona-Bonus leider nicht berücksichtigt werden.

Unsere Anmerkungen zu den Regelungen im Einzelnen folgen im nächsten Abschnitt der Stellungnahme.

Ebenso wie das Vorhaben Pflegenden einen Bonus für deren Leistungen in der Pandemie zu zahlen, begrüßt die Arbeiterwohlfahrt das Anliegen, dafür Sorge zu tragen, dass beruflich Pflegende eine tarifliche Entlohnung erhalten und damit regelhaft besser bezahlt werden, statt gelegentliche Sonderzahlungen zu erhalten.

Durch die nun vorgesehene Verpflichtung der an einen Tarifvertrag gebundenen Pflegeeinrichtungen zur Einreichung durchgeschriebener Tarifverträge und die Möglichkeit der nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen, diese auf Wunsch zu erhalten, wird die erforderliche Transparenz zur Anwendung eines regional anwendbaren Tarifvertrages auch ohne Tarifbindung hergestellt. Dagegen ist die Einführung eines weiteren, zudem fehleranfälligen und in der Praxis nicht wirksam zu überprüfenden Weges zur Verwirklichung der Gesetzesziele nicht erforderlich und wird abgelehnt. Die vorgeschlagenen Änderungen führen zu einem weiteren unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig fehlt es an Nachweispflichten, wie nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen die Entlohnung in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus sicherstellen. Das steht in krassem Gegensatz zur Breite und Tiefe der von den tarifgebundenen Pflegeinrichtungen geforderten Angaben. Weiter fehlt es an Instrumenten und Verfahren, welche die Richtig-

keit der Angaben durch die nicht tarifgebundenen Pflegeanbieter wirksam überprüfen und Falschangaben sanktionieren.

Unsere Anmerkungen und konkreten Rückmeldungen zu den Regelungen in den Klarstellungen folgen ebenfalls in den nächsten Abschnitten der Stellungnahme.

Stellungnahme zu den Regelungen im Gesetzentwurf im Einzelnen

Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 150a Absatz 2 Satz 1

Bewertung

Der Corona-Pflegebonus ist für Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und bei ihrem Arbeitgeber am 30. Juni 2022 beschäftigt sind, auszuzahlen.

Diese Regelung benachteiligt Personen, die den Bemessungszeitraum erfüllt haben, aber zum Stichtag 30. Juni 2022 nicht mehr bei Ihrem Arbeitgeber beschäftigt sind, weil sie beispielsweise vor dem 30.06.2022 in Rente gegangen oder aber aus gesundheitlichen Gründen ausgeschieden sind. Vor dem Hintergrund des Altersdurchschnitts in der Altenpflege ist dies kein unwahrscheinliches Szenario. Diese Personen haben den vollen Einsatz in der Pandemie erbracht, erhalten aber –aufgrund ihres altersbedingten Ausscheidens – nicht die Anerkennung Ihrer Leistungen in der Pandemie, was für die Arbeiterwohlfahrt nicht nachvollziehbar ist.

Daneben wird auch der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten in der Pflege, bspw. aufgrund von Vereinbarkeit von Beruf und Familie, unverhältnismäßig benachteiligt, diese Gruppe der beruflich Pflegenden in Teilzeit hat ebenfalls die Risiken und Anstrengungen der Pandemie mitgetragen.

Änderungsvorschlag

Der Corona-Pflegebonus ist für Vollzeitbeschäftigte (*anteilig für Teilzeitbeschäftigte*), die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und bei ihrem Arbeitgeber am 30. Juni 2022 beschäftigt sind, auszuzahlen. *Für Beschäftige, die alters- oder krankheitsbedingt oder aus anderen Gründen aus der Beschäftigung in der Pflege ausgeschieden sind, gilt die Stichtagsregelung 30. Juni 2022 nicht, sofern die weiteren Bedingungen erfüllt sind.*

§ 72 Absatz 3e Satz 2

Bewertung

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt grundsätzlich die Übermittlung von durchgeschriebenen Tarifverträgen, um die Tarifanwendung insgesamt zu stärken. Hiermit verbunden ist jedoch ein erheblicher Mehraufwand für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen. Bei Tarifverträgen liegt nicht immer eine durchgeschriebene Fassung vor, da die Erstellung nicht verpflichtend ist. Für den Mehraufwand ist eine angemessene Kostenerstattung vorzusehen.

§ 72 Absatz 5

Bewertung

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt die hier angestrebte Herstellung von Transparenz grundsätzlich. Bislang geäußerte Bedenken aufgrund einer Intransparenz tarifvertraglicher Regelungen für die nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen wird vorsorglich Rechnung getragen. Das in Satz 3 geregelte Verfahren der Weitergabe durchgeschriebener Tarifverträge ist dahingehend zu konkretisieren, dass die Tarifverträge durch die Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden müssen. Jedenfalls muss eine diesbezügliche Verpflichtung der tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen ausgeschlossen werden, um diese nicht mit Doppel- oder Mehrbelastungen zu belegen. Die Tarifverträge liegen den Pflegekassen bereits vor, die tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen hingegen haben mit der Erstellung und Übermittlung der Tarifverträge bereits einen erheblichen Bürokratieaufwand getragen. Eine Versendung an eine unbekannte Anzahl von Interessenten ist ihnen nicht zumutbar.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(7)
gel. VB zur öffent Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
25.04.2022

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE Grünen und FDP – Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 05.04.2022 Drucksache 20/1331

Der Paritätische Gesamtverband ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und der Dachverband für über 10.500 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen, die in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig sind. Zu seinen Mitgliedsorganisationen zählen zahlreiche Träger und Einrichtungen, die Leistungen in der Langzeitpflege und Altenhilfe anbieten und erbringen.

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Paritätische bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und nimmt zu Artikel 2 des oben genannten Gesetzesentwurfes Stellung.

Konkretisierung des Verfahrens zur Umsetzung der Tarifregelungen in der Pflege nach dem GVWG

Die Zielsetzung des Gesetzesentwurfes, die Einführung der Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege mindestens in Tarifhöhe nach §§ 72, 82c SGB XI bürokratieärmer und transparenter zu gestalten, begrüßt der Paritätische. Befürwortet wird insbesondere die Regelung, nach der die Landesverbände der Pflegekassen weitere für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI und für die Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen nach § 82c Abs. 2 SGB XI erforderlichen Informationen abfragen und veröffentlichen sowie den Pflegeeinrichtungen grundsätzlich die in diesem Rahmen übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zur Verfügung stellen. Zugunsten der Transparenz sind allerdings weitere Klarstellungen in § 72 Abs. 3c S. 1 SGB XI vorzunehmen.

Paritätischer Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, Tel: 030 24636-0, Fax: 030 24636-110
Email: info@paritaet.org, Internet: http://www.paritaet.org

Der Paritätische lehnt es vehement ab, dass es den nicht-tarifgebundenen Einrichtungen mit der Änderung des § 82c Abs. 3 SGB XI unmöglich gemacht wird, ihren Beschäftigten, die keine Pflege- und Betreuungskräfte sind (Hauswirtschaft, Verwaltung, Leitung etc.), Gehälter in Tarifhöhe zu bezahlen. Das widerspricht der Intention des Ursprungsgesetzes, die Zustände in der Pflege zu verbessern. Diese Beschäftigten sind ebenfalls ausschlaggebend für eine funktionierende Versorgung der Pflegebedürftigen und dürfen nicht dem Lohndumping preisgegeben werden. Ganz zu schweigen von den Folgen für den Betriebsfrieden, wenn Einrichtungen ihre Belegschaft bei der Entlohnung in zwei Klassen spalten müssen, und den Auswirkungen auf Einrichtungen, die bereits entstandene arbeitsvertragliche Lohnansprüche dieser Beschäftigten in Zukunft nicht mehr bedienen können.

Unabhängig davon muss jedenfalls die Bezahlung von Leitungskräften in der Pflege und ihren Stellvertretungen in Höhe von Tarif oder kirchlichen Arbeitsrechtregelungen abgesichert werden. Nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Abs. 3c und § 82c Abs. 4 SGB XI sind diese Beschäftigten derzeit ausdrücklich von den maßgeblichen Qualifikations-/Beschäftigtengruppen ausgeschlossen. Dies ist nicht nachvollziehbar, da die Bedeutung dieser Beschäftigten für die Funktionsfähigkeit der Pflege für jedermann offenkundig ist und die stellvertretenden Leitungskräfte in der Regel mit mehr als 50% ihres Stellenumfangs in der direkten Pflege tätig sind.

Ferner wird die Einführung von Sanktionen durch die Richtlinien nach § 72 Abs. 3c und § 82c Abs. 4 SGB XI abgelehnt für den Fall, dass Pflegeeinrichtungen ihre Meldepflichten nicht ordnungsgemäß einhalten. Dies ist mit Verfassungsrecht, namentlich der Wesentlichkeitstheorie nicht zu vereinbaren und überdies ungeeignet, eine bessere Datenlage herbeizuführen. Insoweit brauchen die Pflegeeinrichtungen schlicht mehr Unterstützung bei der Dateneingabe. Für die notwendige Unterstützungsarbeit durch die Leistungserbringerverbände sind insbesondere für jetzige und spätere Meldungen Probezugängen für die Eingabemaske der Daten-Clearingstelle (DCS) sicher zu stellen. Dies gilt umso mehr, als die Meldepflichten mit den vorliegend vorgeschlagenen Änderungen noch umfangreicher und anspruchsvoller werden.

Schließlich spricht sich der Paritätische deutlich für folgende weitere Punkte zur gesetzlichen Anpassung aus:

1. eine Verschiebung des Umsetzungsstichtages vom 1. September 2022 auf den 1. März 2023, um den Pflegeeinrichtungen einen unverhältnismäßig hohen doppelten Umsetzungsaufwand zu ersparen und angesichts des stark

verzögerten Gesamtprozesses ausreichend Zeit für die notwendigen Umsetzungsakte zu gewähren.

2. Zudem sollte die Umsetzungspflicht in Bezug auf die neuen Regelungen für Einrichtungen, die sich bereits in Tarifvertragsverhandlungen befinden, bis zum Abschluss eines Tarifabschlusses ausgesetzt werden.

Die Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen folgt im Abschnitt (B) der Stellungnahme.

Pflegebonus

Der Paritätische begrüßt im Grundsatz das Vorhaben, das Engagement der Beschäftigten in der Pflege während der Coronapandemie mit einem Bonus zu honorieren und zu würdigen. Die Situation in Pflegeeinrichtungen und aller, die dort im Einsatz sind, ist zu Recht während der Pandemie noch stärker in den öffentlichen Fokus gerückt, da hier nachvollziehbarerweise die Krisenbewältigung zur besonderen Herausforderung wurde und auch weiterhin bleiben wird. Der Einsatz der Beschäftigten muss daher folgerichtig auch über den erneuten Bonus honoriert werden, indem Pflege- und Krankenkassen eine Sofortzulage für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und -diensten als Sonderleistung in Form einer Vorauszahlung erstatten, die diese in der zweiten Jahreshälfte steuer- und sozialversicherungsabgabenfrei erhalten. Dabei kann es aber aus Paritätischer Sicht nicht bleiben. Grundsätzlich fordert der Paritätische, dass die in Angriff genommenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Personalausstattung in der Pflege auch weiterhin nicht aus dem Blick geraten dürfen und entsprechend prioritär umgesetzt werden müssen.

Aus dem Bundeshaushalt werden insgesamt eine Milliarde Euro für Prämienzahlungen zur Verfügung gestellt. Dabei werden 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich verwendet und weitere 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Bereich der Langzeitpflege eingesetzt. Viele weitere Bereiche, wie z. B. Beschäftigte in der Eingliederungshilfe, im Rettungswesen oder der Wohnungslosenhilfe, finden keine Berücksichtigung. Es gibt grundsätzlich viele Berufsgruppen in der Sozialwirtschaft, die in gleicher Art und Weise Anerkennung verdient haben. Die dort Beschäftigten haben, und tun es immer noch, ebenso am Limit gearbeitet, waren ebenso hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und haben mit außerordentlichem Engagement den Menschen geholfen und diese unterstützt. Leider stehen sie in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung zu oft im Schatten; und offenkundig ebenso, wenn es – wie aktuell – um Bonuszahlungen geht. Angesichts der enormen coronabedingten Belastungen sind über die

Regelungen zum Pflegebonus hinaus alle Mitarbeitenden in der sozialen Arbeit nach Ansicht des Paritätischen in Form eines finanziellen Bonus zu berücksichtigen. Grundsätzlich gilt auch für diese Bereiche, dass eine auskömmliche Finanzierungsgrundlage und die Stärkung dieser Berufsfelder eine weitergehende Anerkennung darstellen, als eine einmalige Zahlung. Vor diesem Hintergrund sieht der Paritätische den Antrag der Fraktion der CDU/ CSU (Drucksache 20/1014) als einen Vorstoß in die richtige Richtung, der jedoch die Berücksichtigung weiterer Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Sozialen Arbeit vermissen lässt.

Ungeachtet dessen gibt es Einrichtungsformen im Grenzbereich zur Altenhilfe, Betreuung und der Pflege. Dabei geht es um Einrichtungen, die z. B. der Eingliederungshilfe oder der Altenhilfe nahestehen, jedoch formal keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben. Als Beispiel seien hier sogenannte Wohnstifte aufgeführt. Häufig ist es so, dass diese Einrichtungsformen den heimrechtlichen Bestimmungen unterliegen oder sich diesen unterwerfen, aber eben keine zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen darstellen. Bereits bei den Regelungen zur ersten Sonderzahlung sind diese Grenzbereiche durchs Raster gefallen. Es ist nicht vermittelbar, weshalb Mitarbeitende hier keinen Bonus bzw. die erwartbare Anerkennung erhalten sollen. Gleiches gilt für Komplexeinrichtungsträger, also Träger, die in unterschiedlichen sozialen Bereichen aktiv sind. Auch hier können Mitarbeitende verständlicherweise nicht nachvollziehen, weshalb die Arbeit im „Pflegebereich“ finanziell honoriert wird und im benachbarten Bereich nicht – wohlwissend, dass die Versorgung von beeinträchtigten Menschen nicht minder anspruchsvoll und herausfordernd ist. Dies strapaziert den innerbetrieblichen Betriebsfrieden in hohem Maße. Insbesondere während der Coronapandemie haben Mitarbeitende aus verschiedenen Tätigkeitsbereichen in den Einrichtungen sehr eng zusammengearbeitet und sich gegenseitig unterstützt. Dem muss insgesamt Rechnung getragen werden. Es ist nicht verständlich, dass sich das Problem der vorangegangenen Bonuszahlung wiederholt.

Die Inhalte der Regelungen werden, bis auf die Umbenennung der Corona-Prämie in Corona-Pflegebonus, im Langzeitpflegebereich weitgehend von den Regelungen aus dem Jahr 2020 übernommen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass es sich bei der Sonderzahlung um den Corona-Pflegebonus für das Jahr 2022 handelt. Demnach erhalten alle Beschäftigten in allen Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten einschließlich der stationären Hospize, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren, einen Pflegebonus. Der Stichtag 30.06.2022 setzt gewissermaßen ein Zeichen an die in den Einrichtungen nicht immunisierten Tätigen, die aufgrund der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht ggf. zu diesem Zeitpunkt nicht mehr beschäftigt

werden können. Vollzeitkräfte, die Leistungen nach dem SGB XI oder im ambulanten Bereich nach dem SGB V durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erhalten bis zu 550 Euro. Personal, das mindestens 25 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege/ Betreuung tätig ist (zum Beispiel in Verwaltung, Haustechnik, Küche) erhält bis zu 370 Euro, Azubis erhalten bis zu 330 Euro, Helfer*innen im Freiwilligendienst oder im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) erhalten 60 Euro und sonstige Beschäftigte erhalten bis zu 190 Euro.

Die Diskrepanz der Bonushöhen im Krankenhausbereich und im Langzeitpflegebereich lässt sich zwar durch die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel, die einfach geteilt werden, begründen. Plausibel ist dies jedoch nicht. Auch dies wird stellenweise mit wenig Verständnis honoriert. In den Einrichtungen herrschte und herrscht weiterhin eine vergleichbare Belastung.

Die Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen folgt im Abschnitt (B) der Stellungnahme.

B. Stellungnahme im Einzelnen:

Artikel 2 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

I. Verschiebung des Umsetzungsstichtages auf den 1. März 2023

Der Paritätische hält eine Verschiebung des Umsetzungsstichtages aus zwei Gründen für erforderlich.

Zum einen sollte den beteiligten Akteuren ohnehin angesichts des hohen Zeitverzuges des gesamten Umsetzungsprozesses die notwenige Zeit verschafft werden für:

a. laufende Tarifverhandlungen,
b. individualvertragliche Anpassungen der Arbeitsverträge und weitere betriebliche Umstellungsprozesse, auch im Einklang mit dem Betriebsverfassungsgesetz sowie
c. die anstehenden Vergütungsverhandlungen
d. die Berücksichtigung der geplanten Mindestlohnsteigerung zum 01.09.2022 in der Anpassung der einrichtungsinternen Vergütungsstruktur.

Zum anderen würde es ohne eine Verschiebung des Umsetzungstermins zu einem doppelten Umsetzungsaufwand für die beteiligten Akteure im Jahr 2022 kommen und damit zu unverhältnismäßig hohen Kosten. Grund ist, dass ein Teil der Verpflichtung, die Beschäftigten in tariflicher Höhe zu bezahlen, bereits ausgesetzt wurde. Dies

bezieht sich auf die Zahlung variabler pflegetypischer Zuschläge (für Bereitschaft, Überstunden etc.) durch nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen, die sich am regionalen Entgeltniveau orientieren. Die Aussetzung war aufgrund von Unsicherheiten und Ungereimtheiten der Datengrundlage zwingend. Die Verpflichtung zur Zahlung der variablen Zuschläge soll erst wieder gelten, wenn aufgrund neuer Meldungen der tarifgebundenen Einrichtungen zum 30. September 2022 neue Durchschnittswerte für die genannten Zuschläge ermittelt wurden, vgl. § 3 Abs. 3 S. 2 der Richtlinien nach § 72 Abs. 3c SGB XI (**Zulassungsrichtlinien**). Dies bedeutet faktisch, dass insofern alle Umsetzungsschritte in 2022 zweimal durchgeführt werden müssen, einmal vor dem 1. September in Bezug auf die Grundvergütung und einmal in Bezug auf die variablen Zuschläge nach dem 30. September, insbesondere die Meldung nach § 72 Abs. 3d SGB XI, die arbeitsvertraglichen Anpassungen in den Pflegeeinrichtungen und die Neuverhandlung der Vergütungen. Bis die Pflicht greift, variable Zuschläge in Höhe des regionalen Durchschnitts zu zahlen, ist die Refinanzierung der variablen Zuschläge zudem nicht gesichert, die die Einrichtungen bereits arbeitsvertraglich mit ihren Beschäftigten vereinbart haben. Hier gilt für die Refinanzierung grundsätzlich der externe Vergleich. Haben die Einrichtungen höhere Zuschläge vereinbart, als der externe Vergleich hergibt, bleiben sie in der ersten Umsetzungsphase auf den Differenzbeträgen sitzen.

II. Transparenz und Rechtsklarheit

Im Sinne der Rechtsklarheit ist eine Harmonisierung des § 72 Abs. 3c S. 1 SGB XI mit den Zulassungsrichtlinien vorzunehmen, wie sie das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Formulierungshilfe vom 11.03.2022 vorgeschlagen hatte (dort Artikel 1 Nr.1 c) aa)).

Im Gesetz heißt es, dass nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen einen als für sie maßgebenden Tarifvertrag benennen müssen. Dies ist jedoch nach den Zulassungsrichtlinien nicht erforderlich, wenn die Pflegeeinrichtungen melden, dass sie bei der Entlohnung das regional übliche Entgeltniveau nicht unterschreiten, vgl. § 5 Abs. 2 Nr. 3 und 4 i. V. m. § 3 Abs. 3 Zulassungsrichtlinien. Hier ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, um den Rechtsanwender nicht in die Irre zu führen.

Der Paritätische fordert, den Gesetztext, wie in Artikel 1 Nr.1 c) aa) der Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand 11.03.2022 vorgeschlagen, wie folgt zu ergänzen:

§ 72 Abs. 3c S. 1 SGB XI

„Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind, welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b Satz 1 für sie maßgebend sind ***oder ob sie mindestens eine Entlohnung in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus im Sinne des Absatzes 3b Satz 2 zahlen.“***

III. Zu den konkreten Änderungsvorschlägen in Artikel 2 des Gesetzesentwurfs

Zu Nummern 2a) aa) (§72 Abs. 3 S. 2 f. SGB XI)

Nach dem Gesetzesentwurf wird der Richtliniengeber nach § 72 Abs. 3c SGB XI ermächtigt, die Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten gemäß § 72 Abs. 3d Satz 2 und Abs. 3e SGB XI zu regeln. Die Regelungen sollen verhältnismäßig ausgestaltet und angewendet werden.

Der Paritätische lehnt eine derartige Gesetzesänderung ausdrücklich ab.

Nach hiesigem Verständnis sind hier mit „Folgen“ Sanktionen für die Pflegeeinrichtungen gemeint, etwa in Bezug auf den Bestand des Versorgungsvertrages, finanzielle Sanktionen oder sonstige Maßnahmen mit empfindlichem Strafcharakter. Dies würde in erheblichem Maße in die Grundrechte der Pflegeeinrichtungen, namentlich ihre Berufsfreiheit und Eigentumsfreiheit eingreifen.

Es wird bezweifelt, dass derartige Regelungen auf Richtlinienebene getroffen werden können. Nach der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Wesentlichkeitstheorie sind alle wesentlichen Entscheidungen, insbesondere solche von erheblicher Grundrechtsrelevanz einem formellen Parlamentsgesetz vorbehalten.

