

## Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023

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

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
T +49 30 65211-1653  
[politische.kommunikation@diakonie.de](mailto:politische.kommunikation@diakonie.de)  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Berlin, den 8.05.2023

Die Stellungnahme der Diakonie Deutschland erfolgt zu

I. dem Thema Leiharbeit und Personalpools oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§§ 75, 82c, 89) (Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch).

II. zu weiteren Handlungsbedarfen, die nicht mit dem PUEG aufgerufen werden:

- Anpassung der Leistungen für Menschen mit Behinderung in § 43a SGB XI
- Verbesserung der Situation von Live-in-Kräften

**Zu alle anderen Themen des PUEG nimmt die Diakonie Deutschland im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Die Stellungnahme der BAGFW zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023 ist in diese Datei ab den Seiten 10 integriert.**

### **I. Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch**

#### **Leiharbeit und Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§§ 75, 82c, 89)**

Die Zunahme der Leiharbeit in der Alten- und Langzeitpflege geht zu Lasten Pflegebedürftiger, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen. Sie konterkariert die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und belastet das ohnehin bedrängte System weiter: Für die Stammbeschaft bedeutet die Zunahme von Leiharbeit die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, die benötigte Einarbeitung von Leiharbeitspersonal und die Übernahme von Wochenend- und Nachtdiensten. Dies bringt Betriebsfrieden und -abläufe dauerhaft in Gefahr. Pflegebedürftige sehen sich durch den Anstieg von Leiharbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen mit häufig wechselnden Ansprechpartner:innen konfrontiert. Dies widerspricht einem professionellen Verständnis von Pflege und kann die Qualität der Pflegeleistungen verringern.

In der Corona Pandemie hat sich die ohnehin schwierige Personalsituation für Pflegeeinrichtungen nochmals verschärft. Die Abhängigkeit der Träger von Leiharbeit, um die erheblichen personellen Lücken zu schließen und die Versorgung aufrecht zu erhalten, war nie größer. Gleichzeitig sind die Kosten für Leiharbeit immer weiter gestiegen und die Attraktivität der Leiharbeit nimmt, bei gleichzeitigem Verlust des Stammpersonals in den Einrichtungen, zu.

Der Corona-Pflege-Rettungsschirm für Pflegeeinrichtungen hatte zwischenzeitig die finanziellen Mehraufwendungen aufgefangen. Dieser wurde im Sommer 2022 weitestgehend eingestellt und seitdem fällt die Refinanzierung wieder überwiegend zurück auf die Einrichtungen. Die Berücksichtigung von Leasingkosten oder der vollständigen Kosten in Pflegesatzvereinbarungen war bereits vor der Pandemie sehr schwierig bis unmöglich, daran hat sich nichts geändert. Derzeit auf Leiharbeit zu verzichten, heißt Plätze für Pflegebedürftige stillzulegen oder Pflegeaufträge abzulehnen. Dies gefährdet zusätzlich die Versorgungssicherheit.

Es besteht erheblicher Handlungsbedarf, wobei die angrenzenden Bereiche wie der Krankenhaussektor, die Eingliederungshilfe, die Rehabilitation usw. mitgedacht und mit gleichen Regelungen versehen werden müssen, da ansonsten entsprechende Maßnahmen in der Langzeitpflege kaum ihre Wirkung entfalten können. Analog zum Vorschlag der DKG werden die Stundenverrechnungssätze im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und/oder im SGB XI für die Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt. Es müssen die gleichen Regelungen für den Krankenhausbereich und die Langzeitpflege gelten, um der Abwanderung aus der Langzeitpflege in den Krankenhausbereich zu begegnen. Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach die Vermittlungsgebühren auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiterin bzw. des Leiharbeiters zu begrenzen.

**Vor diesem Hintergrund begrüßt die Diakonie Deutschland, dass mit diesem Gesetzentwurf das Thema Begrenzung der Leiharbeit aufgegriffen wird. Die Diakonie Deutschland unterstützt die Zielsetzung der Begrenzung der Leiharbeit und der Vermeidung von wirtschaftlichen Anreizen für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der pflegebedürftigen Menschen, hält aber die hier vorgeschlagenen gesetzlichen Maßnahmen in § 82c SGB XI für korrektur- und ergänzungsbedürftig. Unserer Auffassung nach sind isolierte Maßnahmen im SGB XI nur bedingt zielführend, solange nicht entsprechende gesetzliche Maßnahmen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und für alle Branchen, die Pflegefachkräfte, Pflegeassistenten und Betreuungskräfte einsetzen, einheitlich getroffen werden.**

**Als weitere Maßnahme sieht der Gesetzentwurf die Verankerung von Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal in § 75 Absatz 3 und 113c vor. Die Implementierung von Personalpools und der Einsatz von Springerkonzepten als strategische Personalmanagementstrategie stellen eine langjährige Forderung der Diakonie Deutschland dar. Wir begrüßen somit die mit dem Gesetzentwurf vorgenommenen Änderungen in § 75 SGB XI und 113c SGB XI. Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus höhere Bezahlung rechtfertigen. Diese sind als sachliche Gründe in § 82c Absatz 3 SGB XI aufzunehmen. Personalpools müssen auch trägerübergreifend**

möglich sein. Dies ist entsprechend in das Gesetz aufzunehmen. Außerdem halten wir es für erforderlich, die Personalpools und die zusätzlichen Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte auch in § 89 SGB XI zu verankern, damit sie auch in der ambulanten Pflege zur Anwendung kommen können.

Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach perspektivisch weitere Maßnahmen zur Beschränkung der Leiharbeit gesetzlich zu regeln, wie

- eine gesetzliche Vorgabe im SGB XI zur Beschränkung der Inanspruchnahme von Leiharbeit, z.B. als Ausschlusskriterium für die Zulassung der Pflegeeinrichtung bzw. für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI,
- Karenzzeit für das Tätigwerden von Leiharbeitnehmenden in derselben Einrichtung nach Abwerbung im Umfang von 6 Monaten,
- eine Beteiligung der Zeitarbeitsfirmen an den Ausbildungskosten durch Einzahlung in den Ausbildungsfonds,
- gesetzliche Änderungen/Verbot von Knebelverträgen für überlassene Leiharbeitnehmer\*innen, die aus den Leiharbeitsfirmen in die Pflegeeinrichtung wechseln wollen,
- verpflichtende Ausfallzahlung der Leiharbeitsfirma an den Entleihenden bei Nichteinhaltung des vertraglich festgelegten Leihumfangs nach Qualifikation, Umfang und Einsatzzeiten der Leiharbeitnehmenden.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gesetzliche Änderungsmöglichkeiten im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) zu prüfen, die dazu beitragen, das System Leiharbeit in der Pflege wieder auf seine Kernaufgaben zurückzuführen und das entstandene Ungleichgewicht wieder ins Lot zu bringen. Das sog. Gleichstellungsgebot des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) schützt Leiharbeitnehmer:innen und sichert ihnen gleichwertige Arbeitsbedingungen im Entleiherbetrieb (Pflegeeinrichtung) (Schlechterstellungsverbot zugunsten der Leiharbeitnehmer:innen) zu. Zur Entschärfung der Situation sprechen wir uns dafür aus, die Möglichkeit der wesentlichen Besserstellung der Leiharbeit in der Pflege zu untersagen.

## **Zu § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen**

### **Zu § 82c Absatz 2b Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts und der Vermittlungsgebühr**

Die geplante Regelung des Absatzes 2b überträgt die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Wirtschaftlichkeit von Überlassungsentgelten für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird. Dies trägt dazu bei, dass Leiharbeit und vergleichbare Maßnahmen nur zusätzliche Instrumente bleiben, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Insbesondere soll vermieden werden, dass wirtschaftliche Anreize für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der Pflegebedürftigen und ihrer Familien gehen. Darüber hinaus soll ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt werden, Stammpersonal im Betrieb zu halten und ungleiche Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu Lasten des Stammpersonals zu beschränken. Die Anerkennung von Entgelten für die Vermittlung von Leiharbeitnehmenden (z. B. bei Übernahme in die

Stammebelegschaft des Entleihers) als wirtschaftlich wird ausgeschlossen. Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeeselsbverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte.

Die Diakonie Deutschland unterstützt die Zielsetzung der Begrenzung der Leiharbeit und der Vermeidung von wirtschaftlichen Anreizen für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der pflegebedürftigen Menschen. Wir halten die hier im neuen § 82c Absatz 2b vorgeschlagene Begrenzung jedoch für nicht umsetzbar, solange nicht entsprechende gesetzliche Maßnahmen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz sowie die entsprechenden Maßnahmen für die Begrenzung der Leiharbeit für alle Branchen, die Pflegefachkräfte, Pflegeassistenten und Betreuungskräfte einsetzen, einheitlich getroffen werden. Außerdem denken wir, dass die mit diesem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen für Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonals einige Zeit für die Umsetzung benötigen werden, die geplanten Änderungen in § 82c SGB XI sollen jedoch schon zum 01.07.2023 in Kraft treten. Analog zum Vorschlag der DKG werden die Stundenverrechnungssätze im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und/oder im SGB XI für die Leiharbeiter:innen und Leiharbeiter auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt. Es müssen die gleichen Regelungen für den Krankenhausbereich und die Langzeitpflege gelten, um der Abwanderung aus der Langzeitpflege in den Krankenhausbereich zu begegnen. Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach die Vermittlungsgebühren auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiterin bzw. des Leiharbeiters zu begrenzen.

### **Änderungsbedarf:**

#### **§ 82c Absatz 2b wird durch folgende Formulierung ersetzt:**

„Für die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen **entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Stundenverrechnungssätze nicht mehr als das 1,5fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt.** Die Zahlung von Vermittlungsentgelten, **die 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiters oder der Leiharbeiterin nicht übersteigen,** kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

#### **Zu § 82b Absatz 3: Personalpool oder betriebliches Ausfallkonzept als sachlicher Grund für höhere Bezahlung**

§ 82b Absatz 3 lautet gegenwärtig: „Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf werden zwar die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt. „Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1.“ **Die mit diesem Gesetz vorgesehenen Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal müssen nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch als sachlicher Grund gelten und sind entsprechend zu ergänzen.**

#### **Änderungsbedarf:**

#### **§ 82b Absatz 3 ist um den folgenden Satz zu ergänzen:**

„Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.“

#### **Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal auch trägerübergreifend**

#### **Zu § 75 Absatz 3**

§ 75 Absatz 3 wird um den Satz: „Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal“ ergänzt. Damit wird an die Pflegeselbstverwaltung der Auftrag zur Ergänzung der Landesrahmenverträge erteilt, Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Personal für Personal- bzw. Springerpools ergänzend in § 113c Absatz 2 Nummer 3a) konkretisiert. Die Ergänzung in § 75 und § 113c entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie. Ein Modellprojekt der Diakonie Bayern mit wissenschaftlicher Begleitung zeigte, dass Springerkonzepte ein wichtiger Baustein sein können, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern und der Leiharbeit zu begegnen (<https://www.diakonie-bayern.de/ueber-die-diakonie/projektarbeit-in-der-geschaeftsstelle/zentrum-fuer-innovation-in-der-altenhilfe>). