

# Stellungnahme

Änderungsanträge zum GVWG

Sozialverband  
Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Bei Rückfragen:  
Tel. 030 72 62 22-0  
Fax 030 72 62 22-328  
sozialpolitik@sovd.de

## **Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz**

(GVWG-ÄAe)

Bundestag-Drucksache 19/26822

### **1 Gesamtbewertung**

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung vor über 26 Jahren war das Ziel verbunden, aufgrund der hohen Ausgaben für Pflegeleistungen bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit ein Abrutschen in die Sozialhilfebedürftigkeit zu verhindern. Dieses Ziel wurde weitgehend verfehlt. Es war ein Konstruktionsfehler, die soziale Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung auszugestalten. Statt alle notwendigen Leistungen und Kosten der Pflege zu übernehmen, wird lediglich ein pauschaler Zuschuss zu den Pflegekosten gewährt. Dieser ist durch Höchstbeträge gedeckelt und deckt den pflegebedingten Bedarf nie vollständig ab. Jede Kostensteigerung haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen damit zu 100 Prozent selbst zu tragen, etwa ausgabensteigernde Investitionen zur notwendigen Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegenden. Die Folge sind steigende Eigenanteile. Bei stetiger Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen.

Nach über 26 Jahren befindet sich die Pflegeversicherung in Deutschland erneut an einem Scheideweg. Pflege darf kein Armutsrisiko sein. Für eine nachhaltige und zukunftsfähige Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung in Deutschland und dessen Finanzierung sind umfassende Schritte notwendig. Die angekündigten Eckpunkte und Arbeitsentwürfe zu einer umfassenden Pflegereform 2021 wurden seitens des SoVD positiv wahrgenommen, zumal viele Diskussionspunkte der vergangenen Jahre darin zu Recht thematisiert wurden. Schließlich waren die prekären Situationen in der pflegerischen Versorgung eines der bestimmenden Themen dieser Legislaturperiode: der anhaltende Pflegepersonalnotstand, kontinuierlich steigende Eigenanteile, die Belastungen für pflegende Angehörige, der demografische Wandel und nicht zuletzt die Herausforderungen durch die anhaltende COVID-19-Pandemie für die Pflege. Es ist daher überaus enttäuschend, dass eine notwendige und umfassende Reform der pflegerischen Versorgung in dieser Legislaturperiode ausbleibt.

Als eine der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 SGB XI nimmt der SoVD zu ausgewählten Änderungsanträgen im Einzelnen wie folgt Stellung:

## **2 Zu den Änderungsanträgen zu Artikel 1 (SGB V)**

### **Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege**

Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nr. 11a a) (§ 37 Abs. 2a S. 1 und 2 – neu)

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll sich zukünftig an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen beteiligen. Hierfür ist vorgesehen, dass die GKV einen jährlichen Pauschbetrag in Höhe von 640 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zahlt. Die Zahlung erfolgt dabei anteilig quartalsweise.

**SoVD-Bewertung:** Der SoVD begrüßt die Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen als richtigen Schritt. Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung und ist somit eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Für Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen ist sie derzeit systemfremd bei der Pflegeversicherung angesiedelt. Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf medizinische Behandlungspflege. Diese Krankenkassenleistung wird den gesetzlich Krankenversicherten, die sich als Pflegebedürftige in stationärer Pflege befinden, derzeit von den Krankenkassen im Ergebnis vorenthalten.

Gleichzeitig kann dies u. U. zur vorzeitigen Erschöpfung des pflegegradabhängigen Pflegebudgets nach dem jeweiligen Pflegegrad führen, obwohl dies eigentlich nur für reine Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

Gleichwohl bezifferte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) bereits 2018 das Finanzrisiko bei einer Verlagerung der Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von der sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf die GKV je nach Ausgestaltung auf deutlich über 3 Milliarden Euro.<sup>1</sup> Eine Pauschale in Höhe von 640 Mio. Euro reicht entsprechend bei Weitem nicht aus, um die tatsächlichen Kosten der medizinischen Behandlungspflege zu decken. Zur finanziellen Entlastung der SPV ist die medizinische Behandlungspflege daher vollständig systemgerecht aus Mitteln der GKV zu finanzieren.

### **Stärkung der Pflegefachpersonen**

Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nr. 11a b) (§ 37 Abs. 8, 9, 10 neu)

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zukünftig Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der verordnungsfähigen Maßnahmen – über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können – sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch die Leistungserbringenden über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes festlegen. Nach drei Jahren soll dann eine Evaluation erfolgen.

**SoVD-Bewertung:** Das Modellprojekt zur Befähigung zu verordnungsfähigen Maßnahmen durch qualifizierte Pflegekräfte wird begrüßt, da die Evaluation wichtige Erkenntnisse über Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität liefert.

---

<sup>1</sup> Vgl. Stellungnahme des GKV-SV anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu Eigenanteilen in Pflegeheimen senken vom 4. Juni 2018

### **Neuer Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus**

Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nr. 13a (§ 39e neu)

Patient\*innen sollen unmittelbar im Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus einen Anspruch auf Übergangspflege in demselben Krankenhaus erhalten, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können.

**SoVD-Bewertung:** Der neue Leistungsanspruch ergänzt das Leistungsspektrum der Übergangspflege und schützt Patient\*innen vor unzumutbarem Aufwand zur Sicherstellung der Versorgung kurz nach einer Behandlung im Krankenhaus. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst dabei die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Entsprechend therapeutisch sinnvoll muss die Phase auch im Krankenhaus genutzt werden, um vorhandene Reha-Potentiale nicht mangels unterbliebener Therapie verloren gehen zu lassen. Aus Sicht des SoVD ist diese Regelung zu begrüßen, da sie auch „blutigen“ Entlassungen ohne ausreichende medizinische Nachsorge vorbeugen und zugleich mehr Zeit für ein wirksames und zielführendes Entlassungsmanagement bieten kann.

### **Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen**

Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nr. 18a (§ 64d neu)

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam in jedem Bundesland jeweils ein Modellvorhaben durchführen, welches die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte vorsieht.

**SoVD-Bewertung:** Der SoVD begrüßt die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonal, denn die Ergebnisse aus dem Modellvorhaben können dazu beitragen, Prozesse zu beschleunigen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zum Beispiel in strukturschwachen Gebieten zu erleichtern.

### **Fehlende gesetzliche Regelung zur Assistenz im Krankenhaus**

Noch immer fehlt eine gesetzliche Regelung zur Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen bzw. erhöhten Pflegebedarfen. Die vorliegenden Änderungsanträge zum GVWG sehen eine solche Regelung nicht vor. Der Ausschuss

für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages hatte in einem Entschließungsantrag 19(11)1051 den dringenden Handlungsbedarf zu diesem Thema jüngst unterstrichen.

**SoVD-Bewertung:** Der SoVD fordert dringend eine gesetzliche Regelung zur Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit schweren Behinderungen bzw. erhöhten Pflegebedarfen. Ihre Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson, etwa durch nahe Angehörige, zur Kommunikation und zur emotionalen Unterstützung ist vielfach unverzichtbar, damit eine Krankenhausbehandlung überhaupt erst möglich wird.

Der Gesetzgeber steht in der Pflicht, die erforderlichen gesetzlichen Regelungen, einschließlich der Klärung der finanziellen Fragen und Verantwortlichkeiten, noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen, um den gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit komplexen Behinderungen oder vergleichbaren Beeinträchtigungen, etwa schweren demenziellen Erkrankungen, sicherzustellen.

### 3 Zu den Änderungsanträgen zu Artikel 2 (SGB XI)

#### Änderungsantrag 3: Gegenfinanzierung

Änderungsantrag 3 zu Artikel 2 Nr. 1a (§ 55 Absatz 3 Satz 1, § 61a – neu)

Zur Gegenfinanzierung der geplanten Regelungen im Bereich des SGB XI soll der Zuschlag für Kinderlose beim Pflegebeitrag um 0,1 Beitragssatzpunkte auf künftig 0,35 Prozentpunkte ab dem 1. Januar 2022 angehoben werden. Zugleich ist eine pauschale Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der SPV ab dem Jahr 2022 von jährlich einer Milliarde Euro vorgesehen.

SoVD-Bewertung: Die Gesamtfinanzierung der geplanten Maßnahmen geht in erster Linie zulasten der Kinderlosen. Zugleich fällt die Beteiligung des Bundes mit einem pauschalen Zuschuss von jährlich (nur) einer Milliarde Euro überaus gering aus und dürfte nicht ansatzweise ausreichen, geschweige denn nachhaltig zur Refinanzierung dienen. Nach ersten vorsichtigen Schätzungen der Kassen wird bereits jetzt im nächsten Jahr eine Finanzierungslücke von rund zwei Milliarden Euro erwartet. Zudem wird zusätzliches Pflegepersonal dringend benötigt, um dem anhaltenden Pflegepersonalnotstand zu begegnen.

In diesem Zusammenhang kritisiert der SoVD ausdrücklich den Wegfall der ursprünglich vorgesehenen Erstattungsregelung geleisteter Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus Steuermitteln. Die Kostentragung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch den Bund ist

richtig und hätte die SPV mit rund drei Milliarden Euro jährlich erheblich finanziell entlastet. Dies muss auch für weitere gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfolgen, wie etwa für das Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung der Pflegenden nach § 44a SGB XI, die die SPV bislang ebenfalls aus Beitragsmitteln finanziert. Pflege muss insgesamt stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen und entsprechend vom Bund mitfinanziert werden. Notwendig ist ein dauerhafter und jährlich dynamisierter Steuerzuschuss des Bundes für die SPV.

#### **Änderungsantrag 4:**

#### **Leistungszuschlag für pflegebedingte Eigenanteile in der vollstationären Pflege**

Änderungsantrag 4 zu Artikel 2 Nr. 1a (§ 43c– neu) und Artikel 16

Der Änderungsantrag sieht prozentual gestaffelte Leistungszuschläge für die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Pflege vor. Zum einen erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate vollstationäre Leistungen beziehen, einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Weiter erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 24 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 45 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 36 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Die Pflegeeinrichtungen stellen den Leistungszuschlag neben den Leistungsbetrag den Pflegekassen direkt in Rechnung und den Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Regelung soll zum 1. Januar 2022 Inkrafttreten.

**SoVD-Bewertung:** Eine Reduzierung der Kostenbelastung Pflegebedürftiger bei den pflegebedingten Eigenanteilen ist längst überfällig und dringend notwendig – noch in dieser Legislaturperiode. Der Änderungsantrag wird deshalb ausdrücklich begrüßt, denn immerhin entlastet er wenigstens die finanziell besonders belasteten Langzeitpflegebedürftigen erheblich. Umso länger eine stationäre Vollzeitpflege beansprucht wird, je höher ist der prozentuale Leistungszuschlag und reduziert die finanzielle Belastung spürbar. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Bundesland die vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. Damit werden auch regional bedingte Unterschiede bei dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) durch die prozentuale Regelung berücksichtigt. Der EEE liegt nach aktuellen

Zahlen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum 1. Januar 2021 bundesweit im Durchschnitt bei 831 Euro und variiert je Bundesland erheblich (von einem durchschnittlichen EEE in Höhe von 580 Euro in Thüringen bis hin zu 1.121 Euro in Baden-Württemberg; Quelle: vdek). Ein frühzeitiges Inkrafttreten dieser Regelung, wie es etwa ursprünglich mit dem 1. Juli 2021 vorgesehen war, wäre angesichts der dramatischen Kostenentwicklung beim pflegebedingten Eigenanteil überaus sinnvoll gewesen. Durch die späte Umsetzung der Entlastungsregelungen müssen die Langzeitpflegebedürftigen nun ein weiteres halbes Jahr länger auf die dringend notwendigen, finanziellen Entlastungen warten.