Schließlich wird bezweifelt, dass es sich hier um die richtige Zielrichtung handelt. Nach hiesiger Wahrnehmung kam es im Herbst 2021 zu fehlerhaften Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI aufgrund von Missverständnissen. Diese wiederum waren zurückzuführen auf:

- eine nicht ausreichende Kommunikation zwischen Kassen und Einrichtungen,
- eine unklare Konzeption der Abfrage, die sich nun zum Beispiel in der Aussetzung der Verpflichtung in Bezug auf die variablen pflegetypischen Zuschläge widerspiegelt,
- fehlende Probezugänge für die Landesverbände der Leistungserbringer und

- eine chronische Überforderungssituation seitens der Einrichtungen (insbesondere kleinerer Träger), nicht zuletzt bedingt durch die anhaltende Pandemie.

Hingegen waren die Falschmeldungen nach hiesiger Wahrnehmung nicht auf eine mangelhafte Moral seitens der Pflegeeinrichtungen zurückzuführen. Unseres Erachtens ist daher eine Erhöhung des Drucks durch Einschüchterung und Abschreckung nicht der richtige Weg, um die Datengrundlage zu verbessern. Vielmehr ist eine bessere Unterstützung der Pflegeeinrichtungen angezeigt, wie sie etwa durch die Zurverfügungstellung von Probezugänge für die Eingabemaske der Daten-Clearingstelle (DCS) für die Leistungserbringerverbände werden kann.

Zu Nummer 2.b) und 3.c) (§ 72 Abs. 3e und § 82c Abs. 5 SGB XI)

Nach § 72 Abs. 3e SGB XI in der vorgeschlagenen Fassung sollen die Meldepflichten der tarifgebundenen Einrichtung erweitert werden in Bezug auf:

- *Informationen über die Entlohnung von Pflege- und Betreuungskräften zum 1. September des Jahres, die fachlich erforderlich sind, um festzustellen, ob die Zulassungsvoraussetzungen nach Abs. 3a und 3b eingehalten wurden, sowie um das durchschnittliche regional übliche Entgeltniveau zu ermitteln*
- *Übermittlung des angewendeten Tarifvertrages oder der angewendeten kirchlichen Arbeitsrechtsregelung in der jeweils am 1. September geltenden, durchgeschriebenen Fassung.*

Nach § 82c Abs. 5 SGB XI in der vorgeschlagenen Fassung sollen diese Informationen veröffentlicht werden und – wenn keine zwingenden betrieblichen Gründe dagegensprechen – die übermittelten Tarifwerke den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.

Der Paritätische begrüßt diese Regelungen sehr. Bisher bestanden große Schwierigkeiten für nicht-tarifgebundene Einrichtungen, sich für einen für sie „maßgeblichen“ Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen zu entscheiden (wenn sie diesen Zulassungsweg wählen wollten). Denn es war annähernd unmöglich, von den in Betracht kommenden Tarifwerken tatsächlich Kenntnis zu nehmen. Auch die Berufung auf sachliche Gründe für eine höhere Bezahlung der Beschäftigten war mangels konkreter Vergleichswerte bei den Tarifgebundenen für nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen eingeschränkt.

Es muss allerdings noch durch die Richtlinien nach § 72 Abs. 3c SGB XI konkretisiert werden, was „fachlich erforderliche Informationen“ sind. Wir gehen davon aus, dass hier eine praxisnahe Lösung gefunden wird. Notwendig ist dabei jedenfalls, dass die durchschnittliche Beschäftigungsstruktur der meldenden tarif-gebundenen Pflegeeinrichtungen erfasst und veröffentlicht wird. Ansonsten wäre eine Berufung

auf den sachlichen Grund nach § 6 Abs. 5a der Richtlinien nach § 82c Abs. 4 SGB XI nicht möglich. Hiernach ist eine Bezahlung der Beschäftigten von nicht-tarifgebundenen Einrichtungen auch oberhalb von 10% über dem regional üblichen Entgeltniveau wirtschaftlich, wenn die Beschäftigtenstruktur einer Pflegeeinrichtung in den Erfahrungsstufen vom Durchschnitt abweicht. Dieser „Durchschnitt“ ist bislang nicht bekannt.

Zu Nummer 3.a) (§ 82c Abs. 3 SGB XI)

Nach dem Gesetzesentwurf werden nun in § 82c Abs. 3 S. 2 SGB XI die Beschäftigten von nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen außerhalb der Pflege und Betreuung (die sonstigen Beschäftigten) ausdrücklich von allen speziellen gesetzlichen Regelungen über die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ausgeschlossen. Betroffen sind hier etwa die Bereiche Leitung und Verwaltung, Wirtschaftsdienst (= Küche, Wäscherei und Reinigung) sowie Technischer Dienst (=Hausmeisterei).

Der Paritätische lehnt diese Regelung ausdrücklich ab.

Folge wäre, dass Personalkosten für sonstige Beschäftigte von nicht-tarifgebundenen Einrichtungen nur noch auf Grundlage des externen Vergleichs finanziert würden. Dies würde unweigerlich zu einer „Vergütungsspirale nach unten“ und damit zu Dumpinglöhnen für die sonstigen Beschäftigten führen. Diese Folge der Anwendung des externen Vergleichs hatte das Bundessozialgericht in der Vergangenheit für die Löhne der Pflege- und Betreuungskräfte aufgezeigt (vgl. BSG, U. v. 29.1.2009, Az. B 3 P 7/08 R u.a.).

Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, nicht nur für eine angemessene Entlohnung der Pflege- und Betreuungskräfte in der Altenhilfe und Pflege zu sorgen, sondern für eine angemessene Entlohnung aller in diesem Bereich Beschäftigter. Auch die sonstigen Beschäftigten sind für eine gute pflegerische Versorgung notwendig. Dies ist bei der pflegerischen Leitung und ihren Stellvertretern, die selbst Pflegeaufgaben übernehmen (im Falle der Stellvertreter oft über 50%), offensichtlich. Aber auch die anderen Arbeitskräfte haben Anteile bei der Betreuung der Pflegebedürftigen und entlasten zudem das Pflege- und Betreuungspersonal, welches so wieder mehr Zeit für die Pflegebedürftigen hat.

Überdies würde ein Lohngefälle zwischen Pflege- und Betreuungskräften und sonstigen Beschäftigten den Betriebsfrieden stören. Insbesondere deswegen, da Pflege- und Betreuungskräfte auch teilweise hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen und auch dafür dann besser bezahlt würden, als die eigentlichen Hauswirtschaftskräfte.

Schließlich wären Pflegeeinrichtungen in einer prekären Lage, die ihren sonstigen Beschäftigten bisher tarifähnliche Löhne gezahlt haben. Da sie diese Löhne in Zukunft nicht mehr finanziert bekämen, müssten sie sie im Rahmen einer arbeitsrechtlichen Änderungskündigung absenken oder die Mitarbeiter, die sich hierauf nicht einlassen, betriebsbedingt kündigen, obwohl sie am Arbeitsmarkt sehr wahrscheinlich keinen Ersatz finden. Es wird bezweifelt, dass dies der gesetzgeberischen Intention entspricht.

Der Paritätische fordert, von der Änderung des § 82c Abs. 3 SGB XI abzusehen. Darüber hinaus ist sicher zu stellen, dass auch für die Pflegeleitungen und ihre Stellvertreter*innen eine Entlohnung in Höhe von Tarif ermöglicht wird.

Zu Nummer 4 Buchstaben b-d) (§ 150a SGB XI)

Die Ausgestaltung des **§ 150a SGB XI** führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand. Auch wird die Regelung von vielen Beschäftigten aufgrund der unterschiedlichen Bonushöhen und der o. g. nicht berücksichtigten Grenzbereiche als schlichtweg ungerecht empfunden werden und die Belegschaft bzw. genau jene Mitarbeitende untereinander spalten, die während der Coronapandemie eng zusammengearbeitet und sich gegenseitig unterstützt haben. So richtig die Anerkennung auch ist, so muss gesehen werden, dass die erste Sonderzahlung häufig zu Wut, Enttäuschungen und Neiddebatten in den Einrichtungen geführt hat. Dies konnte letztlich nur kompensiert werden, weil die Träger versucht haben, dies trotz extrem knapper Haushalte aus eigenen Mitteln auszugleichen.

Ein Teil der Träger in unserer Mitgliedschaft ist geleitet von Pragmatismus. Sie sprechen sich dafür aus – mangels Alternativen – die gesetzlichen Vorgaben zur individuellen Bonus-Bemessung umzusetzen, um weitere interne Regelungserfordernisse und auch Auseinandersetzungspotentiale zu vermeiden. Ein anderer Teil der Träger in unserer Mitgliedschaft würde sich wünschen, mehr Spielraum bei der internen Bemessung bzw. Verteilung zu erhalten. Dies sollte als ernsthafte Option und als weitere Wahlform neben den vorgesehenen gesetzlichen Regelungen geprüft werden.

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn die Ausgestaltung der Antragsanstellung und Nachweiserbringung für die Mittelverwendung vereinfacht wird, um die Bürokratie zu reduzieren. Vorstellbar ist etwa, dass beide Vorgänge über ein Dokument abgewickelt werden können.

Der Paritätische fordert die Einführung einer Wahloption in § 150a SGB XI zur Verteilung der Mittel in den Einrichtungen: Die designierten Träger im Bereich der Langzeitpflege melden den Finanzierungsbedarf bei den Pflegekassen, indem sie analog zu den vorgesehenen gesetzlichen Regelungen vorgehen und die unterschiedlichen Bonushöhen über die Belegschaft verteilt zusammenrechnen. Dies führt freilich nicht zu einer bürokratieärmeren Umsetzung, aber nach diesem Schritt sollte in den Einrichtungen die Wahlmöglichkeit bestehen, den Finanzierungsbetrag nach eigenen Vorstellungen in den Einrichtungen zu verteilen.

Zu Nummer 4 Buchstaben g und i) (§ 150a SGB XI)

Gem. **§ 150a Absatz 9 SGB XI** kann der Pflegebonus darüber hinaus durch die Länder oder die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die im Gesetzesentwurf genannten Höchstbeträge hinaus erhöht werden. Der Paritätische weist darauf hin, dass gemeinnützige Träger eine Erhöhung nicht einfach so werden leisten können, da sie die dafür notwendigen Rücklagen nicht haben. Ein gut gemeinter Ansatz ist es, dass **§ 150a Absatz 7 SGB XI** den zugelassenen Pflegeeinrichtungen ermöglicht, beispielsweise eine Aufstockung des Corona-Bonus als Personalaufwendungen in ihre prospektiven Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsvereinbarungen aufzunehmen und im Einzelfall ihre laufenden Vereinbarungen entsprechend § 85 Absatz 7 SGB XI anzupassen. Dies gilt bereits für den Corona-Pflegebonus für das Jahr 2022 sowie für mögliche weitere vergleichbare Bonuszahlungen aufgrund von entsprechenden Krisensituationen (z. B. Pandemien, Naturkatastrophen) in der Zukunft. Die Möglichkeit zur Berücksichtigung zukünftiger Ereignisse ist sachgerecht. Sicherlich ist dem aber insgesamt kritisch entgegenzuhalten, dass weiterhin sämtliche Mehrbelastungen trotz der Regelungen des § 43c SGB XI auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen durchschlagen. Ferner ist die Durchsetzung derartiger Aufwände in den Pflegesätzen mit zahlreichen Hürden verbunden, wie die preisgesteuerte Wettbewerbssituation oder insbesondere auch die Vergütungssystematik im ambulanten Bereich, nach der derartige Forderungen auf der kalkulatorischen Nachweisebene und am Preisdiktat der Kostenträger regelmäßig scheitern dürften.

Nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die im Entwurf des 4. Corona-Steuerhilfegesetzes enthaltene Steuerbefreiung (in Höhe von 3.000 €) eine Steuerbefreiung für diese aufstockenden Leistungen durch die Arbeitgeber aktuell noch nicht vorsieht.

IV: Sonstiges

Dem Verwaltungsaufwand in den Einrichtungen muss in geeigneter Form Rechnung getragen werden

Für nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen entsteht ein Erfüllungsaufwand durch das Erfordernis, für die Beschäftigten der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu einem Zeitpunkt im Jahr 2022 die Höhe des jeweils zu zahlenden Pflegebonus zu ermitteln und daraus die jeweilige Gesamthöhe der Erstattungsbeträge durch die soziale Pflegeversicherung zu berechnen. Gem. dem ausgewiesenen Erfüllungsaufwand je Pflegeeinrichtung ist hierfür ein Zeitaufwand von insgesamt vier Stunden in der Verwaltung (insbesondere der Lohnbuchhaltung) zu veranschlagen. Der Gesamtzeitaufwand für alle rund 30.100 von der Regelung betroffenen Pflegeeinrichtungen (14.700 ambulante Pflegeeinrichtungen; 15.400 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen; Pflegestatistik 2019) beträgt daher 120.400 Stunden, die Gesamtkosten für alle Pflegeeinrichtungen liegen bei 4 082 000 Euro.

Die angesetzten 4 Stunden in der Verwaltung (als Durchschnittswert) werden für unrealistisch erachtet. Wenn alle drei Stufen des Verfahrens (Beantragung, Auszahlung und Abrechnung) berücksichtigt werden, umfasst der Aufwand für die Umsetzung lt. Erfahrungen der Träger mindestens drei Tage. Die Schwierigkeit besteht auch in der Einzelaufstellung der Einrichtungen. Die Erfahrung zeigt, dass in den Einrichtungen zum Sachverhalt sehr oft nachgefragt werden musste. Auch wenn die Träger das Verfahren schon einmal durchlaufen haben, und in der Hoffnung, dass keine neuen Fragen hinzukommen, die nicht schon durch die FAQ aus dem Jahr 2020 beantwortet wurden, gehen wir auch dieses Mal von einem sehr hohen Verwaltungsaufwand aus, der dem Grunde nach nicht refinanziert wird (und zu weiterem Unmut in den Einrichtungen führt).

Ungeachtet dessen ist nicht nachvollziehbar, warum hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes beim Stundensatz in Pflegeeinrichtungen mit 33,90 Euro gegenüber dem veranschlagten Stundensatz in Krankenhäusern mithin von der Hälfte ausgegangen wird. Die gleiche Summe wird als Stundensatz im Rahmen des Erfüllungsaufwandes für die Trägervereinigungen veranschlagt. Dies ist ebenso nicht nachvollziehbar.

Der Paritätische fordert, dass die Refinanzierung des Erfüllungsaufwandes durch eine Klarstellung in § 150 Absatz 2 SGB XI über den Rettungsschirm abgesichert wird oder, flankiert durch eine deutliche Aussage in der Gesetzesbegründung, über die FAQ zu den Kostenerstattungsregelungen geregelt werden kann. Bisher ist eine Sonderleistung („Corona-Prämien“ oder „Pflegebonus“) nicht über das Verfahren

nach § 150 Abs. 2 SGB XI erstattungsfähig. Es gilt klarzustellen, dass die Finanzierung des Erfüllungs- bzw. Verwaltungsaufwandes davon unberührt bleibt.

Berlin, 25. April 2022

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege
Abteilung Recht

Kontakt

altenhilfe@paritaet.org

pflegesatz@paritaet.org

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(8)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Deutsches Rotes Kreuz

Berlin, 25.04.2022

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

Hier: Regelungen zu § 72 SGB XI und § 82 c) SGB XI

Vorbemerkung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arbeit des DRK wird von den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit sowohl mit ehrenamtlich als auch hauptamtlich Tätigen aktiv. Wie keine andere soziale oder humanitäre Bewegung in Deutschland kann das DRK durch seine einzigartige Stellung eine Vielzahl vernetzter Hilfen, Beratungen und Leistungen anbieten – lokal, regional, national und international. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt in seiner anwaltschaftlichen Funktion die Interessenvertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wahr.

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen. In den über 500 stationären Pflegeeinrichtungen des DRK werden aktuell über 40.000 Pflegebedürftige versorgt, mehr als 500 ambulante Pflegedienste kümmern sich zudem um über 51.000 Pflegebedürftige in der Häuslichkeit.

Präambel

Die Frage der pflegerischen Versorgung ist ein wichtiges gesamtgesellschaftliches Thema und eine gute und faire Entlohnung der in der Pflege beschäftigten Menschen ist wesentlich. Das DRK hatte die Zielsetzung des diesbezüglichen Gesetzgebungsprozesses 2021 im Rahmen des GVWG, bessere Löhne in der Altenpflege erreichen zu wollen, befürwortet. Die Intention des Gesetzgebers eine verlässliche und dauerhaft angemessene Entlohnung für die in der Pflege beschäftigten Menschen erzielen zu wollen, war und ist richtig und anerkennungswürdig.

Gleichwohl hatten wir bereits 2021 ausdrücklich auf mögliche Implementierungsdefizite hingewiesen und die Umsetzbarkeit für Pflegeeinrichtungen – insbesondere für die, die nicht an Tarifverträge gebunden sind –, für wenig praktikabel, bürokratisch und insgesamt

streitanfällig eingeschätzt. Das jetzt anvisierte und anscheinend, aufgrund von wesentlichen Problemstellungen, notwendig gewordene Gesetzgebungsverfahren im Sinne einer Klarstellung und Konkretisierung bestätigt die bereits geäußerte Kritik des Deutschen Roten Kreuzes.

Grundsätzliche Anmerkungen

Hinsichtlich der derzeit laufenden Umsetzung ist zu bemängeln, dass für Pflegeeinrichtungen, insbesondere für die, die nicht an Tarifverträge gebunden sind, ein erheblicher administrativer und organisationaler Mehraufwand entstanden ist und auch absehbar ist, dass die ausstehenden Kostenverhandlungen mit den Pflegekassen noch komplizierter werden.

Einrichtungen und Dienste müssen für die von ihnen zu zahlende Entlohnung an einen von ihnen als maßgebend benannten Tarifvertrag anpassen oder prüfen, ob ihre Entlohnung mindestens dem von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlichtem, regional üblichen Entgeltniveau nach § 82c Absatz 2 SGB XI entspricht und ferner klären, ob die Entlohnung mit der Einhaltung der Mindestlohnvorgaben einhergeht. Zudem sind die Berechnung und das Zustandekommen des regional üblichen Entgeltniveaus intransparent.

Es wird nachdrücklich kritisiert, dass allein der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien ausgearbeitet und mit den Bundesministerien BMG und BMAS ausgehandelt hat. Für die in der Richtlinie eröffnete Möglichkeit für Einrichtungen sich auch an dem von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlichtem, regional üblichen Entgeltniveau nach § 82c Absatz 2 SGB XI zu orientieren, gibt es keine gesetzliche Grundlage. Dies wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht korrigiert, so dass eine rechtliche Unsicherheit besteht – insbesondere vor dem Hintergrund der bereits erfolgten Meldungen.

In diesem Zusammenhang ist aus Sicht des DRK auch zu bemängeln, dass für die Umsetzung der Richtlinienvorgaben sowie der konkreten Regulierungsinhalte nicht ausreichend Zeit besteht - insbesondere für die nicht an einen Tarif gebundenen Einrichtungen und Dienste. Auch weil die in § 72 SGB XI geforderte Vorlage der Zulassungs-Richtlinien nach § 72 Absatz 3c SGB XI durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum Ablauf des 30. September 2021 überzogen wurde und der GKV-Spitzenverband diese erst am 28. Januar 2022, nach der Freigabe der Bundesministerien BMG und BMAS, veröffentlicht hat, plädieren wir für die Verschiebung des 1. Septembers 2022 als gesetzlichen Stichtag. Zudem sollten die aufgrund der am 08.02.2022 veröffentlichten Empfehlungen der fünften Pflegekommission noch umzusetzende Anpassung des Pflegemindestlohns zum 1. September 2022 berücksichtigt werden. **Grundsätzlich regen wir an die verschiedenen gesetzlichen Maßnahmen (Pflegekommission, § 72 SGB XI) besser miteinander abzustimmen und zu harmonisieren.**

Wir halten den Termin für die Umsetzung, auch nach den diversen Änderungen und Zugang weiterer neuer Informationen für zeitlich sehr ambitioniert. Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass sowohl die Seite der Kostenträger als auch der Leistungserbringer bereits im Anhörungsverfahren zum GVWG auf den viel zu knapp gesetzten zeitlichen Rahmen hingewiesen hat.

Das DRK fordert vor dem Hintergrund der dargestellten Problemlage sowie der insgesamt verzögerten Umsetzung eine angemessene Fristverlängerung über den 1. September 2022 hinaus.

Der 1. September 2022 kann einerseits vor dem Hintergrund der Tragweite der Entscheidungen und den erforderlichen Zwischenschritten nicht eigenhalten werden. Andererseits – und das blieb bislang noch völlig unberücksichtigt – benötigen insbesondere die Einrichtungen, die einem Tarifvertrag beitreten möchten, eine ausreichende Übergangszeit (Verhandlung, ggf. Abschluss Überleitungstarifvertrag etc.). Da das Gesetz auch ausdrücklich eine Erhöhung von Tarifbindung in der Pflege zum Ziel hatte, ist es unerlässlich, den Einrichtungen diese erforderlichen Zeiten jetzt zuzugestehen. Im Übrigen fehlt es hier auch an einer Regelung, wie diese Einrichtungen in der Zwischenzeit zu betrachten sind.

Darüber hinaus weist das DRK darauf hin, dass hinsichtlich der Rolle der Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bzgl. der Zulassung zur Erbringung von Versorgungsleistungen und hinsichtlich der Position bei Pflegesatzverhandlungen durch die Regelungen eine Asymmetrie zugunsten der Kostenträger und zu Lasten der Leistungserbringer etabliert wurde.

Dies ist vor dem Hintergrund der bei Gehaltsanpassungen vorzunehmenden Verhandlungen besonders kritisch. In dem vorliegenden Gesetzesentwurfs findet sich an keiner Stelle ein Satz zum Thema Refinanzierung oder Übergangsregelungen, der die Kassen verpflichten würde, die aufgrund ggf. steigender Gehälter entstehenden Mehrkosten zu erstatten. Hier ist zu befürchten, dass Leistungsanbieter massiv unter Druck geraten können, insbesondere wenn sie gezwungen wären, schon vollzogene Gehaltserhöhungen in Verhandlungen mit den Kassen nachverhandeln zu müssen.

Neben dem zeitlichen Aufwand der Realisierung von notwendigen Verhandlungen müssen von den Einrichtungen zahlreiche Prozesse (wie interne Vertragsanpassungen, Meldungen an die Pflegebedürftigen wegen Erhöhung der Pflegesätze etc.) vollzogen werden. Eine massive Belastung für die durch die anhaltende Pandemie ohnehin schon über Maß geforderten Einrichtungen.

Der hier entstehende Mehraufwand aller Partner der Pflegeselbstverwaltung (organisatorisch, personalwirtschaftlich und finanziell) ist insgesamt unverhältnismäßig. Das DRK erachtet deshalb die fortlaufende Anpassung des Pflegemindestlohns weiterhin als besseren Weg für eine wirksame, kontrollierbare und unbürokratische Lösung hin zu fairen Löhnen in der Pflege.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu § 72 Abs. 3 c) SGB XI

Die Rechtsfolgen der Nichteinhaltung einer gesetzlichen Mitteilungspflicht auf eine Richtlinie, die durch den GKV-Spitzenverband zu erlassen ist, zu delegieren, erscheint aufgrund der ggf. drohenden Konsequenzen wenig nachvollziehbar, zumal der Gesetzgeber demokratisch legitimiert ist, der GKV-Spitzenverband hingegen nicht. Sanktionsmöglichkeiten in die Hand des GKV-Spitzenverbandes zu geben, erscheint rechtstaatlich schwierig. Daher sollte diese Reglung gestrichen werden. Statt einer Statuierung möglicher Sanktionierungen bedarf es einer bekannten Konzeption, klar definiter Kriterien, veröffentlichten Richtlinien, eine technische Weiterentwicklung des Portals und auch Beratungs- und Unterstützungsangebote der Pflegeeinrichtungen.

Zu § 72 Abs. 3 e)

Die jährlichen Meldepflichten zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus stehen aufgrund des immensen Verwaltungsaufwands für ohnehin über die Maßen belastete Einrichtungen nicht im Verhältnis zum Nutzen der Daten.

Ansprechpersonen:

Sebastian Hofer, DRK, S.Hofer@drk.de, 030/85404-148
Gabriele Müller-Stutzer, VdS vom DRK, G.Mueller-Stutzer@drk.de, 030/85404-917

Karolina Molter, DRK, K.Molter@drk.de, 030/85404-356

Diakonie Deutschland

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(9)
gel VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) (BT-Drs. 20/1331) anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 27.04.2022

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

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

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

Berlin, 25.04.2022

Die Diakonie Deutschland bedankt sich für die Einladung zur Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 27.04.2022 zum Thema „Pflegebonus“. Zu den übersandten Dokumenten nehmen wir wie folgt Stellung:

Die Stellungnahme der Diakonie Deutschland ist untergliedert in

- Teil 1: Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
- Teil 2: Klarstellung bei den Regelungen der §§ 72 und 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tarifhöhe durch zugelassene Pflegeeinrichtungen

Zu Teil 1: Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Der Entwurf zum Pflegebonusgesetz sieht eine einmalige Auszahlung von Prämien an eine bestimmte Gruppe von Pflegenden in den Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen vor. Aus dem Bundeshaushalt werden insgesamt eine Milliarde Euro für Prämienzahlungen zur Verfügung. Dabei werden 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich verwendet und weitere 500 Millionen Euro werden für Prämienzahlungen im Bereich der Langzeitpflege eingesetzt.

Die Diakonie Deutschland begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, die zur Aufwertung und Wertschätzung der Mitarbeitenden in der Pflege führen. Dazu gehören auch Bonuszahlungen für besondere Leistungen oder Anstrengungen. Die Covid-19-Pandemie gehörte zu den größten Anstrengungen, die das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem je stemmen musste. Die Pflegekräfte waren zwei Jahre im Dauereinsatz, viele von ihnen haben sich durch ihre Arbeit selbst mit dem Virus infiziert, sind von Langzeitfolgen betroffen oder haben Familien und Freunde angesteckt. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in anderen sozialen Berufen, wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe, der Obdachlosenhilfe oder der Jugendhilfe, waren diesen Belastungen ausgesetzt. Für sie und auch für weitere Berufsgruppen wären ebenfalls Prämienzahlungen in einer gesonderten gesetzlichen Regelung angebracht. Vor diesem Hintergrund sind die im Antrag der CDU/CSU Fraktion geforderten Bonuszahlung für Leistungen der Medizinischen Fachangestellten, Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie positiv zu bewerten.

Die Diakonie Deutschland begrüßt die Bonuszahlungen an die Pflegenden. Die Diakonie Deutschland macht dazu deutlich, dass sie weder die Summe der Bonuszahlungen noch die Art und Weise der Verteilung als ausreichend und fair bewertet. Folgende Punkte kritisiert die Diakonie Deutschland besonders:

- In den Krankenhäusern wird der Bonus nur an Pflegefachkräfte ausgezahlt, alle anderen Berufsgruppen, die ebenfalls einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, wie beispielsweise Therapeutinnen und Therapeuten oder auch Reinigungskräfte, gehen leer aus. Das ist nicht nachvollziehbar und im höchsten Maß ungerecht.
- In den Pflegeeinrichtungen werden zwar alle Mitarbeitenden bei den Bonuszahlungen berücksichtigt, dafür sind die auszuzahlenden Summen teilweise beschämend klein. Die Schere zwischen Mitarbeitenden im Krankenhaus und in der Langzeitpflege wird damit verstärkt. Während die eine Pflegefachkraft 2.500 € erhält, bekommt die andere maximal 550 €.
- Der bürokratische Aufwand, der von den Verwaltungen der Einrichtungen unentgeltlich übernommen werden muss, steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Bonuszahlungen. Keine Pflegekraft wird aufgrund dieser Einmalzahlungen in ihrem Beruf bleiben.
- Im Pflegebonus für die Langzeitpflege wird die Möglichkeit der Aufstockung für Arbeitgeber eröffnet. Die im Vierten Gesetz zur Umsetzung steuerlicher Hilfsmaßnahmen zur Bewältigung der Corona-Krise (Viertes Corona-Steuerhilfegesetz) enthaltene Steuerbefreiung (in Höhe von 3.000 €) sieht eine Steuerbefreiung für diese aufstockenden Leistungen durch die Arbeitgeber aktuell noch nicht vor.

Teil 2: Klarstellung bei den Regelungen der §§ 72 und 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tarifhöhe durch zugelassene Pflegeeinrichtungen

Ziel der Konzertierten Aktion Pflege und des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 waren eine Stärkung der tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege. Mit den Änderungen des GVWG in § 72 SGB XI wurden zugelassene Pflegeeinrichtungen verpflichtet ab dem 1. September 2022, ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Pflege und Betreuung, eine Entlohnung zu zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist. Das damit verfolgte Ziel einer Stärkung tarifvertraglicher oder im Rahmen von kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ausgehandelter Entgeltbedingungen in den Pflegeeinrichtungen wird von der Diakonie Deutschland weiterhin begrüßt und mit Nachdruck unterstützt.

Die Diakonie Deutschland begrüßt es deshalb außerordentlich, dass die mit der Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit geplante Gleichsetzung des regional üblichen Entgeltniveaus mit der Anwendung oder Anlehnung an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen in dem vorliegenden Gesetzentwurf wieder zurückgenommen wurde. Denn die geplante Gleichsetzung widerspricht der Zielsetzung einer Stärkung der tariflichen Entlohnung. Außerdem bildet das regional übliche Entgeltniveau nicht - wie in der Begründung zur Formulierungshilfe des BMG ausgeführt - die durchschnittliche tarif- bzw. kirchenarbeitsrechtliche Entlohnung in einer Region ab, da wesentliche Bestandteile einer tariflichen Entlohnung nicht erhoben wurden und auch zukünftig nicht in die regionale Durchschnittsbildung einfließen sollen. So wurden bei dem im Herbst 2021 durchgeführten Meldeverfahren nach den Kriterien der Richtlinie nach § 72 Absatz 3c SGB XI nicht alle Entgeltbestandteile von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhoben. So fehlten beispielweise Kinderzulagen/Familienzuschläge oder auch die betriebliche Altersversorgung. Hinzu kam, dass die variablen pflegetypischen Zuschläge, die weitere wesentliche Bestandteile von Gehältern in der Pflege sind, nur prozentual erhoben wurden und nicht in die von

den Pflegekassen ermittelten Stundensätze des regionalen üblichen Entgeltniveaus in Euro gemäß § 4 der Richtlinien des GKV-SV nach § 82c Absatz 4 SGB XI einflossen. Die unter dem Link „Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI.pdf (transparenzberichte-pflege.de)“ auf der Website der DCS veröffentlichten Stundensätze liegen deshalb deutlich unter den Entlohnungen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart sind und von den an diese gebundenen Pflegeeinrichtungen an ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu zahlen sind und bezahlt werden. Auch vor diesem Hintergrund ist eine mögliche erneute Aufnahme des regional üblichen Entgeltniveaus in § 72 Absatz 3b SGB XI abzulehnen.

Des Weiteren ist die Einhaltung einer Entlohnung in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus schwer kontrollierbar und für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege nicht transparent.

Wir hoffen deshalb sehr, dass nicht über den Weg eines Änderungsantrags die geplante Änderung in § 72 Abs. 3b aus der Formulierungshilfe des BMG wieder aufgenommen wird.

Gegenwärtig wird in der Öffentlichkeit auch diskutiert, die Umsetzung der tariflichen Regelung aus dem GVWG nicht wie in § 72 Abs.3b Satz gefordert mit Wirkung des 01.09.2022 umsetzen, sondern ins Jahr 2023 zu verschieben. Die Diakonie Deutschland lehnt diese Verschiebung ab, da das seit langem verfolgte Ziel, die Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden durch eine Entlohnung nach Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu verbessern, damit verschoben werden würde. Dies wäre ein fatales politisches Signal an die Pflegekräfte in der Langzeitpflege, die unter schwierigen Arbeitsbedingungen seit zwei Jahren im Dauereinsatz in der Pandemie sind.

Die Regelung, dass jeweils zum 30. September eines Jahres eine durchgeschriebene Fassung des angewendeten Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zu übermitteln ist kombiniert mit der Pflicht der Pflegekassen die übermittelten Tarifwerke den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung zu stellen, wird unterstützt, da sie auch dem Ziel einer Stärkung der tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege dient.

Nicht hinnehmbar ist, dass die Richtlinien nach § 72 Absatz 3c SGB XI zum gegenwärtigen Zeitpunkt Sanktionsmechanismen zu den Folgen der Nichterfüllung der Mitteilungspflichten statuieren sollen. Anstatt dessen bedarf es einer bekannten Konzeption, klar definiter Kriterien, veröffentlichter Richtlinien, einer technischen Weiterentwicklung des Portals und auch Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Pflegeeinrichtungen.

Zu den Regelungen im Detail

Zu Nr. 2 Buchstabe aa) § 72 Absatz 3c Satz 2 und 3 SGB XI neu

Nach dem Gesetzentwurf können die Richtlinien Regelungen zu den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten gemäß § 72 Absatz 3d Satz 2 und Absatz 3e SGB XI treffen, dabei sollen die Regelungen verhältnismäßig gestaltet und angewendet werden.

Es ist nicht hinnehmbar, dass die Richtlinien Sanktionsmechanismen zu den Folgen der Nichterfüllung der Mitteilungspflichten umfassen sollen. Wir weisen auch die in der Gesetzesbegründung dazu ausgeführte Kritik, die an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen hätten entgegen der gesetzlichen Verpflichtung nicht oder nicht alle angeforderten maßgeblichen Informationen gemeldet, deutlich zurück. In Herbst 2021 stellten sich während der

Dateneingabe einerseits zahlreiche inhaltliche Fragen und Unsicherheiten, welche Informationen konkret gefordert waren und welche Daten einzugeben waren. Die abgefragten Kriterien rekurrierten auf die damals nicht vorliegende und erst am 28. Januar 2022 veröffentlichte Richtlinie nach § 72 Absatz 3c SGB XI. So dass sich für Einrichtungen auch die Logik der Kriterien und die dahinterliegende Konzeption nicht immer erschloss. Hinzu kam, dass es für die Einrichtung nur bedingt verständlich war, warum wesentliche Bestandteile einer tariflichen Entlohnung wie die betriebliche Alterssicherung oder die Kinderzulagen nicht angegeben werden konnten. Ein weiteres Problem bei Meldung war auch die nicht verständliche Konzeption der variablen pflegetypischen Zulagen. Zu den inhaltlichen Fragen und Unsicherheiten kamen andererseits technische Schwierigkeiten mit der Registrierung bei der DCS und der Bedienung des Portals hinzu. Die Einrichtungen haben nach bestem Wissen und Gewissen und somit nicht schuldhaft gehandelt. Auch vor diesem Hintergrund lehnen wir Sanktionen ab.
Anstatt von Sanktionen bedarf es einer bekannten Konzeption, klar definiter Kriterien, veröffentlichte Richtlinien, einer technischen Weiterentwicklung des Portals bei der DCS mit einer Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit und auch Beratungs- und Unterstützungsangebote durch die Pflegekassen.

Änderungsbedarf:
In § 72 Absatz 3c SGB XI werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

Zu Nr. 2 b) § 72 Absatz 3e SGB XI und zu 3 c) § 82c Absatz 5 SGB XI
Die Regelung, dass jeweils zum 30. September eines Jahres eine durchgeschriebene Fassung des angewendeten Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zu übermitteln ist, wird unterstützt. Wichtig ist, dass sie verschränkt wird mit der Pflicht der Pflegekassen die übermittelten Tarifwerke den Pflegeeinrichtungen nach § 82c Absatz 5 SGB XI auf Wunsch zur Verfügung zu stellen, um das Ziel einer Stärkung der tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege mit Nachdruck zu verfolgen.

Bei der Form der Übermittlung sollte ein pragmatisches Verfahren gefunden werden. Wir geben zu bedenken, dass durchgeschriebene kirchliche Arbeitsrechtsregelungen durchaus 200 oder 300 Seiten haben können. Es sollte nicht dazu führen, dass jede Einrichtung (auch mehrere eines Trägers) jeweils das gleiche Tarifwerk hochladen oder per Post versenden müssen.

Im bisherigen § 72 Absatz 3e SGB XI haben die Pflegeeinrichtungen die maßgeblichen Informationen zu übermitteln. Nach dem Gesetzentwurf sind nun die fachlich erforderlichen Informationen weiterzugeben. Der Begründung ist zu entnehmen, dass die maßgeblichen bzw. fachlich erforderlichen Informationen zu übermitteln sind. Uns erschließt sich der Begriffsverwirrung nicht wirklich. Hier ist eine Klarstellung vorzunehmen.

Ansprechpartnerin:

Heike Prestin
Referatsleiterin Altenhilfe und Pflege
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Diakonie Deutschland
T.: 030-65211 1078
heike.prestin@diakonie.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(10)
gel VB zur öffent. Anh. am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

ABDA

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom 25. April 2022

zu dem

Paket fachfremder Änderungsanträge vom 14. April 2022

(noch nicht ressortabgestimmt)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

Bundestag-Drucksache 20/1331 vom 5. April 2022

I. Allgemeines

Durch den Änderungsantrag zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) sollen die gesetzlichen Regelungen für die Einbindung der Apotheken in die Durchführung von Grippeschutzimpfungen geschaffen werden. Die ABDA unterstützt das Anliegen ausdrücklich. Apotheken bieten der Bevölkerung ein niedrigschwelliges Angebot für die Inanspruchnahme von Grippeschutzimpfungen und können dazu beitragen, die Impfquoten zu erhöhen, die für die Allgemeinheit von herausragender Bedeutung sind. Dies haben auch die Erfahrungen mit den Impfungen in Apotheken in anderen Ländern gezeigt.

Die Apothekerinnen und Apotheker können dabei auf die positiven Erfahrungen zurückgreifen und auf diesen aufbauen, die bereits bei der Durchführung von Grippeschutzimpfungen im Rahmen der Modellvorhaben nach § 132j SGB V sowie bei Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20b IfSG gesammelt werden konnten.

II. Zu den Änderungen im Einzelnen

Der Änderungsantrag sieht vor, in einem neuen § 20c IfSG die rechtlichen Grundlagen für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker zu schaffen. In § 132e SGB V sollen die erforderlichen (sozialrechtlichen) Rahmenbedingungen für die Durchführung der Schutzimpfungen durch die Apotheken als Leistungserbringer geschaffen werden, während im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnungen konkrete qualitative Anforderungen an die Durchführung der Grippeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken geregelt werden sollen.

Insbesondere durch § 35a (neu) ApBetrO wird dabei klargestellt, dass durch die Durchführung von Grippeschutzimpfungen an die öffentliche Apotheke geknüpft sein soll. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Um diese gesetzgeberische Intention zu unterstützen, sollte klargestellt werden, dass die impfenden Apothekerinnen und Apotheker zum pharmazeutischen Personal der Apotheke gehören müssen und nicht etwa als „freie Mitarbeiter*innen“ diese Aufgabe übernehmen dürfen. Wir regen daher an, § 20c Absatz 1 Nummer 2 IfSG wie folgt zu ändern:

> Nach den Worten „*für eine öffentliche Apotheke*“ wird der Satzteil „*, zu deren pharmazeutischen Personal sie gehören,“* ergänzt.

Berlin, 25. April 2022

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(11)
gel VB zur öffent Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

BDA
DIE ARBEITGEBER

Schlechterstellung von Zeitarbeitskräften beim Pflegebonus verhindern, Tarifpflicht in der Pflege verfassungsrechtlich fragwürdig und praktisch kaum umsetzbar

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) (BT-Drs. 20/1331) und zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU zur Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten, Zahn- medizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie (BT-Drs. 20/1014)

25. April 2022

Zusammenfassung

Die Pflegefachpersonen in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege waren während der Corona-Pandemie besonderen Belastungen ausgesetzt. Es ist zu begrüßen, dass der Bund bei dieser weiteren Pflegeprämie den Bundeshaushalt zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrkosten heranzieht und nicht einseitig die gesetzliche Krankenversicherung belastet. Dies muss auch für die soziale Pflegeversicherung sichergestellt werden. Es ist auch richtig, dass der Verteilungsmechanismus so ausgerichtet wird, dass zielgerichtet die von der Pandemie besonders belasteten Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Aus Gleichbehandlungsgrundsätzen ist sicherzustellen, dass bei der Auszahlung der Corona-Prämie für die Krankenpflege auch Zeitarbeitskräfte berücksichtigt werden. Mit dem Verfahren gemäß § 150a Absatz 7 SGB XI liegt dafür die Blaupause für ein praktikables Verfahren vor. Sollten weitere Berufsgruppen in die Bonuszahlungen einbezogen werden, wie im Antrag der CDU/CSU Fraktion gefordert, muss der Bund analog weitere finanzielle Mittel bereitstellen.

Die Ausführungen des Gesetzentwurfs zu Klarstellungen zum Verfahren zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege vermögen die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen den Tarifzwang in der Pflege nicht auszuräumen. Den Abschluss von Versorgungsverträgen an die Zahlung einer tariflichen Entlohnung zu koppeln, ist ein nicht zu rechtfertigender Eingriff in die Koalitionsfreiheit und in die Berufsausübungsfreiheit. Dieser Eingriff ist bereits nicht erforderlich: Fachkräfte in Alten- und Pflegeheimen verdienen im Durchschnitt mehr als Fachkräfte in der Gesamtwirtschaft und die Entgeltsituation für Pflegekräfte hat sich in den vergangenen Jahren bereits deutlich verbessert und konnte hohe Lohnsteigerungen verzeichnen.

Im Einzelnen

I. Entwurf eines Pflegebonusgesetzes

Es ist zu begrüßen, dass der Bund bei dieser weiteren Pflegeprämie den Bundeshaushalt zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrkosten heranzieht und nicht einseitig die gesetzliche Krankenversicherung belastet. Dies ist auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen. Dazu ist gesetzlich zu verankern, dass statt der Zahlung einer Pauschale an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 500 Mio. € die tatsächlichen Ausgaben der Pflegekassen im Zusammenhang mit dem Pflegebonus vollständig durch den Bund refinanziert werden. Es ist auch richtig, dass der Verteilungsmechanismus so ausgerichtet wird, dass zielgerichtet die von der Pandemie besonders belasteten Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Wichtig und begrüßenswert ist, dass auch über den Pflegebonus hinausgehende, vergleichbare Sonderleistungen der Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten bei der Bemessung der Pflegevergütung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen berücksichtigungsfähig sind. Sollten weitere Berufsgruppen in die Bonuszahlungen einbezogen werden, wie im Antrag der CDU/CSU Fraktion gefordert, sind auch diese analog aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren und nicht einseitig der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubürden.

Zeitarbeitskräften in allen Einrichtungen Pflegebonus zahlen

Aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes ist es erforderlich, dass auch Zeitarbeitskräfte in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen erfüllen, Anspruch auf die erneute Pflegeprämie in der Krankenpflege haben. Der nun erfolgte, explizite Ausschluss von Beschäftigten bei Personaldienstleistern, die in Krankenhäusern eingesetzt werden, wird weder dem Grundgedanken der Anerkennung fachlicher Leistungen gerecht, noch ist die Ungleichbehandlung gegenüber Pflegeeinrichtungen nachvollziehbar. Mit einem Verfahren, nach dem der Arbeitgeber (im Falle der Zeitarbeitskräfte der Personaldienstleister) eine Vorauszahlung an die berechtigten Beschäftigten zahlt und dann eine Erstattung über eine zentrale Stelle erhält, lässt sich die Zahlung eines Pflegebonus auch an Zeitarbeitskräfte praktisch umsetzen und Gleichbehandlung herstellen. Als Blaupause kann die bewährte Regelung nach § 150a Absatz 7 SGB XI dienen.

Klare Regelungen bei der Auszahlung des Bonus erforderlich

Die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit der Aufstockung des Bonus durch Arbeitgeber und Bundesländer kann im Bereich der Langzeitpflege zu Unsicherheiten und Entscheidungen nach Kassenlage durch die Bundesländer führen. Die Anwendung der gleichen Regelung aus 2020, nach der Pflegekassen zwei Drittel des Pflege-Bonus und die Länder ein Drittel übernehmen, könnte diese ausräumen. Erfolgt eine Aufstockung des Pflegebonus allein durch den Arbeitgeber, fallen auf den aufgestockten Betrag Steuern und Sozialabgaben an. Die Länder können das verhindern, indem sie einheitliche Regelungen zur Aufstockung definieren. Denn wenn es entsprechende Verordnungen der Länder gibt, ist der Aufstockungsbetrag bis zu einer Höhe von insgesamt 3.000 € steuer- und sozialabgabenfrei.

II. Änderung des SGB XI - Verfahren zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege

Gesetzliche Regelung zur regional üblichen Entlohnung fehlt

Die im Referentenentwurf noch enthaltenen Regelungen zu § 72 Abs. 3b SGB XI, wonach Pflegeeinrichtungen die Anforderungen zur Entlohnung auch dann erfüllen, wenn sie mindestens das regional übliche Entgelt im Sinne des § 82c Abs. 2 SGB XI gewährleisten, ist unverständlicherweise gestrichen worden. Diese Regelung hätte folgerichtig die bereits in den mit dem Bundesarbeitsministerium und dem Gesundheitsministerium abgestimmten und genehmigten Zulassungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbands in § 3 Abs. 3 enthaltenen Bestimmungen in § 72 Abs. 3b überführt. Danach ist die Vorgabe der Tarifentlohnung nach § 72 Abs. 3a und b SGB XI auch dann erfüllt, wenn die Entlohnung mindestens dem regional üblichen Entgeltniveau in den drei genannten Qualifikationsgruppen entspricht. Die Streichung im vorliegenden Gesetzentwurf dürfte nun zu massiven Unsicherheiten und Unklarheiten bei den Pflegeunternehmen und Pflegekassen führen, da auf dieser Grundlage bereits gesetzliche Meldungen, Pflegesatzverhandlungen, Betriebs- und Personalentscheidungen sowie arbeitsvertragliche Anpassungen erfolgt sind. Transparente und nachvollziehbare Bestimmungen zur praxisnahen Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen zur Entlohnung sichern eine angemessene Vergütung in der Pflege und die entsprechende Refinanzierung von Pflegeleistungen. Eine gesetzliche Regelung zur regional üblichen Entlohnung sollte daher wieder in den Gesetzesentwurf aufgenommen werden.

Neue Rechtsfolgenregelung schafft keine Rechtsklarheit - § 72 Abs. 3c

Im verfügenden Teil des Entwurfs wie in dessen Begründung heißt es, dass die vorgesehenen Folgen und ihre Anwendung im Einzelfall verhältnismäßig sein müssen. Weitergehende Konkretisierungen sind nicht vorgesehen. Im Hinblick auf Rechtsklarheit und Rechtssicherheit müssen Reichweite und Inhalt der Folgen der Nichteinhaltung gesetzlicher Pflichten aus dem Gesetz selbst hervorgehen und dürfen nicht als eine Ermächtigungsgrundlage derart unkonkret belassen werden.

Als Grund für die Regelung werden Versäumnisse bei der erstmaligen Meldung im vergangenen Jahr angeführt. Hier gilt es zu beachten, dass das gesamte Verfahren erst im vergangenen Jahr eingeführt wurde und über den Ablauf und die praktische Durchführung große Unklarheiten bestanden. Bevor zusätzliche neue Pflichten und (unklare) Sanktionen geregelt werden, sollte daher abgewartet werden, ob sich anfängliche Schwierigkeiten nicht von selbst erledigen und Meldungen in diesem Jahr ordnungsgemäß erfolgen.

Übermittlungspflicht für Tarifverträge überflüssig - § 72 Abs. 3e

Die Pflegekassen sind richtigerweise auf eine Plausibilitätskontrolle der nach § 72 Abs. 3e SGB XI gemeldeten Daten beschränkt. Es ist nicht erforderlich – und mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden – ganze Tarifvertragswerke vorzulegen. Das Tarifregister beim BMAS und Landestarifregister bieten außerdem bereits öffentlich zugängliche Möglichkeiten, um Tarifverträge einzusehen. Doppelstrukturen, die allein zusätzlich bürokratischen Aufwand verursachen, gilt es zu vermeiden.

Die Herausgabe von Tarifverträgen an Dritte berührt außerdem grundlegende Interessen und Grundrechtspositionen der Tarifvertragsparteien und ist auch schon deshalb abzulehnen. Die Tarifvertragsparteien, die Tarifverhandlungen sowie der Abschluss von Tarifverträgen genießen

besonderen Schutz nach Art. 9 Abs. 3 Grundgesetz (GG). Aus diesem Schutz resultiert ein Anspruch darauf, dass die Tarifverträge nicht ohne weiteres weiterverwendet oder an Dritte herausgegeben werden. Im Bundestarifregister des BMAS ist aus diesem Grund zwar eine Einsichtnahme gestattet, aber auch dort werden nicht die Volltexte herausgegeben. Für den Bereich der Pflege sollte nicht über diese bewährte Praxis hinausgegangen werden. Tarifverträge, insb. Haustarifverträge, können Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse oder personenbezogene Daten enthalten und sind auch deshalb nicht für die Weitergabe an Dritte bestimmt. Die Ausnahme von der Übermittlungspflicht beim Entgegenstehen zwingender betrieblicher Gründe wird weder im verfügenden noch begründenden Teil des Entwurfs konkretisiert und bietet damit für die Praxis eher zusätzliches Konfliktpotential.

Grundrechte der Tarifvertragsparteien bei Information über Tarifverträge wahren - § 82a Abs. 5

Die obigen Ausführungen gelten ebenso für die in § 82c Abs. 5 vorgesehene Pflicht für alle Landesverbände zur Information der Pflegeeinrichtungen jährlich für das jeweilige Land eine Übersicht über Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu veröffentlichen und sicherzustellen, dass den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch Tarifverträge zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe entgegenstehen. Tarifverträge fallen als Verhandlungsergebnis aus Tarifverhandlungen und Vereinbarung zwischen den abschließenden Parteien unter den Schutz aus At. 9 Abs. 3 GG.

Ansprechpartner:
BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände
Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Arbeitsrecht und Tarifpolitik
T +49 30 2033-1200
arbeitsrecht@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(12)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

für den

Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

Bundestags-Drucksache 20/1331

Berlin, 25. April 2022

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 3

Zusammenfassung 3

Neu: § 72 Absätze 3a, 3b und 3d, § 82c Absätze 1 und 2, § 84 Absatz 7 SGB XI 8

Neu: § 72 Absatz 3b SGB XI 10

Artikel 2, Nr. 2a – § 72 Absatz 3c SGB XI 11

Neu: § 72 Absatz 3d SGB XI 12

Artikel 2, Nr. 2b – § 72 Absatz 3e SGB XI 13

Neu: Artikel 2, Nr. 3a und b – § 82c Abs. 2 und 3 SGB XI 14

Neu: § 84 Absatz 7 SGB XI 15

Artikel 2, Nr. 4b – § 150a Abs. 1 und Abs. 10 (neu) SGB XI 17
Sonderleistung eines Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie

Artikel 2, Nr. 4c und d – § 150a Abs. 2 und 3 SGB XI 18
Höhe des Corona-Pflegebonus

Artikel 2, Nr. 4e – § 150a Abs. 4 SGB XI 21
Berechnung des Corona-Pflegebonus bei Teilzeitbeschäftigten

Artikel 2, Nr. 4g – § 150a Abs. 7 Satz 4 und 5 SGB XI 22
Artikel 2, Nr. 4i – § 150a Abs. 9 SGB XI
Aufstockung des Corona-Pflegebonus durch die Pflegeeinrichtungen

Stellungnahme zum Pflegebonusgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Die Umsetzung der mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführten Tariftreueregelung beschäftigt alle beteiligten Akteure bis an die Belastungsgrenze. Für Pflegeeinrichtungen, die bisher nicht an Tarife oder kirchliche Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) gebunden sind (ca. 70% aller Pflegeeinrichtungen, d.h. über 21.000 Einrichtungen) hat diese Regelung erhebliche Auswirkungen, weil ihre „Zulassung“ zur Pflegeversicherung (Versorgungsvertrag) davon abhängig ist. Diese Pflegeeinrichtungen müssen sich mit den möglichen Tarifen auseinandersetzen, den Landesverbänden der Pflegekassen ihre Entscheidung hinsichtlich des Tarifs – gegenwärtig bis zum 30.04.2022 – mitteilen und spätestens ab dem 01.09.2022 ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend bezahlen.

Alle bis dato im Gesetz vorgesehenen Fristen zur erfolgreichen Umsetzung des Tariftreuegesetzes wurden weder von den tarifgebundenen Einrichtungen noch dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Pflegekassen auf Bundes- und auf Landesebene noch den zuständigen Ministerien (BMG und BMAS) eingehalten.

Die Pflegeeinrichtungen sind für ihre Entscheidung, an welchen Tarif sie sich anlehnen oder nach welchem Durchschnittswert sie zahlen müssen, auf plausible und belastbare Informationen zu den in Frage kommenden Tarifen und den Durchschnittswerten angewiesen. Erst danach können die nächsten Schritte (Meldefristen einhalten, Pflegesatzverhandlung, arbeitsvertragliche Umsetzung, etc.) erfolgen. **Die erforderliche verlässliche**

Datengrundlage ist aber nicht gegeben. Die Informationen zu den anwendbaren Tarifen liegen erst seit dem 07.02.2022 vor. Im Wochentakt wurde seither die offizielle Veröffentlichung der Landesverbände der Pflegekassen geändert. Zuletzt wurden erneut Tarife gestrichen, Durchschnittsentlohnungen korrigiert oder die Zahlung von Zuschlägen ausgesetzt. Aufgrund unzureichend plausibler Daten musste auch die gesetzliche Verpflichtung zur Zahlung der variablen pflegetypischen Zuschläge auf Initiative des BMG und BMAS in der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands ausgesetzt werden. Hinzu kommt, dass bis heute die Tarifverträge, an die sich die Pflegeeinrichtungen in ihrem Bundesland anlehnen dürfen, nicht vorliegen.

In der Konsequenz bedeutet dies für 21.000 Pflegeeinrichtungen ganz konkret:

- Ende April 2022 sollen sie mitteilen, welchen Tarif sie zum 01.09.2022 anwenden und kennen die Inhalte eines Großteils der Tarifwerke nicht
- Ende April 2022 sollen sie mitteilen, ob sie sich zum 01.09.2022 an einer Durchschnittsentlohnung orientieren und kennen diese dem Grunde und der Höhe nach gesichert nicht
- Zum 01.09.2022 sollen sie eine Refinanzierungsregelung mit den Kostenträgern treffen, deren Kalkulationsgrundlagen sie zu einem großen Teil nicht kennen

Gelingt das nicht, erfüllen die betreffenden 21.000 Pflegeeinrichtungen nicht mehr ihre Zulassungsvoraussetzungen und ihnen kann der Versorgungsvertrag und damit ihre existenzielle Grundlage "aufgekündigt" werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf ändert an diesen schlicht unzumutbaren und nicht erfüllbaren Bedingungen einer Umsetzung nichts und lässt unbeantwortet, wie 21.000 Pflegeeinrichtungen zum 01.09.2022 ihre Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und ihre Existenzgrundlage behalten können sollen. Gleichwohl erkennt der Gesetzentwurf an, dass es zur Entscheidung der Pflegeeinrichtungen, die einen wählbaren Tarif umsetzen wollen, der konkreten Regelungen dieses Tarifes bedarf. Wenn allerdings die Pflegekassen erst ab November 2022 die Tarife den Einrichtungen zur Verfügung stellen, wie aktuell im Gesetzentwurf vorgesehen, können Pflegeeinrichtungen eine Entscheidung nicht vor dem ersten September treffen. Ähnlich verhält es sich mit den Pflegeeinrichtungen die den Tarifdurchschnitt nach den Richtlinien des GKV Spitzenverbandes anwenden wollen. Auch hierfür fehlen, wie der Begründung zu entnehmen ist, die plausiblen Daten. Die Aussetzung der variablen Zuschläge für die Durchschnittstarifanwender wird auf fehlende, unzureichende und falsche Daten der tarifgebundenen Einrichtungen zurückgeführt. Die Umsetzung wurde deshalb bis Ende des Jahres 2022 ausgesetzt. Erst wenn die plausiblen

Daten und Tarife vorliegen, können die Pflegeeinrichtungen entscheiden und zu den erforderlichen Pflegesatzverhandlungen auffordern. Der vorliegende Gesetzesentwurf unterstreicht die existenten Probleme. Gleichwohl fehlt es an der erforderlichen Konsequenz der Verschiebung des Einführungstermins.

Mit der vorliegenden Gesetzesbasis kann keine Pflegeeinrichtung ihre Entscheidung zum 30. April treffen oder die Refinanzierung mit den Pflegekassen klären und ihren Beschäftigten erklären, wie deren Arbeitsverträge künftig aussehen werden.

Die Umsetzung der Tariftreueregelung muss deswegen so flexibilisiert werden, dass die Grundlagen bekannt sind, bevor sich die Pflegeeinrichtungen für eine künftige Lohnstruktur entscheiden, und die Umsetzung höherer Löhne in anschließenden Vergütungsvereinbarungen gesichert ist.

Es ist deshalb **zwingend notwendig, Termine** sowie einige weitere Regelungen praxisgerecht anzupassen. Die im Rahmen des hier vorliegenden Gesetzentwurfs beabsichtigten Änderungen zu den §§ 72, 82c SGB XI genügen nicht ansatzweise zur Bewältigung der vielfältigen Probleme. Es besteht vielmehr erheblicher Überarbeitungs- und Ergänzungsbedarf.

1. **Flexibilisierung bei der Umsetzung der Tariftreueregelung für Tarifanwender:**

Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag anlehnen wollen, können dieses faktisch nur, wenn er veröffentlicht ist und ihnen tatsächlich vorliegt. Das ist aber für einen Großteil der Tarifverträge noch nicht gegeben. Deswegen muss die Frist für die Umsetzung der tariflichen Bezahlung in § 72 Abs. 3b SGB XI für diese Pflegeeinrichtungen flexibilisiert werden und der 31.08.2023 als Endtermin der Umsetzung festgeschrieben werden. Damit wird diesen Pflegeeinrichtungen ermöglicht, dass sie nach der Kenntnisnahme der entsprechenden Tarife sich entscheiden, Pflegesatzverhandlungen führen und die betriebliche Umsetzung sicherstellen zu können. Zudem ermöglicht die Flexibilisierung der Frist, eine an den Kapazitäten der Pflegekassen ausgerichteten realistischen zeitlichen Umsetzungshorizont.

2. **Flexibilisierung der Tariftreueregelung für Durchschnittsanwender:**

Für die Pflegeeinrichtungen, die künftig gemäß dem regionalen Durchschnitt entlohnen wollen, muss die Frist der Umsetzung flexibilisiert und auf den 31.08.2023 festgeschrieben werden. Derzeit ist es für diejenigen, die ihre Entlohnung entsprechend anpassen wollen faktisch unmöglich die notwendigen Maßnahmen hinsichtlich der Arbeitsverträge und der Refinanzierung vorzunehmen. Hintergrund ist die ausgesetzte Berücksichtigung der regional üblichen pflegetypischen Zuschläge. Die neuen Zuschläge werden zum 30.11.2022 veröffentlicht. Im Anschluss brauchen die Einrichtungen,

ebenso wie die Pflegekassen, genügend Zeit, um eine sorgfältige Umsetzung zu ermöglichen.

3. Klarheit bei Änderungen an einem Tarifvertrag für Tarifanwender

Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag anlehnen, müssen alle Änderungen dieses Tarifvertrags umsetzen. Allerdings ist nicht sichergestellt, dass sie davon erfahren, wenn beispielsweise nur ein Lohngitter geändert wird. Deswegen muss klargestellt werden, dass einerseits die Tarifvertragspartner verpflichtet sind, die Landesverbände der Pflegekassen über jede Änderung zu informieren, und andererseits Änderungen an einem Tarifvertrag für Tarifanwender erst nach Bekanntwerden verbindlich werden.

4. Angemessene Frist für die Umsetzung von Änderungen an den Tarifverträgen:

Soweit Pflegeeinrichtungen Änderungen in für sie geltenden Tarifverträgen umsetzen müssen, brauchen sie hierfür eine angemessene Frist. Pflegeeinrichtungen können die Löhne nur erhöhen, wenn sie die höheren Lohnkosten mit den Kostenträgern vereinbart haben. Die Laufzeiten der Tarifverträge und der Pflegesatzvereinbarungen, durch die sie umgesetzt werden, müssen im Einklang sein. Deswegen muss klargestellt werden, dass Änderungen an Tarifverträgen erst übernommen werden müssen, wenn ihre Refinanzierung durch Abschluss einer entsprechenden Pflegesatzvereinbarung gewährleistet ist. Den Pflegeeinrichtungen ist gesetzlich zuzusichern, dass sie innerhalb der vorgegebenen Frist, innerhalb der sie die Tarif- oder Durchschnittsentlohnung anpassen müssen, auch einen Anspruch auf Abschluss einer neuen Pflegesatzvereinbarung haben. Erfolgt trotz Verhandlungsaufforderung der Pflegeeinrichtung keine Einigung mit den Pflegekassen innerhalb dieser Frist, müssen die Kostensteigerungen der Pflegeeinrichtung als vereinbart gelten.

5. Berücksichtigung der Pflegedienstleitungen:

Auch eine Entlohnung der Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretungen, die das regional übliche Entgeltniveau für diese Beschäftigtengruppe nicht erheblich überschreitet, muss als wirtschaftlich gelten. Die regional übliche Entlohnung von Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretungen werden gegenwärtig aber nicht gesondert berücksichtigt.

6. Bezahlung aller Beschäftigten nach Tarif ermöglichen:

Es muss gesetzlich klargestellt werden, dass es als wirtschaftlich zu bewerten ist, wenn eine Pflegeeinrichtung alle Beschäftigten unter Bezugnahme auf den gleichen Tarifvertrag bzw. die gleichen AVR entlohnen möchte – und nicht nur die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung.

Corona-Pflegebonus

Die zurückliegenden zwei Jahre waren für alle Pflegekräfte eine harte Zeit. In den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben Mitarbeitende Außerordentliches geleistet, um die ihnen anvertrauten Menschen bestmöglich zu schützen. Die die Bundesregierung tragenden Parteien haben im Koalitionsvertrag einen Bonus für alle Pflegekräfte angekündigt. Dieser wird nun zumindest in Teilen umgesetzt. Dies begrüßt der bpa grundsätzlich.

Gleichwohl gibt es in zwei Punkten gravierenden Änderungsbedarf. Zunächst müssen die Prämienhöhen für die Pflegeeinrichtungen auf das Niveau des Bonus aus dem Jahr 2020 angehoben werden. Die aktuell vorgesehenen Beträge stellen keine angemessene Wertschätzung „zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie“ dar.

Aufgrund der pflegetypischen Teilzeitquote werden die tatsächlich ausgezahlten Beträge noch einmal erheblich niedriger sein als im Gesetzentwurf beschrieben. Insbesondere im Kontrast zu den vorgesehenen Prämien für den Krankenhaussektor müssen sich die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen erheblich weniger wertgeschätzt fühlen. Eine Pflegekraft in einem Pflegeheim erhält nach den bisherigen Plänen teils nur ein Fünftel des Bonus einer Pflegekraft im Krankenhaus.

Es ist daher erforderlich, dass der vom Bund finanzierte Teil des Corona-Pflegebonus in der Höhe zumindest dem des Jahres 2020 entspricht. Darüber hinaus sollte der Bundesgesetzgeber an die Länder appellieren die Bonuszahlungen erneut um die Hälfte aufzustocken.

Inakzeptabel ist das Fehlen eines Bonus für die in der Eingliederungshilfe tätigen Personen. Die dortigen Beschäftigten haben seit Beginn der Pandemie Herausforderungen stemmen müssen, die ganz überwiegend denen im Krankenhaus und in den Pflegeeinrichtungen entsprechen. Eine Bonuszahlung haben sie jedoch nie erhalten.

Der bpa fordert entschieden eine Regelung für diesen Personenkreis analog des Bonus der Pflegeeinrichtungen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Neu: § 72 Absätze 3a, 3b und 3d, § 82c Absätze 1 und 2, § 84 Absatz 7 SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Die Umsetzung der Tariftreueregelung muss sowohl für Tarif- als auch Durchschnittsanwender flexibilisiert werden. Hierfür wird der Umsetzungszeitraum bis zum 31.08.2023 erweitert.

Stellungnahme
Die Umsetzung der Regelungen der §§ 72, 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung mindestens in Tarifhöhe beschäftigt alle beteiligten Akteure bis an die Belastungsgrenze und besonders vor dem Hintergrund der unverändert kritischen SARS-CoV-2-Infektionslage auch darüber hinaus.

Für die Pflegeeinrichtungen geht es mit den nach aktueller Rechtslage spätestens zum 1. September 2022 neu abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen um nicht weniger als ihre existentiellen Grundlagen.