Es bleibt aber dabei, dass prozentuale Leistungszuschüsse nicht vor weiter steigenden Eigenanteilen schützen. Insoweit kann von einer „Begrenzung“ des pflegebedingten Eigenanteils keinesfalls die Rede sein. Angesichts des demografischen Wandels und notwendiger Mehrausgaben, etwa für eine angemessene Bezahlung beruflich Pflegenden, wird damit das Problem steigender Eigenanteile lediglich vertagt. Der Zuschuss im ersten Jahr ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein und wird seinem Zweck, eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, kaum gerecht. Das Kostenrisiko verbleibt damit im ersten Jahr weiter bei den Pflegebedürftigen. Angesichts einer durchschnittlichen Verweildauer in Pflegeheimen zwischen einem und zweieinhalb Jahren (je nach Statistik) ist dies überaus ernüchternd. Die finanziellen Gesamtbelastungen der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen liegen mittlerweile im Bundesdurchschnitt bei 2.068 Euro im Monat. Diese Summe ist für viele pflegebedürftige Rentner\*innen bereits heute nicht mehr aus ihrer Rente finanzierbar. Deshalb muss eine spürbare finanzielle und nachhaltige Entlastung der Betroffenen zu einem deutlich früheren Zeitpunkt erfolgen, nämlich bereits ab dem ersten Tag der stationären Versorgung. Fünf Prozent genügen bei den derzeitigen hohen Gesamtbelastungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen bei weitem nicht. Perspektivisch fordert der SoVD weiterhin eine Pflegeversicherung, die zur Absicherung des gesamten Pflegerisikos alle pflegebedingten Kosten übernimmt.

Neben den steigenden EEE haben sich die Investitionskosten in der stationären Pflege in den letzten Jahren zu einem großen Kostenfaktor für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entwickelt. Sie machen mittlerweile mit 455 Euro im Bundesdurchschnitt rund ein Viertel der finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen aus. Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlich pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies umfasst auch die finanzielle Unterstützung bei den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen von Pflegeeinrichtungen. Anstatt ihrer Verantwortung bei der Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

nachzukommen, werden die Investitionskosten mit Billigung der Länder von den Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen zusätzlich in Rechnung gestellt. Ein verpflichtender Zuschuss der Bundesländer zu den Investitionskosten, wie es der Arbeitsentwurf für eine Pflegereform 2021 noch vorsah, wäre zumindest ein guter Ansatz gewesen, der die Länder endlich aus ihrer Deckung zwingt. Schließlich profitieren die Länder als Träger der Sozialhilfe ebenfalls von einer Reduzierung der Eigenanteile. Die Länder müssen endlich Verantwortung übernehmen. Dies würde nebenbei zu mehr Kontrolle und Aufsicht über die Höhe der geltend gemachten Investitionskosten führen, wodurch letztlich die Investitionskosten insgesamt gesenkt werden könnten. Das GWVG bietet letztmalig die Chance, noch in dieser Legislaturperiode weitere notwendige Schritte zur finanziellen Entlastung Betroffener bei gleichzeitiger Stärkung der Finanzierungsbasis des Pflegesystems in Deutschland zu schaffen. Diese Chance sollte genutzt werden.

#### **Änderungsantrag 5: Tarifliche Entlohnung als Zulassungsvoraussetzung**

Änderungsantrag 5 zu Artikel 2 Nr. 4 bis 11 – neu  
(insbesondere § 72 Abs. 3a bis 3f – neu – sowie § 82c – neu)

Vom 1. September 2022 an dürfen Versorgungsverträge nur noch mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die nach Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Für Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ebenfalls nur dann abgeschlossen werden, wenn die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags im Geltungsbereich nicht unterschritten wird. Zudem kann dann eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ebenfalls nicht als unwirtschaftlich ablehnbar gelten Entlohnungen, die das regional übliche Entgeltniveau nicht um mehr als 10 Prozent übersteigen. Dies soll zum 1. September 2022 Inkrafttreten. Eine Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen.