Allein der Umfang der vom GKV-Spitzenverband erstellten Fragen und Antworten zur Umsetzung der Zulassungs-Richtlinien und der Pflegevergütungs-Richtlinien verdeutlicht, wie groß die Verunsicherung über Umsetzungsfragen auf allen Seiten ist. Zu konstatieren ist zum jetzigen Zeitpunkt insbesondere:

- Der ursprünglich im GVWG angelegte Zeitplan sah eine Entscheidung der Pflegeeinrichtungen für einen maßgeblichen Tarifvertrag bzw. maßgebliche kirchliche AVR auf informierter Basis bis zum 28. Februar 2022 vor. Für die Umsetzung einschließlich der Anpassung der Versorgungsverträge und der Neuverhandlung der Pflegevergütungen für mehr als 25.000 zugelassene Pflegeeinrichtungen war somit ein Zeitfenster von wenigstens 6 Monaten vorgesehen. Vor dem Hintergrund der substantiellen Neuregelungen und der Dauer von Schiedsstellenverfahren, die regelmäßig deutlich länger als die in § 85 Abs. 5 vorgesehenen drei Monate in Anspruch nehmen, war bereits dies kaum realisierbar.
- Die für die Umsetzung ganz entscheidenden Richtlinien sind erst Ende Januar veröffentlicht worden, die Veröffentlichung der regionalen Entgeltniveaus und der als wirtschaftlich anzusehenden Tarifwerke erfolgte erst am 7. Februar und hat zwischenzeitlich im März und April wiederum erhebliche Änderungen erfahren ohne

die erforderliche Transparenz für die Pflegeeinrichtungen und ohne Klärung der Geltungsrelevanz.

- Die veröffentlichten Listen sind in Teilen unplausibel, im Hinblick insbesondere auf die variablen Zuschläge sind die Anforderungen an eine plausible Datengrundlage offenkundig nicht erfüllt. Die Verpflichtung zur Zahlung der variablen pflegetypischen Zuschläge zum 1. September wurde ausgesetzt und greift erst wieder, wenn aufgrund der nächsten Datenmeldung zum 30. September neue Werte veröffentlicht werden. Die Pflegeeinrichtungen müssten diese Zuschläge in ihren Verhandlungen zur Refinanzierung berücksichtigen, ohne zu wissen, wie deren Höhe ist.
- Der Gesetzentwurf selbst beruht auf der Erkenntnis, dass eine Plausibilisierung der Datengrundlage bisher in nicht ausreichendem Maße möglich war und nicht an einen Tarif oder kirchliche AVR gebundene Einrichtungen keine Basis für eine informierte Entscheidung nach § 72 Abs. 3b haben, weil ein nur sehr eingeschränkter Zugang zu diesen Vertragswerken besteht.

Nach wie vor haben die Pflegeeinrichtungen unverschuldet keine Möglichkeit, eine verantwortungsvolle und zuverlässige unternehmerische Entscheidung hinsichtlich der Entlohnung ihrer Beschäftigten unter Berücksichtigung der Vorgaben des GVWG zu treffen, geschweige denn, dass bis zum 1. September 2022 der Abschluss entsprechender Vergütungsvereinbarungen auch nur ansatzweise realistisch wäre. Der Verweis auf spätere Vergütungsanpassungen nach § 85 Abs. 7 ist schon allein deshalb nicht sachdienlich, weil jede Veränderung der Vergütungsvereinbarung im Zweifel Vertragsänderungen mit den versorgten Pflegebedürftigen und auch den Mitarbeitenden nach sich zieht.

Es geht um nicht weniger als die Existenz der zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Für die weitreichende Entscheidung der Pflegeeinrichtungen bedarf es einer belastbaren Datengrundlage, des kurzfristigen Zugangs zu Informationen über die Inhalte der zur Auswahl stehenden Tarifwerke bzw. AVR und einer verlässlichen Höhe der veröffentlichten Durchschnittsentlohnungen sowie eines adäquaten Zeitraums für Kalkulation und Verhandlung der Vergütungen.

Die Umsetzung der Tariftreueregelung muss deswegen so flexibilisiert werden, dass die Grundlagen bekannt sind, bevor sich die Pflegeeinrichtungen für eine künftige Lohnstruktur entscheiden, und die Umsetzung höherer Löhne in anschließenden Vergütungsvereinbarungen gesichert ist.

Änderungsvorschläge

Aus Sicht des bpa ist die Flexibilisierung des Umsetzungstermins bis zum 31. August 2023 unumgänglich.

Neu: § 72 Absatz 3b SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Für nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen wird ein Vertrauensschutz im Hinblick auf die Höhe der Entlohnung für den Geltungszeitraum der Pflegesatzvereinbarung eingeführt.

Stellungnahme
Die Pflegeeinrichtungen bedürfen dringend eines Vertrauensschutzes in dem Sinne, dass auch bei einer Neuveröffentlichung des regional üblichen Entgeltniveaus bzw. einer Änderung des als maßgeblich erklärten Tarifwerks eine Erhöhung der Bezahlung der Beschäftigten erst nach Ablauf des begrenzten Pflegesatzzeitraums erforderlich ist. Die in den FAQ zur Umsetzung der Richtlinien niedergelegte Auffassung, dass Erhöhungen der Bezahlung der Beschäftigten unverzüglich unabhängig vom Auslaufen der Vergütungs-/Pflegesatzvereinbarung umzusetzen und dann ggf. eine Neuverhandlung nach § 85 Abs. 7 SGB XI erfolgen muss, führt auf allen Seiten zu einem unzumutbarem Aufwand und auf Seiten der Einrichtungen zu einer Vorleistung, die ggf. gar nicht refinanziert wird, weil bspw. der Zeitraum bis zur eventuell erforderlichen Anrufung der Schiedsstelle unberücksichtigt bleibt. Erforderliche Anpassungen von Arbeitsverträgen sowie Entgelterhöhungsverfahren gegenüber den Pflegebedürftigen müssen planbar bleiben und dürfen nicht, wie gegenwärtig durch die geregelten Fristabläufe unvermeidbar, sogar mehrmals im Jahr erfolgen müssen. Die Notwendigkeit eines Vertrauensschutzes betrifft sowohl diejenigen Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 3 Abs. 4 der Zulassungs-Richtlinien ein Tarifwerk als maßgeblich erklären, als auch diejenigen, die sich im Sinne von § 3 Abs. 3 Zulassungs-Richtlinien für die Einhaltung der veröffentlichten Durchschnittwerte entscheiden.

Änderungsvorschlag
§ 72 Absatz 3 b SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Die Höhe der Entlohnung gilt als nicht unterschritten, soweit im jeweiligen Pflegesatz- oder Vergütungszeitraum mindestens die dem als maßgeblich mitgeteilten Tarifvertrag oder der als maßgeblich mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelung in der zum Zeitpunkt der Aufforderung zu Pflegesatz- oder Vergütungsverhandlungen durch die Pflegeeinrichtung geltenden Fassung entsprechende Entlohnung gezahlt wird. Die Höhe der Entlohnung gilt auch als nicht unterschritten, soweit im jeweiligen Pflegesatz- oder Vergütungszeitraum mindestens eine Entlohnung in Höhe des zum Zeitpunkt der Aufforderung zu Pflegesatz- oder Vergütungsverhandlungen durch die Einrichtung gemäß § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entgeltniveaus gezahlt wird.

Artikel 2, Nr. 2a – § 72 Absatz 3c SGB XI

Vorgesehene Neuregelung
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 72 Absatz 3c auch Regelungen zu den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten gemäß § 72 Absatz 3d Satz 2 sowie Absatz 3e zu treffen.

Stellungnahme
Die Gesetzesbegründung führt auf, dass Tarifanwender jede Änderung an von ihnen angewandten Tarifwerken unverzüglich mitgeteilt werden muss. Dies kann bei diesen Einrichtungen aber allenfalls Änderungen betreffen, die sie selbst verantworten. Denkbar ist hier beispielsweise die Orientierung an einem anderen Tarif. Es kann von diesen Einrichtungen hingegen nicht verlangt werden Änderungen des Tarifvertrags selbst mitzuteilen. Da sie nicht als Tarifvertragspartei an diesem direkt beteiligt sind, kann auch nicht von ihnen erwartet werden über Änderungen informiert zu sein. Vielmehr sind diese Pflegeeinrichtungen durch eine Information durch Dritte angewiesen und erhalten ggf. auch erst aufgrund einer Streichung des als maßgeblich gewählten Tarifvertrages aus der veröffentlichten Übersicht nach § 82c Absatz 5 hiervon Kenntnis.

Bei der Gestaltung der Maßnahmen infolge einer Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten ist zwingend zu berücksichtigen, ob und wann eine Pflegeeinrichtung überhaupt Kenntnis der mitteilungspflichtigen Tatsachen haben kann. Soweit die Gesetzesbegründung „z.B. Vertragsstrafen“ vorsieht, kann dies jedenfalls keine an die Pflegekassen zu zahlende „Geldstrafe“ beinhalten. Eine solche ist dem System von Reaktionsmöglichkeiten auf Pflichtverstöße eines Leistungserbringers im SGB XI fremd.

Änderungsvorschlag
Keiner.

Neu: § 72 Absatz 3d SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Es wird eine Vertrauensschutzregelung für die Pflegeeinrichtungen eingeführt.

Stellungnahme
Die Pflegeeinrichtungen bedürfen eines Vertrauensschutzes im Hinblick auf Änderungen der veröffentlichen Übersichten nach § 82c Absatz 5, sofern diese zwischen einer der Änderung des Versorgungsvertrages zugrunde liegenden Mitteilung nach den Sätzen 1 und 2 und der auf die turnusgemäße Veröffentlichung der Übersichten auf der Grundlage der jährlichen Meldung nach § 72 Abs. 3e erfolgen. Die Veröffentlichung der wählbaren Tarifwerke bzw. AVR und der regional üblichen Entgeltniveaus ist unverzichtbare Entscheidungsgrundlage für die Pflegeeinrichtungen und hat über den Versorgungsvertrag direkte Auswirkungen auf die Zulassung zur Versorgung. Ist diese Entscheidung auf der Basis einer zum Entscheidungszeitpunkt aktuellen Veröffentlichung getroffen, kann sie nicht zur Disposition gestellt werden, indem „unterjährig“ Anpassungen oder Korrekturen der Veröffentlichung erfolgen, die – wie nach Erstveröffentlichung bereits geschehen – ursprünglich aufgeführte Tarifwerke aus der Übersicht herausnehmen oder ursprünglich veröffentlichte Durchschnittsstundenlöhne verändern. Die Pflegeeinrichtungen müssen sich darauf verlassen können, dass die zum Zeitpunkt der Mitteilung aktuelle Veröffentlichung die für die Einhaltung der Tariftreueregelung maßgeblich Grundlage bleibt.

Änderungsvorschlag
Nach § 72 Absatz 3d Satz 2 wird folgender Satz ergänzt. wird wie folgt ergänzt:

Erfolgen in dem Zeitraum zwischen der Mitteilung einer Pflegeeinrichtung nach den Sätzen 1 oder 2 und der auf die nächste Meldung nach Absatz 3e folgenden Veröffentlichung Änderungen der Übersicht nach § 82 Absatz 5, bleibt die zum Zeitpunkt der Mitteilung veröffentlichte Fassung der Übersicht maßgeblich, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht.

Artikel 2, Nr. 2b – § 72 Absatz 3e SGB XI

Vorgesehene Neuregelung
§ 72 Absatz 3e konkretisiert, welche Informationen von den kollektivrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen jährlich bis zum 30. September zu melden sind, und verpflichtet diese gleichzeitig zur Übermittlung der zu diesem Datum jeweils geltenden, durchgeschriebenen Fassung des angewendeten Tarifvertrags oder der angewendeten kirchlichen AVR.

Stellungnahme
Schon sehr frühzeitig hat der bpa darauf hingewiesen, dass der Zugang zu den Regelungen und Entgelttabellen von regional anwendbaren Tarifwerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nur sehr eingeschränkt möglich ist. Die Verpflichtung der an Tarifverträge oder AVR gebundenen Einrichtungen zur Übersendung der Vertragswerke und die damit verbundene Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen nach § 82c Absatz 5, diese den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen, wird ausdrücklich begrüßt. Bereits vor fast einem halben Jahr hätten diese als Entscheidungsgrundlage für die nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen müssen.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Existenz einer „durchgeschriebenen Fassung“ eines Tarifwerkes bzw. einer AVR nicht die Regel ist. Sofern Absatz 3e ausschließlich die Verpflichtung zur Übersendung der durchgeschriebenen Fassung des angewendeten Vertragswerkes enthält, dürfte die Regelung weitgehend ins Leere laufen, weil die Forderung der Übersendung der aktuellen Vertragswerke, die nicht in einer durchgeschriebenen Fassung zusammengeführt sind, auf dieser Grundlage zurückgewiesen werden könnte.

Änderungsvorschlag
Absatz 3e Satz 2 ist so zu präzisieren, dass nur, soweit es eine durchgeschriebene Fassung gibt, diese und ansonsten die jeweils zum 30. September des Jahres geltenden Fassungen des angewendeten Tarifvertrages oder der angewendeten kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zu übermitteln sind.

Neu: Artikel 2, Nr. 3a und b – § 82c Abs. 2 und 3 SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Klargestellt werden soll, dass es in der Regel ebenfalls als wirtschaftlich zu bewerten ist, wenn eine Pflegeeinrichtung über die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung hinaus alle Beschäftigten unter Bezugnahme auf den gleichen Tarifvertrag entlohnen möchte.

Stellungnahme
Nachdem § 84 Abs. 2 Satz 5, der die Wirtschaftlichkeit der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ohne Unterschied für alle Beschäftigten - auch außerhalb von Pflege und Betreuung - unterstellt, am 1. September 2022 außer Kraft tritt, ist eine Klarstellung der Weitergeltung dieses Grundsatzes sinnvoll und wird begrüßt.

Die Klarstellung erfolgt allerdings lediglich im Begründungstext und wird hier durch die Einfügung „in der Regel“ relativiert. Das erklärte Ziel, Friktionen zu vermeiden, wenn Pflegeeinrichtungen alle ihre Beschäftigten unter Bezugnahme auf den gleichen Tarifvertrag entlohnen wollen, kann nur erreicht werden, wenn diese Klarstellung auch in den Gesetzestext Eingang findet. Weder Kostenträger noch Schiedsstellen und Gerichte sehen sich an Gesetzesbegründungen gebunden, wenn nicht auch der Gesetzestext die entsprechende Interpretation zumindest nahelegt. Aktuell unterstellt der Gesetzestext in § 82c Abs. 2 die Wirtschaftlichkeit einer Entlohnung nach Tarif bzw. AVR bei nicht an diese Vertragswerke gebundenen Pflegeeinrichtungen aber ausdrücklich nur für die Entlohnung der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung. Die Klarstellung, dass dies auch für die Entlohnung der sonstigen Mitarbeitenden gilt, ist daher dringend erforderlich.

Änderungsvorschlag
Der bpa bittet um folgende klarstellende Ergänzung des § 82c Abs. 2 SGB XI:

Ist ein Tarifvertrag oder sind kirchliche Arbeitsrechtsregelungen, der oder die das regional übliche Entgeltniveau nicht erheblich überschreiten, für die Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, maßgebend, kann die Entlohnung auch der sonstigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach diesem Tarifvertrag oder diesen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Neu: § 84 Absatz 7 SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung
Die Verpflichtung zur jederzeitigen Einhaltung der bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegten Bezahlung der Gehälter bzw. Entlohnung ist gesetzlich zu konkretisieren.

Stellungnahme
Die in den Zulassungs-Richtlinien in § 3 Abs. 3 vorgesehene Möglichkeit, die Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 auch dadurch zu erfüllen, dass an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege und Betreuung erbringen, mindestens eine Entlohnung in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus für die jeweiligen Beschäftigtengruppen zu zahlen, erfordert darüber hinaus eine Anpassung der gesetzlichen Regelung zur Überprüfung der Einhaltung dieser Zahlungsverpflichtung.

Während im Falle der Anlehnung an einen Tarif und der entsprechenden Verpflichtung zur Zahlung der dem jeweiligen Lohngitter entsprechenden Entlohnung grundsätzlich auch eine stichtagsbezogene Betrachtung möglich ist, ist diese im Falle der Entlohnung mindestens in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus für die jeweiligen Beschäftigtengruppen nicht sachdienlich und aussagekräftig. Entscheidend ist hier, dass der Durchschnitt aller Mitarbeitenden in dieser Qualifikationsgruppe das regional übliche Entgeltniveau nicht unterschreitet. Dabei sind bspw. auch Jahressonderzahlungen zu berücksichtigen, die ggf. erst zu einem späteren Zeitpunkt während des Pflegesatzzeitraumes gezahlt werden. Um bei der Beurteilung der Einhaltung der Entlohnungsverpflichtung alle hierfür erheblichen Zahlungen berücksichtigen zu können, muss der Durchschnitt der Entlohnung über den gesamten Pflegesatzzeitraum in den Blick genommen und als Grundlage herangezogen werden. Faktisch entspricht dies ohnehin auch der Betrachtungsweise bei tarifgebundenen Einrichtungen. Die dem regional üblichen Entgeltniveau für die Beschäftigtengruppen entsprechenden Stundenlöhne sind auf die Weise ermittelt worden, dass darin bereits die von den tarifgebundenen Einrichtungen zu gewährenden Jahressonderzahlungen enthalten sind. Genauso wenig wie von tarifgebundenen Einrichtungen verlangt werden kann, dass sie unabhängig von der konkreten Fälligkeit dieser Sonderzahlungen jederzeit einen Stundenlohn zahlen, der bereits um die auf Stundenbasis umgerechneten Sonderzahlungen aufgestockt ist, kann dies von Pflegeeinrichtungen verlangt werden, die sich zur Zahlung mindestens in Höhe der durchschnittlichen Stundenlöhne in den Beschäftigtengruppen verpflichtet haben.

Änderungsvorschläge
Nach § 84 Absatz 7 Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

Wird im Falle des § 72 Absatz 3b mindestens eine Entlohnung in Höhe des regional üblichen Entgeltniveaus gezahlt, ist die Bezahlung der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit eingehalten, wenn das regional übliche Entgeltniveau im Durchschnitt der Entlohnung über den gesamten Pflegesatzzeitraum nicht unterschritten wird.

Artikel 2, Nr. 2b – § 150a Abs. 1 und Abs. 10 (neu) SGB XI Sonderleistung eines Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie

Beabsichtigte Neuregelung

Die Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen erhalten einen Corona-Pflegebonus.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich sehr die erneute Anerkennung der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Personen und ihrer besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie durch einen Corona-Pflegebonus.

In der Ausgestaltung des Bonus im Jahre 2020 gab es eine große Ungerechtigkeit, die nun nicht wiederholt werden darf. Die Inhaber der Pflegeeinrichtungen wurden durch die Formulierung „Beschäftigte“ nicht bei den Bonuszahlungen berücksichtigt. Angestellte Geschäftsführer und Leitungen bekamen den Bonus hingegen. Diese Schlechterstellung trifft im größten Umfang die Inhaber kleiner Pflegedienste, die in der Regel selbst als verantwortliche Pflegekraft agieren und direkt in die Versorgung mit eingebunden sind. Es ist nicht erklärbar, wieso dieser Personenkreis nicht bei der Bemessung und Zahlung des Bonus inkludiert sein sollte. Die Formulierung „Beschäftigte“ muss deshalb stets um diesen Personenkreis erweitert werden.

Änderungsvorschlag

§ 150a SGB XI wird um einen Absatz 10 ergänzt:

Die Absätze 1 bis 9 gelten entsprechend für Personen, die nicht Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 sind, soweit diese in der zugelassenen Pflegeeinrichtung in leitender Funktion den nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 entsprechende Leistungen erbringen.

Artikel 2, Nr. 4c und d – § 150a Abs. 2 und 3 SGB XI
Höhe des Corona-Pflegebonus

Beabsichtigte Neuregelung

Die Höhe des Corona-Pflegebonus wird für die einzelnen Qualifikationen sowie die ausgeübten Tätigkeiten festgelegt.

Stellungnahme

Im Jahr 2020 lagen die durch den Bund refinanzierten Bonusbeträge zwischen 100 Euro für Freiwilligendienste und 1.000 Euro für Beschäftigte, die Leistungen der direkten Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Diese Beträge wurden zudem jeweils um die Hälfte durch die Länder aufgestockt.

Nun sind erheblich geringere Beträge vorgesehen. Eine Aufstockung durch die Länder ist zwar möglich, in der politischen Debatte aber nirgendwo auch nur in Aussicht gestellt.

Die aktuell vorgesehenen Beträge stellen keine angemessene Wertschätzung „zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie“ dar. Aufgrund der pflegetypischen Teilzeitquote werden die tatsächlich ausgezahlten Beträge im Durchschnitt noch einmal erheblich niedriger sein. Insbesondere im Kontrast zu den geplanten Beträgen für den Krankenhaussektor müssen sich die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen erheblich weniger wertgeschätzt fühlen. Eine Pflegekraft in einem Pflegeheim erhält teils nur ein Fünftel des Bonus einer Pflegekraft im Krankenhaus – obwohl die Belastungssituationen der letzten beide Jahre vergleichbar waren.

Es ist daher erforderlich, dass der vom Bund finanzierte Teil des Corona-Pflegebonus in der Höhe zumindest dem des Jahres 2020 entspricht. Darüber hinaus sollte der Bundesgesetzgeber an die Länder appellieren die Bonuszahlungen erneut um die Hälfte aufzustocken.

Die Anspruchsberechtigung für ehemalige Beschäftigte, die sich nun in Rente befinden, wird für die Pflegeeinrichtungen nicht unkompliziert umsetzbar sein. Wenn ein solcher Beschäftigter von November 2020 bis Februar 2021 in der Einrichtung tätig war und im Anschluss in Rente ging, besteht ein Anspruch auf den neuen Bonus. Teils werden die Einrichtungen aber beispielsweise keine aktuellen Kontodaten haben. Viel problematischer werden zudem Konstellationen, in denen basierend auf dem zuvor genannten Beispiel die Person sechs Monate nach Beginn ihrer Rente sich

entscheidet eine neuerliche Nebentätigkeit bei einer anderen Pflegeeinrichtung aufzunehmen. Für die Person bestünde dann ein doppelter Anspruch. Die Ursprungseinrichtung kann aber schlicht nicht wissen, dass formell ein anderer Träger für die Beantragung und Auszahlung der Prämie zuständig wäre. In derlei Konstellationen dürfen keine Regressforderungen gegenüber der Pflegeeinrichtung entstehen.

Der Hinweis, dass Personen die einem Tätigkeitsverbot aufgrund der Nichtbefolgung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht unterliegen, bei der Bonuszahlung nicht berücksichtigt werden, nimmt der bpa zur Kenntnis. Es ist gleichwohl davon auszugehen, dass dieser Personenkreis in der Regel sehr klein sein dürfte, da viele Länder bis dahin wohl noch keine solchen Verbote ausgesprochen haben werden. Dementsprechend werden fast alle Personen, die keinen Immunitätsnachweis vorgelegt haben, aber die Voraussetzungen des § 150a SGB XI erfüllen, einen Corona-Pflegebonus erhalten.

Änderungsvorschläge

§ 150a Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und

1. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht mehr beschäftigt und tätig sind, weil für sie zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestand
2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentage-geld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen oder Elternzeit in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.

Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstegesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben. Die Höhe des Corona-Pflege-bonus beträgt

1. ~~550~~ **1000** Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,
2. ~~370~~ **667** Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,
3. ~~60~~ **100** Euro für Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstegesetzes im freiwilligen sozialen Jahr und
4. ~~190~~ **334** Euro für alle Beschäftigten, die nicht unter Nummer 1 bis 3 fallen."

§ 150a Abs. 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(3) Den folgenden Auszubildenden, die mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben oder im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung zur Durchführung der praktischen Ausbildung tätig waren, ist ein Corona-Pflegebonus in Höhe von ~~330~~ **600** Euro zu zahlen:

[…]

Artikel 2, Nr. 4e – § 150a Abs. 4 SGB XI
Berechnung des Corona-Pflegebonus bei Teilzeitbeschäftigten

Beabsichtigte Neuregelung
Anspruchsberechtigte Personen, die während des Bemessungszeitraums in Teilzeit (weniger als 35 Stunden) gearbeitet haben, bekommen den Bonus anteilig ausgezahlt.

Stellungnahme

Die Berechnungsregel über die Höhe des Corona-Pflegebonus entspricht der Systematik aus dem Jahr 2020. War der damalige Bemessungszeitraum jedoch nur sieben Monate lang, sprechen wir nun über insgesamt 20 Monate, die betrachtet werden müssen. Dementsprechend müsste auch die durchschnittliche Arbeitszeit über diesen gesamten Zeitraum berechnet werden. Dies erschwert die Arbeit für die beantragenden Pflegeeinrichtungen erheblich.

Um die bürokratischen Anforderungen zu reduzieren, sollte das bereits im Jahr 2020 betonte Günstigkeitsprinzip greifen. Für die Betrachtung der durchschnittlichen Arbeitszeit sollte es demnach genügen die drei Monate mit der höchsten Arbeitszeit zu berücksichtigen. Dies entlastet die Pflegeeinrichtungen erheblich und sorgt für mehr Anerkennung gegenüber den Leistungen der prämienberechtigten Personen.

Änderungsvorschlag
§ 150a Abs. 4 SGB XI wird wie folgt geändert:

An Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und in dieser Zeit ganz oder teilweise in Teilzeit gearbeitet haben, ist der Corona-Pflegebonus anteilig im Verhältnis zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Höhen zu zahlen. Der jeweilige Anteil entspricht dem Anteil der von ihnen wöchentlich durchschnittlich in dem Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei derselben Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten, mindestens jedoch dem Anteil der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei der Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten. **Dabei werden nur die drei Monate mit der höchsten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit des jeweiligen Beschäftigten berücksichtigt.** Abweichend von Satz 1 ist der Corona-Pflegebonus nach Absatz 2 ungekürzt an Teilzeitbeschäftigte zu zahlen, wenn sie im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und ihre wöchentliche tatsächliche oder vertragliche Arbeitszeit in diesem Zeitraum 35 Stunden oder mehr betrug.

Artikel 2, Nr. 4g – § 150a Abs. 7 Satz 4 und 5 SGB XI
Artikel 2, Nr. 4i – § 150a Abs. 9 SGB XI
Aufstockung des Corona-Pflegebonus durch die Pflegeeinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung
Die Pflegeeinrichtungen sollen den Corona-Pflegebonus aufstocken können.

Eine Refinanzierung soll im Rahmen der Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen erfolgen.

Stellungnahme

Die Steuerfreiheit einer Aufstockung des Corona-Pflegebonus durch die Pflegeeinrichtungen entsprechend der derzeit noch im Gesetzgebungsverfahrens befindlichen Regelung zur Steuerfreiheit der Sonderleistung wird durch § 150 Abs. 9 SGB XI gewährleistet. Dies wird vom bpa begrüßt.

In der Praxis ist es aber weitestgehend ausgeschlossen, dass es derlei Prämienzahlungen in signifikantem Rahmen geben kann. Die im § 150 Abs. 7 vorgesehene Refinanzierung im Rahmen von Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen verwundert sehr. Entsprechende Vereinbarungen werden prospektiv verhandelt. Keine einzige Pflegeeinrichtung wird für die Zahlung eines Corona-Pflegebonus Mittel vereinbart haben. Dementsprechend müssten die Einrichtungen eine Neuverhandlung gemäß § 85 Absatz 7 SGB XI vornehmen. Wie sollen aber solche Neuverhandlungen kurzfristig für alle Pflegeeinrichtungen erfolgen – zusätzlich zu den Verhandlungen zur Umsetzung der Tariftreueregelung?

Darüber hinaus würde eine Refinanzierung im Rahmen von Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen dazu führen, dass die Kosten direkt von den pflegebedürftigen Menschen getragen werden müssten. In der vollstationären Pflege würden sich die Eigenanteile weiter erhöhen. In der ambulanten Versorgung käme es nach der Erreichung der Sachleistungsgrenze oft zu einer seitens der Pflegebedürftigen vorgenommenen Reduzierung der in Anspruch genommenen Leistungen. Beides kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Es braucht eine gesicherte Finanzierung des Corona-Pflegebonus über Steuermittel.

Änderungsvorschlag
Der Corona-Pflegebonus wird in voller Höhe (siehe Forderung zu § 150a Abs. 2 und 3 SGB XI) durch Steuergelder refinanziert.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(13)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Deutscher Hebammenverband e. V. | Lietzenburger Straße 53 | 10719 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Vorsitzende Kirsten Kappert-Gonther MdB
Platz der Republik 1
10117 Berlin

per Mail: gesundheitsausschuss@bundestag.de

25.04.2022

Stellungnahme des DHV zum Gesetzentwurf zum Pflegebonusgesetz

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

beiliegend übersenden wir Ihnen die Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses am 27.04.2022.

Da wir zu unserem Befremden nicht als Sachverständige zu der Anhörung eingeladen wurden, bitten wir Sie, unsere Stellungnahme den Mitgliedern des Ausschusses zur Verfügung zu stellen, und sie mit den anderen Stellungnahmen zu veröffentlichen.

Mit freundlichen Grüßen

U. Geppert-Orthofer

Ulrike Geppert-Orthofer, Präsidentin DHV

Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin

Deutscher Hebammenverband e. V.
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin
T. 030-3940677-0
F. 030-3940677-49

info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

Vereinsregister:
Amtsgericht Mannheim VR 102080
USt-IdNr.: DE205828171

Sparkasse Karlsruhe-Ettlingen
IBAN: DE83 6605 0101 0009 8881 16
SWIFT-BIC: KARSDE66XXX

Wir sind zertifiziert DIN EN ISO 9001:2015

Deutscher
Hebammen
Verband

Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (**Pflegebonusgesetz**)

anlässlich der

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit

am 27.04.2022

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zu einem Pflegebonusgesetz sollen Beschäftigte in Krankenhäusern und der Langzeitpflege erneut eine Corona-Sonderzahlung erhalten.

1 Milliarde Euro war den Pflegekräften im Koalitionsvertrag als Anerkennung für ihre herausragende Leistung zugesagt worden.

Der Deutsche Hebammenverband empfindet es jedoch als Skandal, dass den Hebammen zum wiederholten Male diese Anerkennung nicht zuteil wird. Große Belastungen durch Hygienemaßnahmen, permanentes Infektionsrisiko und vermehrten Betreuungsaufwand trafen in den letzten beiden Jahren genau wie in der Pflege auch für sie zu.

Insbesondere die Akutaufnahme von Patientinnen und Angehörigen im Kreißsaal war und ist für Hebammen mit einer großen Exposition verbunden. Dennoch konnten sich werdende Mütter, Eltern und Neugeborene während der gesamten Pandemie auf sie verlassen. Hebammen allein ist es zu verdanken, dass eine durchgängig hochwertige geburtshilfliche Versorgung auch während dieser Zeit sichergestellt werden konnte. Es steht außer Frage, dass Hebammen als feste Säule in der Gesundheitsversorgung alle Kriterien für eine Corona-Sonderzahlung erfüllen.

Aber der Teufel steckt hier offenbar im Detail: Hebammen sind keine Pflegekräfte und es steht zur Diskussion, ob sie dieser Gruppe zugerechnet werden. Wie bei der Vergabe der ersten Corona-Prämien liegt es auch diesmal im Ermessen des Arbeitgebers und der Mitarbeitervertretung, welchen Beschäftigten der Corona-Bonus tatsächlich gewährt wird.

Deutscher
Hebammen
Verband

Die Politik der Koalitionsfraktionen überträgt diese Entscheidung lieber anderen. Das ist auf ganzer Linie enttäuschend. Einen Bonus in Aussicht zu stellen, der gleichermaßen belastete Berufsgruppen ausschließt und der nach dem Gießkannenprinzip verteilt wird, kann kaum ein Zeichen der Anerkennung für alle sein. Wir sind uns mit dem Deutschen Pflegerat einig, dass wir dauerhafte Verbesserungen benötigen und nichts, was auch noch das Potential hat, die verschiedenen Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen.

Vielmehr muss ein Lohnniveau erreicht werden, das den außerordentlichen Leistungen der Hebammen gerecht wird und zu den Beschäftigten im Krankenhaus insgesamt passt. Zielführender ist deshalb eine dauerhaft bessere, angemessene Bezahlung. Das Signal das die Politik jetzt sendet, wird bei den Hebammen nur wieder zu großem Frust führen. Es reiht sich damit ein in die vielen Sonderregelungen während der Pandemie, bei denen die besondere Situation des Berufsstandes in der Regel „vergessen“ wurden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(14)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.04.2022

zum Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) Drucksache 20/1331

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf 4

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 4

§ 26e (neu) – Erneute Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie 4

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 7

§ 150a – Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie 7

§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag 10

§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen 10

Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 15

§ 15 Absatz 2a Satz 1 – Pflegeentgeltwert 15

I. Vorbemerkung

Mit dem Pflegebonusgesetz soll dem im Koalitionsvertrag für die Jahre 2021 bis 2025 von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP formulierten Vorhaben nachgekommen werden, den besonderen Einsatz von Pflegekräften im Krankenhaus sowie in der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie im Gesamtumfang von 1 Mrd. Euro anzuerkennen. Dies unterstützt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich. Der Bonus soll die herausragenden Leistungen und den besonderen Einsatz von Pflegekräften unter schwierigen Bedingungen während der Pandemie anerkennen. Der GKV-Spitzenverband macht nachfolgende Anmerkungen zur effizienten und zielgerichteten Mittelverwendung.

Bonus für Pflegekräfte im Krankenhaus

Zur Anerkennung der Leistungen des Pflegepersonals während der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie werden 500 Mio. Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich verwendet. Mit dem neuen § 26e KHG soll die Auszahlung der vom Bund bereitgestellten Mittel an die durch die Pandemie besonders belasteten Pflegekräfte im Krankenhaus auf den Weg gebracht und realisiert werden.

Bonus für Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen

Weitere 500 Mio. Euro sind für Prämienzahlungen an Pflegekräfte in der Langzeitpflege vorgesehen. Das Auszahlungsverfahren orientiert sich am Verfahren der Corona-Prämienregelung des Jahres 2020. Entsprechend können auf Basis der vorliegenden Erfahrungen im Rahmen dieser Stellungnahme Hinweise zur besseren Praktikabilität des Verfahrens gegeben werden. Diese betreffen die Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen, die mögliche Aufstockung durch die Länder, ein effizientes Nachweisverfahren sowie die Gewährleistung der notwendigen vollständigen Refinanzierung der von der sozialen Pflegeversicherung zu erbringenden Vorleistungen.

Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege

Im Rahmen der Umsetzung der Regelungen in §§ 72 und 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung ab dem 1. September 2022, mindestens in Tarifhöhe, durch zugelassene Pflegeeinrichtungen wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes Änderungs- und Klarstellungsbedarfe zum Verfahren identifiziert, die nur zu einem geringen Teil mit diesem Gesetz aufgegriffen werden. In den folgenden Ausführungen werden die Aspekte erläutert, die einer weiteren Konkretisierung bedürfen bzw. zu einer weiteren Vereinfachung des Verfahrens beitragen können.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 26e (neu) – Erneute Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 26e KHG soll für die besondere Belastung durch die Pandemie im Jahr 2021 eine weitere Sonderleistung von insgesamt 500 Mio. Euro Bundesmittel an Pflegekräfte im Krankenhaus ausgezahlt werden. Die Mittel sollen zunächst jene Krankenhäuser erhalten, die im Jahr 2021 mehr als zehn COVID-19-Beatmungsfälle behandelt haben, die jeweils mehr als 48 Stunden beatmet werden mussten. In diesen Krankenhäusern bekommen jeweils Pflegefachkräfte und Intensivpflegekräfte, die 2021 an mindestens 185 Tagen direkt beschäftigt waren, Prämien in einheitlicher Höhe. Die Prämienhöhe für Intensivpflegekräfte liegt dabei beim 1,5-fachen der Höhe einer Prämie für Pflegefachkräfte. Pflegefachkräfte und Intensivpflegekräfte werden in § 26e Absatz 1 Sätze 2 und 3 KHG anhand ihrer nachgewiesenen Qualifikation als solche definiert. Zudem ist für Intensivpflegekräfte maßgeblich, dass diese im Jahr 2021 mindestens für drei Monate in der Intensivpflege tätig waren.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt die anspruchsberechtigten Krankenhäuser und berechnet die jeweiligen Prämienbeträge auf Krankenhausebene. Hierfür sind Datenlieferungen von Krankenhäusern über die Anzahl der Pflegefachkräfte und Intensivpflegekräfte an das InEK erforderlich. Kommt ein Krankenhaus der erforderlichen Datenlieferung nicht nach, erhält es keine Auszahlung aus Bundesmitteln.

Das InEK veröffentlicht bis zum 31. August 2022 eine Übersicht über die Höhe der Prämienbeträge je Krankenhaus und weitere Informationen. Anschließend erhält der GKV-Spitzenverband die Bundesmittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und leitet die Prämienbeträge an die Krankenhäuser weiter. Die Krankenhäuser haben die Prämien innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Betrages durch den GKV-Spitzenverband an die Pflegekräfte und Intensivpflegekräfte auszuzahlen. Zudem ist durch die Krankenhäuser die vollständige und zweckentsprechende Mittelverwendung anhand einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen. Wird der Nachweis nicht entsprechend erbracht oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, sind die Beträge an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen. Der GKV-Spitzenverband leitet die zurückgezahlten Beträge

wiederum an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden diese Mittel an den Bund zurückerstattet.

B) Stellungnahme

Wie bei den bisherigen Sonderleistungen gemäß §§ 26a und 26d KHG folgt die Regelung des neuen § 26e KHG dem Grundsatz, die durch die Pandemie besonders belasteten Krankenhäuser zu identifizieren und die besonderen Leistungen der dort beschäftigten Pflegekräfte in der Pandemie mit einem Bonus zu würdigen. In den vorherigen Verfahren erfolgte die konkrete Auswahl der Prämienempfängerinnen und -empfänger sowie die Prämienhöhe für die ausgewählten Personen durch den Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung.

Die jetzt geplante Regelung grenzt den anspruchsberechtigten Personenkreis auf Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung und Intensivpflegekräfte ein. Mit dieser gesetzlichen Regelung eindeutiger und einfach zu ermittelnder Anspruchskriterien wird krankenhausübergreifend transparent geregelt, wer einen Pflegebonus erhalten wird. Die präzise Abgrenzung des begünstigten Personenkreises wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt. Ob und inwieweit die normative Eingrenzung auf den obengenannten Personenkreis den tatsächlichen Belastungen in den Krankenhäusern gerecht wird, ist eine gesellschaftspolitische Frage, deren Beantwortung dem Gesetzgeber obliegt.

Mit der Grundannahme, dass die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten in der Intensivpflege mit einer höheren Belastung einherging, erhalten Intensivpflegekräfte eine 1,5-fach höhere Prämienzahlung als Pflegefachkräfte. Die besondere Belastung von Intensivpflegekräften mit einem höheren Prämienbetrag zu würdigen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die im Gesetz festgelegte Vorgehensweise stellt sicher, dass bei der Berechnung der krankenhausindividuellen Prämiensumme durch das InEK eine Deckelung des Gesamtvolumens von 500 Mio. Euro gewährleistet wird.

Der GKV-Spitzenverband erhält die Mittel über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vom Bund und leitet diese auf Grundlage der Berechnungsergebnisse des InEK an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung der Ergebnisse des InEK zum 31. August 2022 und die sich daran anschließende Mittelweiterleitung ist für den GKV-Spitzenverband zeitlich gut umsetzbar.

Nach der Auszahlung des Pflegebonus an die anspruchsberechtigten Beschäftigten haben Krankenhäuser die zweckentsprechende Mittelverwendung durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen. Mit der Neuregelung wird das Testat auch dem InEK übermittelt. Dies ermöglicht eine Validierung der Angaben der an das InEK gelieferten Daten

der Krankenhäuser mit den Angaben aus den Testaten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt dieser Prozess eine sinnvolle Änderung der bisherigen Regelungen dar und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 4

§ 150a – Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der SARS-CoV-2-Pandemie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung werden die Träger von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weitere Arbeitgeber in der Langzeitpflege – entsprechend der Regelung des Jahres 2020 – verpflichtet, ihren Beschäftigten nach dem 30. Juni 2022, spätestens bis zum 31. Dezember 2022, eine zusätzliche finanzielle Anerkennung (Corona-Pflegebonus) für ihre besonderen Leistungen und Belastungen zu zahlen. Beschäftigte, die in oder für zugelassene Pflegeeinrichtungen innerhalb des Bemessungszeitraums (1. November 2020 bis 30. Juni 2022) für mindestens drei Monate tätig waren und am 30. Juni 2022 in einer oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind, erhalten einen nach verschiedenen Kriterien (Nähe zur Versorgung, Qualifikation, Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit) gestaffelten Rechtsanspruch auf einen steuer- und sozialversicherungsbeitragsfreien Corona-Pflegebonus in Höhe von bis zu 550 Euro. Die Pflegekassen haben für die Sonderzahlung im Jahr 2022 sicherzustellen, dass alle Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber nach § 150a Absatz 1 Satz 2 SGB XI entsprechend der bis zum 31. Juli 2022 gemeldeten Beträge eine Vorauszahlung in dieser Höhe bis spätestens 1. Oktober 2022 erhalten. Der Bund zahlt hierfür bis zum 1. September 2022 einen Betrag von 500 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Pflegeeinrichtungen und anderen Arbeitgeber haben den Pflegekassen die tatsächliche Auszahlung des im Rahmen der Vorauszahlung mitgeteilten Pflegebonus bis zum 15. Februar 2023 anzuzeigen. Die Länder können die gesetzlich geregelten Pflegeboni aufstocken.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt grundsätzlich die Auszahlung einer weiteren Prämie für Beschäftigte in der Langzeitpflege zur Anerkennung der herausragenden Leistungen während der Pandemie. Das Auszahlungsverfahren zu der vorgesehenen Sonderleistung (Corona-Pflegebonus) für Beschäftigte, die in oder für zugelassene Pflegeeinrichtungen tätig sind, orientiert sich am Verfahren der Corona-Prämienregelung des Jahres 2020. Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen werden nachfolgende Hinweise zur besseren Praktikabilität des Verfahrens gegeben.

1. Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen

Nach dem Gesetzentwurf und der Gesetzesbegründung erhalten Beschäftigte, die in oder für zugelassene Pflegeeinrichtungen innerhalb des Bemessungszeitraums für mindestens drei Monate tätig waren und am 30. Juni 2022 in einer oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind, einen Anspruch auf die Auszahlung eines Bonus im Jahr 2022 gegenüber ihrem Arbeitgeber, unabhängig davon, ob sie im Bemessungszeitraum bei mehr als einer Pflegeeinrichtung bzw. mehr als einem Arbeitgeber beschäftigt waren. Es ist gesetzlich zu regeln, welcher Arbeitgeber bei einem Arbeitgeberwechsel die Auszahlung des Pflegebonus vorzunehmen hat und entsprechend einen Anspruch auf Vorauszahlung gegenüber der Pflegeversicherung erhält.

Zudem bedarf es einer weiteren Klarstellung, nach welchen Kriterien sich die Höhe des Pflegebonus bemisst, wenn Beschäftigte während des Bemessungszeitraums ihren Tätigkeitsbereich oder ihren Beschäftigungsumfang verändert haben.

2. Aufstockung durch die Länder

Die Neuregelung in § 150a Absatz 9 SGB XI sieht vor, dass die Länder den Corona-Pflegebonus erhöhen können. Sie können sich dabei auch an den genannten Fristen in § 150a Absatz 7 SGB XI orientieren und sie haben die Möglichkeit, die Pflegekassen mit der Auszahlung zu beauftragen. Sofern eine solche Beauftragung der Pflegekassen erfolgt, ist gesetzlich zu regeln, dass in diesem Fall die Fristen in § 150a Absatz 7 SGB XI verbindlich zur Anwendung kommen müssen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Pflegekassen erst zu einem späteren Zeitpunkt für die Länder den Corona-Pflegebonus auszahlen sollen.