**SoVD-Bewertung:** Der SoVD begrüßt den mit der Regelung verfolgten Ansatz, grundsätzlich tarifliche Bezahlung in der Pflegebranche etablieren zu wollen. Dies darf aber nicht zu einer Förderung oder Verfestigung von Dumpingtarifverträgen in einzelnen Einrichtungen führen. Dem wird nun erkennbar versucht entgegenzutreten, indem für nicht tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundene Pflegeeinrichtungen eine Anknüpfung an das jeweilige regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau vorgesehen ist. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen tariflichen Entlohnung wird auf die Entlohnung für die Arbeitnehmer\*innen abgestellt. Das regional übliche Niveau wird durch einen nach der Anzahl dieser Arbeitnehmerinnen und

Arbeitnehmer gewichteten Durchschnitt der in der Region angewandten kollektivrechtlichen Regelungen ermittelt. Zusätzlich wird mit der Wirtschaftlichkeitsvorgabe einer höheren Entlohnung (bis zu 10 Prozent über dem regional üblichen Entgelt-niveau) ein Anreiz für positive Lohnentwicklungen geschaffen. Im Ergebnis bleibt der SoVD weiterhin Unterstützer der Forderung nach einem bundeseinheitlichen, flächendeckenden Tarifvertrag für die Altenpflege in Deutschland. Darin sehen wir die Möglichkeit, branchenweit eine angemessene Bezahlung unter fairen Bedingungen zu etablieren und damit den Altenpflegeberuf insgesamt attraktiver zu gestalten, um letztlich dem Pflegepersonalnotstand wirkungsvoll zu begegnen.

### **Änderungsantrag 6: Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege**

Änderungsantrag 6 zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 88a – neu)

Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege wird die Selbstverwaltung beauftragt, Empfehlungen für die Kurzzeitpflege und entsprechende Anpassungen der Landesrahmenverträge abzugeben.

**SoVD-Bewertung:** Kurzzeitpflege ist erforderlich, wenn eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit einer vollstationären Pflege bedarf, etwa wenn die häusliche Pflege für eine bestimmte Zeit ausgesetzt werden muss oder auch nach einem Krankenhausaufenthalt. Bundesweit gibt es zu wenig Kurzzeitplätze und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Dieser Tatsache ist letztlich auch der neue Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus geschuldet. Notwendig ist ein flächendeckender Ausbau. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege zu stärken, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird. Diese Vereinbarung wird nicht mehr erreicht. Die Wegbereitung zur Umsetzung wird nunmehr wenigstens mit dem vorliegenden Antrag noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht.

### **Änderungsantrag 7: Pflegepersonalbemessungsverfahren**

Änderungsantrag 7 zu Artikel 2 Nr. 4 bis 6 – neu (insbesondere § 113c – neu)

Geregelt wird die gesetzliche Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalanhaltswerte je Pflegegrad ab 1. Juli 2023. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“. Danach wird ein Personal-

bemessungsverfahren vorgeschlagen, dass sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

**SoVD-Bewertung:** Die gesetzliche Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird ausdrücklich begrüßt. Der SoVD hat als einer der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 SGB XI die Entwicklung des Verfahrens begleitet. Gute Pflege braucht eine bedarfsorientierte Pflegepersonalausstattung. Mit der Einführung ist die Hoffnung verbunden, eine solche am Bedarf der jeweiligen Bewohner\*innenstruktur entsprechenden Pflegepersonalausstattung in den Einrichtungen der stationären Pflege bundesweit und flächendeckend zu erreichen. Dabei sieht der SoVD ein Verständnis der Personalanhaltswerte als Höchstwerte kritisch. Notwendig ist jedenfalls eine fortwährende wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. Die Umsetzung steht überdies insgesamt in Zeiten zunehmenden Pflegepersonalnotstandes und des demografischen Wandels vor erheblichen Herausforderungen.