3. Effizientes Nachweisverfahren

Die Pflegeeinrichtungen und die anderen Arbeitgeber haben gemäß der beabsichtigten Neuregelung den Pflegekassen die tatsächliche Auszahlung des im Rahmen der Vorauszahlung angezeigten Pflegebonus bis zum 15. Februar 2023 nachzuweisen. Es fehlt jedoch eine gesetzliche Regelung, welche Konsequenzen aus einer Verletzung dieser Mitteilungspflicht folgen. Es wäre sachgerecht zu regeln, dass in diesem Fall der gesamte Betrag der Vorauszahlung zurückzuerstatten oder mit Erstattungsansprüchen nach § 50 des Zehnten Buches aufzurechnen ist.

4. Erforderliche Refinanzierung

Es ist gesetzlich zu verankern, dass statt der Zahlung einer Pauschale an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 500 Mio. Euro die tatsächlichen Ausgaben der Pflegekassen im Zusammenhang mit der Auszahlung des Pflegebonus vollständig durch den Bund refinanziert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist im Sinne der unter B) aufgezeigten Punkte 1. bis 4. anzupassen.

§ 150a Absatz 9 Satz 5 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es die Auszahlung als Sonderleistung über die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen **unter Beachtung der Fristen nach Absatz 7** durchführen, wenn es ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet."

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2 und 3

§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung werden Änderungen in § 72 Absätze 3c und 3e SGB XI sowie in § 82c Absätze 3 bis 5 SGB XI vorgenommen. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf:

1. Mögliche Regelung von Maßnahmen in den Zulassungs-Richtlinien bei Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen.
2. Verbindlichkeit der Zulassungs-Richtlinien auch für Pflegeeinrichtungen.
3. Meldung der am 1. September gezahlten Entlohnung der tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen als Datengrundlage für die Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus und des Maßstabs zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen.
4. Verpflichtende Übermittlung von Tarifverträgen an die Landesverbände der Pflegekassen durch die tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen und das Zur-Verfügung-Stellen von Tarifverträgen durch die Landesverbände der Pflegekassen an interessierte Einrichtungen.
5. Fristsetzung für die Aktualisierung und Erweiterung der Inhalte der Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI durch die Landesverbände der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die gesetzlichen Vorgaben für die Ausgestaltung der Zulassungs-Richtlinien nach § 72 Absatz 3c SGB XI und der Pflegevergütungs-Richtlinien nach § 82c Absatz 4 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes ergänzt. Der Nachbesserungsbedarf wird im Folgenden in Bezug auf die unter A) dargestellten Änderungen (Punkt 1. bis 5.) aufgezeigt; darüber hinaus wird auf weitere erforderliche Änderungen hingewiesen.

Zu 1.:

Der GKV-Spitzenverband soll mit der beabsichtigten Neuregelung die Möglichkeit erhalten, in den Zulassungs-Richtlinien zu regeln, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung

ihre Mitteilungspflicht nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen sollen verhältnismäßig sein. Es ist fraglich, welche Sanktionierungsmaßnahmen dies sein sollen. Zur Sicherstellung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen greifen die klassischen Instrumente der Vertragsstrafen nicht. Instrumente zur Sanktionierung von Vertragsverstößen wie Vergütungskürzung oder Kündigung von Versorgungsverträgen sind grundsätzlich nicht geeignet, um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen ihren Mitwirkungsverpflichtungen bei der Meldung von maßgeblichen Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und von Änderungen der Angaben zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Absätzen 3d und 3e nachkommen. Vertragsstrafen stünden auch in keinem Verhältnis, zumal damit nicht einhergeht, dass eine Pflegeeinrichtung, auch wenn sie ihrer Mitteilungspflicht nicht nachkommt, nicht doch mindestens eine Entlohnung in Höhe eines in der Region anwendbaren Tarifvertrags zahlt. Als mögliche Maßnahme wäre jedoch denkbar, dass die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihrer Veröffentlichungspflicht nach § 115 SGB XI Informationen zur fehlenden Mitwirkung einer Einrichtung geben. Dies müsste durch den Gesetzgeber geregelt werden.

Zu 2.:

Neben der vorgesehenen Verbindlichkeitsregelung bezüglich der Zulassungs-Richtlinien ist entsprechend gesetzlich zu regeln, dass auch die Pflegevergütungs-Richtlinien für Pflegeeinrichtungen verbindlich sind.

Zu 3.:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die tarif- und an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen die jeweils am 1. September an ihre Beschäftigte gezahlte Entlohnung den Landesverbänden der Pflegekassen zu melden haben, soweit diese Informationen zur Feststellung des Vorliegens der Zulassungsvoraussetzungen oder zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus fachlich erforderlich sind. Es wird begrüßt, dass nunmehr auf die tatsächlich gezahlte Entlohnung abgestellt werden soll und nicht mehr auf „maßgebliche Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“. Allerdings kann mit einer Stichtagsfestlegung (Entlohnung am 1. September des Jahres) kein reales Gesamtbild über die Entlohnung der Beschäftigten erhoben werden. Stattdessen wird die Festlegung eines längeren Zeitraums gefordert, wodurch mittels einer Durchschnittsbildung Verzerrungen vermieden werden können.

Darüber hinaus muss zur Herstellung der Rechtssicherheit gesetzlich festgelegt werden, welche konkreten Entlohnungsbestandteile zu melden sind, welche davon in die Berechnung der regional üblichen Entgeltniveaus einfließen und ob bzw. welche davon als Maßstab für die

Erfüllung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3b SGB XI herangezogen werden sollen.

Zu 4.:

Die mit der Neuregelung vorgesehene Verpflichtung zur Übermittlung der Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an die Landesverbände der Pflegekassen wird nicht unterstützt. Die Kenntnis der Regelwerksinhalte würde nur einen geringen Mehrwert bei der Plausibilisierung der mitgeteilten Informationen nach § 72 Absatz 3e SGB XI liefern. Die bisherigen Erfahrungen bei der Plausibilisierung der Datenmeldung vom 30. September 2021 durch die Verbände der Pflegekassen haben gezeigt, dass sie weder zur Ermittlung der Wirksamkeit eines Tarifvertragswerkes noch für die Plausibilisierung der Entgeltangaben hilfreich ist. So lassen sich auch keine Rückschlüsse aus vorliegenden Tarifvertragswerken ziehen, ob diese sich in der Nachwirkung befinden oder ob z. B. ein Tarifvertrag auch tatsächlich gekündigt wurde. Für die Prüfung, ob die Einrichtungen im Rahmen ihrer Sorgfalts- und Mitwirkungspflicht die maßgeblichen Informationen berechnet haben, wären vielmehr weitergehende betriebliche Informationen, wie beispielsweise die tatsächliche Eingruppierung der Mitarbeitenden in der jeweiligen Beschäftigtengruppe, notwendig.

Gemäß der beabsichtigten Neuregelung sollen die Landesverbände der Pflegekassen sicherstellen, dass die ihnen übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen. Dies wird kritisch bewertet, da es mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden ist, den Einzelanfragen von Hunderten von Pflegeeinrichtungen in einem Bundesland nachzukommen. Zudem kann es nicht im Ermessen der Pflegekassenverbände liegen zu entscheiden, in welchen Fällen „zwingende betriebliche Gründe“ gegen eine Weitergabe sprechen. Das Verfahren könnte durch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Veröffentlichung der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erleichtert werden.

Derzeit sind zahlreiche kirchliche Arbeitsrechtsregelungen, Flächentarifverträge und weitere Tarifverträge über das Internet öffentlich zugänglich oder käuflich erwerbbar. Darüber hinaus bestehen in allen Bundesländern sogenannte Landestarifregister, zudem ist beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie beim Statistischen Bundesamt ein Tarifregister angesiedelt. Da die Tarifvertragsparteien gemäß § 7 Absatz 1 TVG in Verbindung mit § 14 TVGDV verpflichtet sind, die geltende Fassung des Tarifvertragswerks zur Verfügung zu stellen, bieten diese Tarifregister für nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen einen verlässlichen Zugang. Nach § 16 Satz 1 TVGDV ist die Einsicht in das Tarifregister, wie auch in die registrierten,

Tarifverträge grundsätzlich jedem gestattet.

Es ist nicht verhältnismäßig, ergänzend zu den bisherigen etablierten Tarifregistern ein weiteres Tarifregister aufzubauen und zu betreiben. Die dafür in der Gesetzesbegründung bezifferten erheblichen Sachaufwendungen zur Etablierung und zum Betrieb der IT (ca. 220.000 Euro einmalig und bis zu 50.000 Euro pro Jahr) wären mindestens noch um zusätzliche Archivierungskosten für die jährlich einzureichende durchgeschriebene Fassung der Tarifvertragswerke zu erweitern.

Es wird angeregt, dass die bereits etablierten Tarifregister künftig um die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erweitert werden. Damit können diese Tarifregister folglich einen noch umfassenderen Einblick in die geltenden Tarifvertragswerke und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sicherstellen.

Die im Gesetzentwurf bezifferten Erfüllungsaufwände, die aufgrund der geplanten Neufassung des § 82c Absatz 5 SGB XI entstehen würden, und ihre Berechnungsweise sind nicht nachvollziehbar. Inhalte von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen werden aufgrund meist jährlicher Tarifverhandlungen angepasst. Dieser Tatbestand löst somit kontinuierliche jährliche Prüfaufwände aller Tarifvertragswerke aus und nicht nur derjenigen, die neu in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI aufgenommen werden. Daher kann keine Reduzierung von Verwaltungsaufwänden bei den Landesverbänden der Pflegekassen in den darauffolgenden Jahren angenommen werden.

Zu 5.:

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen weitere für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen sowie die Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen erforderliche Informationen, wie z. B. Informationen über den räumlichen, zeitlichen, fachlichen oder persönlichen Geltungsbereich eines Tarifvertrags, veröffentlichen. Hierzu ist gesetzlich klarzustellen, dass eine Veröffentlichung dieser Informationen nur auf Grundlage der den Landesverbänden der Pflegekassen vorliegenden Mitteilungen der tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen erfolgen kann. Eine Überprüfung der gemeldeten Informationen anhand der vorliegenden Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ist den Pflegekassenverbänden nicht möglich, da die Vertrags- und Regelungstexte bestimmte Informationen nicht enthalten; die Landesverbände der Pflegekassen können für die Richtigkeit der Angaben der Pflegeeinrichtungen keine Gewähr übernehmen.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass der Zeitpunkt zur Erfüllung der in § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI festgelegten Zulassungsvoraussetzungen angesichts der erforderlichen Anpassungen der Versorgungsverträge sowie Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen

realistischerweise nicht eingehalten werden kann. Es wird vorgeschlagen, den gesetzlich vorgesehenen Stichtag vom 1. September 2022 auf den 1. April 2023 zu verschieben. Dies hätte auch den Vorteil, dass für den Zeitraum ab dem 1. September 2022 bis zur Veröffentlichung der neuen, regional üblichen Entgeltniveaus, die aufgrund der zum 30. September 2022 erforderlichen Datenmeldungen der Pflegeeinrichtungen zu ermitteln sind, keine zwischenzeitlichen Anpassungen der Versorgungsverträge, der Arbeitsverträge in den Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen erfolgen müssten. Dies würde erheblich zu einem vom Gesetzgeber angestrebten bürokratiearmen Verfahren beitragen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigten Neuregelungen sind im Sinne der unter B) aufgezeigten Punkte anzupassen.

Die in § 72 Absatz 3c SGB XI neu eingefügten Sätze 3 und 4 sind zu streichen. Stattdessen ist in § 115 SGB XI folgender neuer Absatz 1d einzufügen:

„Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass wenn und solange die Pflegeeinrichtungen ihren Mitteilungsverpflichtungen nach § 72 Absätze 3d und 3e nicht nur vorübergehend nicht nachkommen, dies sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form veröffentlicht wird."

Die Neuregelung in § 82c Absatz 5 SGB XI ist zu streichen.

Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 15 Absatz 2a Satz 1 – Pflegeentgeltwert

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten von Krankenhäusern, die bislang noch keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart haben, ab dem 1. Juli 2022 bis zum Ende des Jahres 2022 vorübergehend von 163,09 Euro auf 200,00 Euro erhöht.

Liquiditätsprobleme, die daraus entstehen können, dass der gesetzlich festgelegte vorläufige Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten dieser Krankenhäuser nicht deckt, sollen dadurch vermieden werden. Nach Vereinbarung des Pflegebudgets und des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts erfolgt im Falle einer Unter- oder Überdeckung der Pflegepersonalkosten des Krankenhauses ein Ausgleich.

Ab dem 1. Januar 2023 beträgt der vorläufige Pflegeentgeltwert 171,00 Euro.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die hier dargelegte Anpassung der Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwertes nachvollziehbar.

Mit der bestehenden gesetzlichen Regelung werden aber stationäre Fälle, die sich zeitlich über eine der in § 15 Absatz 2a KHEntgG benannten Datumsgrenzen erstrecken, mit zwei verschiedenen Pflegentgeltwerten abgerechnet. Zur Vereinfachung der Abrechnung schlägt der GKV-Spitzenverband vor, dass jeweils der Aufnahmetag den anzuwendenden Pflegentgeltwert für den gesamten Zeitraum bestimmt. Damit wird sichergestellt, dass ein einheitlicher Pflegeentgeltwert je Fall zur Abrechnung kommt.

C) Änderungsvorschlag

Anpassung des § 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG: [fett: NEU]

„(2a) Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG **für Aufnahmen in den angeführten Zeiträumen** wie folgt zu multiplizieren:

1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro,
3. vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2022 mit 163,09 Euro,
4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit 200 Euro und
5. ab dem 1. Januar 2023 mit 171 Euro."

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(14.2)
gel VB zur öffent. Anh am
27.04.2022 - Pflegebonus
27.04.2022

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.04.2022

zu Änderungsantrag 6 zum Pflegebonusgesetz (Einbeziehung der Apotheken in die Regelversorgung mit Grippeschutzimpfungen)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu Änderungsantrag 6 3

Artikel 3a (Änderung des Infektionsschutzgesetzes) 3

§ 20c (neu) – Durchführung von Grippeschutzimpfungen 3

Artikel 3b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 5

§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen 5

Artikel 3b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 9

§ 132j – Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken 9

Artikel 3c (Änderung des Apothekengesetzes) 10

§ 21 10

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) 11

§ 1a – Begriffsbestimmungen 11

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) 12

§ 2 – Apothekenleiter 12

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) 13

§ 35a (neu) – Vorbereitung und Durchführung von Grippeschutzimpfungen durch öffentliche Apotheken 13

II. Ergänzender Änderungsbedarf 14

§ 10 ApoG 14

§ 20i SGB V – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung 15

I. Stellungnahme zu Änderungsantrag 6

Artikel 3a (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Buchstabe b

§ 20c (neu) – Durchführung von Grippeschutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den neu eingefügten § 20c Absatz 1 sollen neben Ärztinnen und Ärzten auch Apothekerinnen und Apotheker regelhaft zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen ermächtigt werden. Ziel ist die Erhöhung der Impfquoten durch einen weiteren, niedrigschwelligen Zugang zur Impfung.

Voraussetzung für die Durchführung der Impfungen ist eine ärztliche Schulung der impfenden Personen und die Erfüllung der in der Apothekenbetriebsordnung zu regelnden räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen.

Absatz 2 soll die Kerninhalte der ärztlichen Schulungen gesetzlich definieren; bereits erfolgte Schulungen zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Modellvorhaben nach § 132j SGB V oder von COVID-19-Schutzimpfungen nach § 20b IfSG sollen ebenfalls zur Grippeschutzimpfung nach § 20c berechtigen.

Absatz 3 soll Bundesapothekerkammer und Bundesärztekammer zur Entwicklung eines Mustercurriculums für diese Schulungen beauftragen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Ziel, durch die ergänzende Schaffung eines niedrigschwelligen Zugangs zu Grippeimpfungen in Apotheken die Impfquoten weiter zu erhöhen. Impfangebote in Apotheken könnten Personen anzusprechen, die diese Impfung bisher bei Ärztinnen und Ärzten nicht in Anspruch genommen haben.

Die vorgesehenen Regelungen orientieren sich an den Vorgaben, die bereits für die Modellprojekte nach § 132j SGB V und die COVID-19-Impfungen nach § 20b IfSG vorgesehen sind.

Im Unterschied zu § 132j SGB V wird in der vorliegenden Regelung nicht auf ggf. bestehende Hindernisse aus dem Berufsrecht der Apotheker eingegangen. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass dies nicht notwendig ist, weil die in Artikel 3d Buchstabe b des

Änderungsantrags vorgesehene Änderung der ApBetrO die Grippeschutzimpfungen als apothekenübliche Dienstleistung definieren soll und somit eine Anpassung der Erbringung im Wege stehender berufsrechtlicher Vorgaben erzwingt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Buchstabe a

§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um eine Versorgung gesetzlich krankenversicherter Personen mit Grippeschutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker zu ermöglichen, sollen GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband (DAV) e.V. damit beauftragt werden, einen Vertrag abzuschließen, in dem Regelungen zu Vergütung und Abrechnung getroffen werden.

Sollten sich die Vertragspartner nicht binnen einer Frist von zwei Monaten auf Regelungen einigen, soll eine Schiedsstelle die Entscheidung herbeiführen.

Der DAV e.V. soll analog zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung dazu verpflichtet werden, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) über den Umfang der durch Apotheken zur Bestellung vorgesehenen Impfstoffe zu informieren und soll im Gegenzug durch das PEI über das Ergebnis der Mengenprüfung und seitens der Hersteller über die Preise informiert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zum Vertragsschluss stehen in einem Spannungsverhältnis zu den geltenden Regelungen zur ärztlichen Versorgung und zur Versorgung durch andere Leistungserbringer: So ist für die ärztliche Versorgung kein bundeseinheitlicher Vertragsschluss vorgesehen, sondern Verhandlungen auf regionaler Ebene oder durch einzelne Krankenkassen. Dies hat sich in der Praxis bewährt und sollte daher auch hier beibehalten werden. Sollte es ungeachtet dessen der gesetzgeberische Wille sein, für Grippeschutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker einen Vertrag auf Bundesebene vorzugeben, sollten dringend folgende Aspekte ergänzend umgesetzt werden:

Es ist dringend auszuschließen, dass aus der beabsichtigten Neuregelung zur Grippeschutzimpfung durch Apothekerinnen und Apotheker Friktionen resultieren, insbesondere aufgrund von Unterschieden in der Höhe der Vergütung. In den regionalen Verhandlungen mit Ärztinnen und Ärzten werden bei der Vergütung die jeweils gegebenen Besonderheiten berücksichtigt. Eine Vergütung der Apotheken, die zu höheren Kosten für die GKV führt als die Erbringung derselben Leistung durch Ärztinnen und Ärzte, wäre als unwirtschaftlich zu bewerten und abzulehnen. Daher wäre – insbesondere angesichts der für die Verhandlungen gesetzten sehr kurzen Fristen sowie der vorgesehenen Schiedsstelle bei Nichteinigung – zur Begrenzung des Verhandlungskorridors und Vermeidung von Konflikten

bereits im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe des § 132e Abs. 1a (neu) vorzusehen, dass die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte die Obergrenze für die Vereinbarung mit dem DAV e.V. darstellt.

Zudem wäre in Bezug auf die Regelungen zur Abrechnung darauf hinzuweisen, dass diese nach § 300 SGB V zu erfolgen hat. Entsprechend muss der Vertrag auch regeln, welche personenbezogenen Daten für die Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlich und damit von den Apotheken zu erfassen sind.

Weiterhin ist die vorgesehene Frist zur Verhandlung zu kurz bemessen. Für die Umsetzung der Vereinbarungen zur Abrechnung und deren Überführung in die Praxis ist außerdem ein zusätzlicher Zeitraum von 6 Monaten erforderlich.

Die vorgesehene Vergütung der Apotheken für die Beschaffung der Impfstoffe zur eigenen Anwendung orientiert sich an der Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 AMPreisV für die Vergütung der Versorgung von Ärztinnen und Ärzten mit saisonalen Grippeimpfstoffen, verzichtet jedoch auf die darin vorgesehene Obergrenze. Dies ist ohne sachlichen Grund und daher unangemessen. Die im Terminservice- und Versorgungsgesetz geschaffene Regelung zur Vergütung der Apotheken für die Abgabe von Grippeimpfstoffen an Ärztinnen und Ärzte war notwendig geworden, um die damit verbundene Logistikleistung der Apotheken angemessen zu vergüten, nachdem zuvor bestehende Verträge zwischen Krankenkassen und Verbänden der Apotheken abgeschafft worden waren. Bei der Beschaffung von Grippeimpfstoffen zur Impfung in der Apotheke entfällt die logistische Leistung der zeit- und mengengerechten Versorgung der Arztpraxis; sie beschränkt sich auf die Vorratshaltung der Impfstoffe für den eigenen Verbrauch und die (Nach-)Bestellung der benötigten Mengen. Diese Leistung entspricht der auch von Arztpraxen erbrachten Leistung der Vorratshaltung in der Praxis und ist dementsprechend auch für Apotheken als Teil der Impfleistung bereits angemessen vergütet. Ein zusätzlicher finanzieller Vorteil an der Beschaffung der zur eigenen Verwendung vorgesehenen Impfstoffe ist nicht vorzusehen. Die Vergütung für die Impfstoffe ist auf die Höhe des Einkaufspreises der wirtschaftlichsten Einheit zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer zu begrenzen.

Es bestehen Zweifel, dass das gesetzlich vorgesehene Meldewesen zu den Grippeimpfstoffen adäquat ist, eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbands wäre eine verstärkte regionale Steuerung, wie sie vor Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes möglich gewesen ist, hierfür deutlich besser geeignet. In Folge der betreffenden gesetzlichen Änderungen haben sich in den letzten Jahren Ineffizienzen bei der Versorgung mit Grippeimpfstoffen ergeben. Aus Sicht des GKV-

Spitzenverbandes wäre es vor diesem Hintergrund sachgerechter, die regionalen Bedarfe durch ein dezentral organisiertes Verfahren zu berücksichtigen und die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wieder zu stärken. Soweit mit den vorliegenden Regelungen dennoch eine Ausweitung des bestehenden Systems auf Apotheken vorgesehen ist, sollte die Regelung eine differenzierte Meldung getrennt nach von Apotheken für den eigenen Bedarf und aufgrund von Bestellungen der Ärztinnen und Ärzte bestellten Impfstoffe vorsehen.

Da es sich bei den Grippeschutzimpfungen nach den hier vorgeschlagenen Änderungen um eine apothekenübliche Dienstleistung handeln wird, ist es auch Sicht des GKV-Spitzenverbands naheliegend, die Leistung nach § 132e Absatz 1a (neu) als Bestandteil der pharmazeutischen Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e aufzunehmen. Aus den oben genannten Gründen wäre es dabei erforderlich, abweichend von den für die anderen pharmazeutischen Dienstleistungen Regelungen für eine Festlegung der Vergütung auf regionaler Ebene vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Impfungen als Teil der pharmazeutischen Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e vorgesehen werden. Dabei sollte der Auftrag zur Vereinbarung der Vergütung für die Impfleistungen nach § 132e Abs. 1a (neu) abweichend an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene erteilt werden.

Sollte der Gesetzgeber anstelle des bestehenden Rahmens zur Abrechnung und Vergütung pharmazeutischer Dienstleistungen eine Direktabrechnung als erforderlich ansehen, so sollten die Regelungen zur Abrechnung nach § 300 zwischen GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart werden, die Vergütung jedoch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene.

Auch bei Beibehaltung der im Änderungsantrag vorgeschlagenen bundeseinheitlichen Abrechnung und Vergütung ergäben sich notwendige Änderungen:

Konkret müssten die vorgesehenen Regelungen in Buchstabe a werden wie folgt geändert werden:

- In Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Impfdokumentation“ ein Komma und die Wörter „maximal in Höhe der regional vereinbarten Impfhonorare für Ärztinnen und Ärzte“ ergänzt.
- In Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „die Abrechnung“ die Wörter „nach § 300 sowie die in der Apotheke zu erfassenden personenbezogenen Daten der Versicherten“ ergänzt.

Darüber hinaus sind in jedem Fall folgende Änderung erforderlich:

- In Absatz 1a Satz 2 werden die Wörter „erhalten die Apotheken einen Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer“ durch die Worte „bestimmt sich der Preis als Einkaufspreis der verwendeten Teilmenge der wirtschaftlichsten Wirkstärken-Packungsgrößen-Kombinationen zuzüglich der Umsatzsteuer“ ersetzt.

In Buchstabe b) werden nach den Wörtern „geplante Bestellungen“ die Wörter „für die Impfung durch Apothekerinnen und Apotheker“ ergänzt.

Artikel 3b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Buchstabe b

§ 132j – Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Inkrafttreten der Regelungen zur Grippeimpfung in Apotheken im Rahmen der Regelversorgung sollen die Modellvorhaben beendet werden.

B) Stellungnahme

Die Beendung der Modellvorhaben ist zwar im Sinne der Einheitlichkeit der Versorgung konsequent und insofern unvermeidlich, vergibt aber die Möglichkeit, die Ergebnisse der als Teil der Modellvorhaben gesetzlich vorgesehenen Evaluation zu gewinnen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3c (Änderung des Apothekengesetzes)

§ 21

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung dient der Ermöglichung einer Änderung der Apothekenbetriebsordnung zur Umsetzung von Grippeschutzimpfungen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Buchstabe b

§ 1a – Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Ergänzung in Absatz 11 sollen Grippeschutzimpfungen als apothekenübliche Dienstleistungen definiert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Ergänzung ist erforderlich, um die Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken zu ermöglichen. Sie impliziert, dass der Durchführung gegebenenfalls noch im Wege stehende berufsrechtliche Vorschriften (wie das Heilkundeverbot) für Grippeimpfungen aufzuheben sind und dass die Erbringung der Grippeschutzimpfungen den Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrags (§ 2 Absatz 4 ApBetrO) nicht beeinträchtigen darf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Buchstabe c

§ 2 – Apothekenleiter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen verpflichten den Apothekenleiter sicherzustellen, dass Grippeschutzimpfungen nur von dafür geschulten Apothekerinnen und Apothekern in dafür geeigneten Räumen und bei Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflicht erbracht werden. Vor Aufnahme der Impfungen ist die zuständige Behörde zu informieren.

Impfungen sollen nicht möglich sein, wenn eine Vertretung der Apothekenleitung durch Nicht-Apotheker erfolgt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen sind bis auf einen Punkt angemessen. Dies betrifft die vorgesehene Ausnahme von den Vorschriften für die Räumlichkeiten, wenn die Impfungen aufsuchend erbracht werden:

In Abwesenheit einer Begriffsdefinition geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass aufsuchendes Impfen ein Impfen in der häuslichen Umgebung der zu impfenden Personen bedeutet. Diese Regelung sollte gestrichen werden. In der häuslichen Umgebung sind weder die hygienischen Standards noch das Vorhandensein der im eventuellen medizinischen Notfall erforderlichen Maßnahmen und Mittel ausreichend sicherzustellen. Aufsuchendes Impfen ist daher mit unangemessen erhöhten Risiken verbunden. Eine Versorgung in der Häuslichkeit wäre außerdem nur dann angemessen, wenn ein Aufsuchen der Apotheke wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist; bei Bestehen solcher Einschränkungen ist jedoch zu hinterfragen, ob die Impfung durch Apothekerinnen und Apotheker überhaupt gewollt und möglich ist, oder ob nicht vielmehr eine ärztliche Abklärung erforderlich ist. Zudem fehlt es an einer Rechtsgrundlage, nach der Apotheken Dienstleistungen außerhalb der Apotheke erbringen dürfen.

C) Änderungsvorschlag

In Doppelbuchstabe aa wird im neuen Absatz 3a in Nummer 2 der Einschub „soweit kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird“ samt Kommata gestrichen.

Artikel 3d (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Buchstabe d

§ 35a (neu) – Vorbereitung und Durchführung von Grippeschutzimpfungen durch öffentliche Apotheken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 35a soll detaillierte Regelungen zur Umsetzung der Grippeimpfungen in Apotheken vorsehen.

Geregelt werden soll eine Ergänzung des Qualitätsmanagementsystems von Apotheken in Bezug auf Impfungen, die Erbringung der Impfungen allein durch entsprechend geschulte Apothekerinnen und Apotheker ohne Möglichkeit zur Delegation und allein mit Unterstützung durch weiteres Personal der Apotheke, das zwingende Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten für den gesamten Prozess der Impfung, wobei diese Räume nicht einheitlich mit den Apothekenräumen sein müssen, die Aufklärung der zu impfenden Personen, Meldepflichten zu Impfereignissen, die Dokumentation der Impfungen sowie Hygienemaßnahmen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen erscheinen überwiegend angemessen und ausreichend; analog zur Kommentierung zu Artikel 3d Buchstabe c sollte keine Möglichkeit aufsuchenden Impfens vorgesehen werden.

Zudem erscheint der § 35a (neu) Absatz 3 vorgesehene Verweis auf eine entsprechende Geltung des § 4 Absatz 4 ApBetrO unzureichend; angemessener wäre das umgekehrte Vorgehen einer Ergänzung des § 35a in den Regelungen des § 4.

C) Änderungsvorschlag

In § 35a (neu) Absatz 3 sollte der Nachsatz „sofern kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird“ samt Komma gestrichen werden.

Gestrichen wird weiter der Satz 3 mit dem Verweis auf die entsprechende Geltung des § 4 Absatz 4; stattdessen ist § 4 Absatz 4 ApBetrO wie folgt zu ergänzen:

In Nummer 3 wird das Wort „oder“ gestrichen. Eine neue Nummer 3a wird mit folgendem Text ergänzt: „Räume, die für Grippeschutzimpfungen nach § 35a genutzt werden, oder“.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 10 ApoG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das in § 10 ApoG vorgesehene Bevorzugungsverbot betrifft ausschließlich Arzneimittel, die in der Apotheke angeboten oder abgegeben werden.

Mit den Grippeschutzimpfungen beziehen Apotheken Arzneimittel zur Anwendung; da der Besitz nicht auf die zu impfende Person übergeht, sind Regelungen die Abgabe betreffend hierbei nicht einschlägig.

B) Stellungnahme

Das Bevorzugungsverbot sollte auch auf für die Impfung in der Apotheke verwendete Impfstoffe ausgeweitert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 ApoG wird wie folgt ergänzt:

„Dies gilt entsprechend für Arzneimittel, die zur Anwendung in der Apotheke vorgesehen sind.“

§ 20i SGB V – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 20i SGB V regelt den Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit Schutzimpfungen. Ausgehend von den Empfehlungen der ständigen Impfkommission bestimmt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 15 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie – SI-RL) Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen.

Da der G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V einzig dazu ermächtigt ist, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen, ist die SI-RL nicht für Impfungen durch Apotheken anwendbar und der Anspruch der Versicherten somit nicht auf Impfungen durch Apotheken erstreckt.

B) Stellungnahme

Aufgrund der Ermächtigungsgrundlage des G-BA ist es ihm nach dem Verständnis des GKV-Spitzenverbands nicht möglich, die SI-RL so anzupassen, dass ihre Regelungen auch für Impfungen in Apotheken gelten. Die SI-RL umfasst zudem auch Regelungen, die für Apotheken nicht einschlägig sein können, beispielsweise die Vorgaben zur Dokumentation von Impfungen in Anlage 2 SI-RL.

Mit einer gesetzlichen Einbeziehung der Apotheken in die Regelversorgung mit Grippeschutzimpfungen ist jedoch auch der Anspruch der Versicherten auf die Leistungserbringung durch Apotheken auszudehnen. Dabei ist zu beachten, dass der Umfang des Anspruchs sich nicht dadurch unterscheiden kann, welcher Leistungserbringer eine Impfung vornimmt.

Daher ist in § 20i eine Ergänzung vorzunehmen, nach der die Regelungen des G-BA zu Voraussetzungen, Art und Umfang unter Beachtung des § 20c IfSG entsprechend gelten.

C) Änderungsvorschlag

In § 20i SGB V werden in Absatz 1 Satz 3 am Ende ein Semikolon und der Halbsatz „diese Bestimmungen gelten unter Beachtung des § 20c IfSG entsprechend für Impfungen in Apotheken“.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(15)
gel. VB zur öffent. Anh am
27.04.2022
26.04.2022

ENTWURF EINES GESETZES ZUR ZAHLUNG EINES BONUS FÜR PFLEGEKRÄFTE IN KRANKENHÄUSERN UND PFLEGEEINRICHTUNGEN (PFLEGEBONUSGESETZ)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ENTWURF DER FRAKTIONEN SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP VOM 05.04.2022, BT-DRCKS. 20/1331 UND ZUM ANTRAG DER FRAKTION DER CDU/CSU: „BONUSZAHLUNG FÜR LEISTUNG DER MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN ETC.“ VOM 15.03.2022, BT-DRCKS. 20/1014

25. APRIL 2022

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

Angesichts der andauernden und kräftezehrenden außergewöhnlichen Belastungen aller im Gesundheitswesen tätigen Professionen während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie befürwortet die KBV ausdrücklich die kurzfristige Prämienzahlung für das Pflegepersonal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die im Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (Pflegebonusgesetz) vorgesehen ist.

Gleichzeitig erneuert die KBV den eindringlichen Appell, hier nicht die besonderen Verdienste der über 300.000 Medizinischen Fachangestellten (MFAs) in den Vertragsarztpraxen während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie zu vergessen und auch diese entsprechend zu würdigen.

Die Teams der Vertragsarztpraxen standen während der letzten zwei Jahre gemeinsam an der vordersten Front der Pandemie:

Schon während der ersten Phase der Pandemie konnten sechs von sieben COVID-19-Fällen ambulant (und noch oft ohne entsprechende Schutzmöglichkeiten) versorgt werden. Im weiteren Verlauf bis August 2021 waren es sogar 13 von 14 Patienten, die durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihre Praxisteams behandelt wurden. Durch den Schutz der Impfungen und den Rückgang schwerer Verläufe aufgrund der Omikron-Variante, erhöhte sich der Anteil der ambulant versorgten Patienten zuletzt sogar auf 32 von 33 (Stand Februar 2022), das bedeutet, nur 3 % der Patienten mit positiven Corona-Test mussten stationär versorgt werden.

Ca. 86 Millionen Impfungen wurden durch die Teams der Vertragsarztpraxen bisher durchgeführt (Stand März 2022). Es waren die MFAs, die durch ihr kontinuierliches Terminmanagement und durch ihr flexibles Praxismanagement diese 86 Millionen Impfungen ermöglicht haben. Die MFAs waren hier erste Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten und haben angesichts sich schnell ändernder Rahmenbedingungen und Empfehlungen u.a. allein in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten Außerordentliches geleistet.

Die enorme zusätzliche Belastung in den Praxen zeigt exemplarisch den großen Ansturm zu Beginn des Jahres. In der Woche vom 31.01.2022 bis zum 06.02.2022 erfolgten 1,5 Millionen Arztbesuche wegen akuter Atemwegserkrankungen, davon 420.000 Arztbesuche wegen COVID-19.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass dies alles zusätzlich zum „normalen Praxisbetrieb“ erfolgt ist, der von den Vertragsärzten mit ihren Teams verlässlich während der Coronavirus- SARS-CoV-2-Pandemie aufrechterhalten wurde.

Ohne den aufopfernden und stets verlässlichen Einsatz der MFAs in den Praxen hätte die Pandemie nicht in diesem Umfang bewältigt werden können. Die Teams der Vertragsarztpraxen haben in der Pandemie ganz entscheidend dazu beigetragen, weitere Belastungen der Krankenhäuser zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sei auch auf das ebenfalls zu berücksichtigende Engagement der MTAs in den Laboren bei der Bewältigung der erforderlichen PCR-Tests hingewiesen.

Aus Sicht der KBV bedarf es deshalb dringend der öffentlichen Wertschätzung. Die Auswahl der begünstigten Pflegekräfte im Gesetzesentwurf ist daher nicht nachvollziehbar.

Die KBV unterstützt hingegen die Inhalte des Antrags der Fraktion der CDU/CSU „Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten, Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie – Nachhaltige Stärkung des Berufsbilds der Medizinischen Fachangestellten jetzt voranbringen“, BT-Drcks. 20/20/1014. Maßnahmen, wie eine Bonuszahlung, die Refinanzierung der Tarifabschlüsse durch die Kostenträger, die refinanzierte Erweiterung des Leistungskatalogs um durch entsprechend qualifizierte MFA erbringbare Leistungen und die Aktualisierung des Ausbildungsberufes, tragen dazu bei, dieses für die Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung zentrale Berufsbild aufzuwerten und attraktiver zu gestalten.

Die KBV setzt sich nachdrücklich für eine steuerfinanzierte Prämie von mindestens 500 Euro für die MFAs, als gesellschaftlicher Ausdruck der Anerkennung ihres Engagements für die Bürgerinnen und Bürger während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie, ein. Alternativ sind zumindest Steuerfreibeträge in Höhe von mindestens 3500 Euro vorzusehen.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)29(19)
gel. VB zur öffent. Anh. am
27.04.2022 - Pflegebonus
26.04.2022

Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zu

den Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

26. April 2022

Postfach 511040
50946 Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Telefon
(0221) 99 87 – 0

Telefax
(0221) 99 87 – 39 50

E-Mail
info@pkv.de

Internet
www.pkv.de

ZU ÄNDERUNGSANTRAG 1

Zu Art. 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch): Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung

Der vorgeschlagene Änderungsantrag sieht vor, dass die verpflichtend abzurufenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI künftig auf Wunsch der/des Versicherten abwechselnd vor Ort und per Videokonferenz in Anspruch genommen werden können.

Bewertung

Der PKV-Verband befürwortet die vorgeschlagene Änderung ausdrücklich. Sein Tochterunternehmen compass private pflegeberatung GmbH, das die Pflegeberatung und Beratungsbesuche bei Privatversicherten durchführt und daher über eine hohe Expertise und große Praxiserfahrung in dem Bereich verfügt, hat während der Corona-Pandemie Erfahrungen mit dem Beratungseinsatz per Videokonferenz gesammelt und diesen umfassend systematisch evaluiert. Dabei kommt compass zu einem durchweg positiven Ergebnis, das auch für die vorgeschlagene Gesetzesänderung spricht.

Die Wahlmöglichkeit und Kombination des Beratungsbesuchs mit Hausbesuch und per Videokonferenz entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden. Der Hausbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI per Videokonferenz ist möglich und wird von den Klientinnen und Klienten gerne in Anspruch genommen. Auch Videokonferenzen ermöglichen den Zugang sowie die Einschätzung der Pflegesituation und weiteren Beratungsbedarfs der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen. Die Bedürfnisse der Ratsuchenden können – verglichen mit dem Hausbesuch – gut identifiziert und bearbeitet werden.

Insgesamt ist es eine zukunftsorientierte Entwicklung, die die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie aufgreift, einen sinnvollen Einsatz neuer digitaler Möglichkeiten fördert und Vorteile insbesondere für die Versicherten mit sich bringt. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Videokonferenz sind eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Beratungsbesuche mit Hausbesuch.

ZU ÄNDERUNGSANTRAG 2

Zu Art. 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch): Digitale Pflegeanwendungen

Vorgeschlagene Regelung

Es soll eine Befristung der ersten Bewilligung digitaler Pflegeanwendungen eingeführt werden. Nach einer positiven Abfrage zur tatsächlichen Nutzung und zur Erreichung der Zwecksetzung der Versorgung ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

Bewertung

Es sollte zur Klarstellung ergänzt werden, dass der Anspruch auf die digitale Pflegeanwendung nicht mehr besteht, wenn nach der unbefristeten Bewilligung die Notwendigkeit der Versorgung der/des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung nicht mehr besteht.

ZU ÄNDERUNGSANTRAG 3

Zu Art. 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch): Pandemiebedingte Sonderregelungen

Vorgeschlagene Regelung

Die Erstattung der coronabedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen auf die notwendigen Testkosten beschränkt werden.

Die Sonderregelungen zur Gewährung von Pflegesachleistung und des Entlastungsbetrags bei coronabedingten Versorgungsengpässen sollen bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden.

Bewertung

Die Begrenzung der Erstattung auf die notwendigen Testkosten, die den Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstehen, ist angemessen und wird begrüßt. Damit wird der Entwicklung der Pandemie Rechnung getragen.

ZUSÄTZLICHER EIGENER VORSCHLAG

Zu Art. 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch): Digitale Begutachtung

Ebenso wie bei den Beratungsbesuchen (vgl. oben ÄA 1) werden auch bei der Begutachtung der Antragsteller dringend erweiterte Möglichkeiten benötigt, um die Digitalisierung in der Pflege besser nutzen zu können. Die stark steigenden Antragszahlen (PPV 2021: +20 %; 2022: bisher weitere + 8 %) bringen die Gefahr mit sich, dass es bei der Leistungsbewilligung zu Verzögerungen kommt und Rückstände auflaufen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des 2017 eigeführten neuen Pflegebegriffs dürfte es sich bei den Anstiegen nicht nur um vorübergehende Effekte handeln.

Durch die Corona-Pandemie verfügt die Pflegeversicherung glücklicherweise auch in diesem Bereich bereits über umfangreiche Erfahrungen mit einer Alternative zum Hausbesuch. Zum Schutz vor unnötigen Kontakten besteht gem. § 147 SGB XI noch bis zum 30.6.2022 die Möglichkeit, in geeigneten Fällen die Begutachtung mittels strukturierter Telefoninterviews durchzuführen. Neben der Feststellung des Pflegegrades erfolgen dabei auch diverse weitere Feststellungen, u. a. zum Beratungsbedarf, zum Hilfsmittelbedarf oder der Notwendigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Die Umstellung auf dieses Verfahren war unproblematisch und bei den Pflegegraden und den Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter wurden keine wesentlichen Abweichungen festgestellt. Die Flexibilität für die Beteiligten (versicherte Personen, Angehörige, Pflegepersonal, Gutachterinnen und Gutachter sowie Pflegeversicherungen) hat sich wesentlich erhöht und der Ressourceneinsatz erfolgt effizienter, insbesondere durch die wegfallende Anfahrt zu dem Hausbesuchstermin. Die Akzeptanz der Versicherten mit dem Verfahren und mit den Ergebnissen ist mindestens ebenso hoch wie bei den Hausbesuchen.

Es hat sich damit gezeigt, dass diese „digitale Begutachtung“ über ihren Nutzen in der Pandemie hinaus eine sehr gut geeignete und zeitgemäße weitere Form eines Verfahrens zur Feststellung der Pflege-

bedürftigkeit nach § 18 SGB XI bietet. Sie sollte daher unabhängig von der Pandemie weiterhin angewendet werden können, sofern die antragstellende Person ihr zustimmt. Dabei könnte der Anwendungsbereich im Rahmen einer Übergangsregelung zunächst auf Folgegutachten begrenzt werden, damit die erste Begutachtung stets im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgt. Auch hier wäre der Entlastungseffekt schon sehr groß. Die endgültige Festlegung könnte einer anschließenden Neugestaltung des § 18 SGB XI vorbehalten bleiben. Damit würde vermieden, dass nach Auslaufen des § 147 wieder vollständig auf das alte Verfahren zurückgegangen werden muss, es dadurch erneut zu Umstellungsaufwand kommt und der Erfahrungsaufbau bei der Digitalisierung der Begutachtung einen Rückschlag erleidet.

Gesetzesvorschlag

In § 18 Abs. 2 SGB XI werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Untersuchung im Wohnbereich kann in geeigneten Fällen durch ein strukturiertes Telefoninterview oder eine Videokonferenz ersetzt werden. Welche Fälle geeignet sind, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI festgelegt.“

In § 18 Abs. 2 S. 4 SGB XI wären die Worte „im Wohnbereich des Pflegebedürftigen“ zu streichen und durch „nach Satz 1 oder 2“ zu ersetzen.