#### **Änderungsantrag 8: Verordnungskompetenz von Pflegekräften**

Änderungsantrag 8 zu Artikel 2 Nr. 1a – neu (§ 40 Abs. 6 – neu)

Qualifizierte Pflegefachkräfte erhalten die Möglichkeit, konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Erfolgt dies bei Antragstellung, werden in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung bzw. die Erforderlichkeit der Versorgung vermutet. Einer ärztlichen Verordnung bedarf es insofern nicht.

**SoVD-Bewertung:** Die Verordnungskompetenz wird begrüßt. Dadurch können Pflegebedürftige zügiger für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten. Zugleich wird die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich gestärkt und der Pflegefachberuf durch die Kompetenzstärkung attraktiver gestaltet.

#### **Änderungsantrag 14: Kostenerstattungsansprüche nach Tod des Pflegebedürftigen**

Änderungsantrag 14 zu Artikel 2 Nr. 1a (§ 35)

Nach dieser Regelung erlöschen Kostenerstattungsansprüche erst nach 12 Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen.

**SoVD-Bewertung:** Sowohl der Kostenerstattungsanspruch als auch die Verdoppelung des ursprünglich nur auf sechs Monate ausgelegten Erstattungszeitraums auf nunmehr 12 Monate wird ausdrücklich begrüßt. Bei Ansprüchen auf Kostenerstattung treten die Berechtigten regelmäßig in Vorleistung mit Erstattungsanspruch. Verstirbt der zu Pflegenden vor der Abrechnung der ausgelegten Kosten, so bestand bislang für den Erben kein Anspruch auf Kostenerstattung. Nach geltender Gesetzeslage betrifft dies insbesondere die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Abs. 4 und 45b sowie den Anspruch nach § 40 Abs. 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann. Mit der neuen Regelung wird ausdrücklich auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche ermöglicht.

### **Änderungsantrag 18: Anhebung von Leistungsbeträgen**

Änderungsantrag 18 zu Artikel 2 Nr. 1a und 1b (§ 36 Abs. 3 und § 42 Abs. 2)

Die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 werden um 5 Prozent und der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben.

**SoVD-Bewertung:** Die Anhebung soll allein zum Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstiegs dienen. Es wird bezweifelt, dass die Anpassung diesem Zweck gerecht wird.

Vielmehr böte sich hier die Gelegenheit zur Stärkung der häuslichen Pflege und zum Ausgleich der gestiegenen Kosten pflegerischer Leistungen der letzten Jahre. Eine Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, jährlich automatisch wirkenden Anpassung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung ist dringend notwendig, um dem fortschreitenden Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen entgegenzuwirken und so das mit Pflegebedürftigkeit verbundene Armutsrisiko zu mindern. Infolge (bis 2008) versäumter und späterer (bis 2015) unzureichender Anpassungen der Pflegeversicherungsleistungen an die Preisentwicklung der vergangenen Jahre konnte ein erheblicher Teil der Wertverluste der Pflegeversicherungsleistungen seit 1995 nach wie vor nicht ausgeglichen werden. Als Bezugsgröße zur Berechnung der jährlichen Anpassung im Rahmen dieser Dynamisierungsautomatik sollte die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV herangezogen werden. Da diese sich an der Bruttolohnentwicklung orientiert, wäre so berücksichtigt, dass der Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen im Dienstleistungssektor Pflege maßgeblich mit der Entwicklung der Lohnkosten verknüpft ist. Die Funktion, den Wert von Sozialversicherungsleistungen zu erhalten, hat die Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bereits für Teile des SGB V.

Berlin, 3. Juni 2021

DER BUNDESVORSTAND  
Abteilung Sozialpolitik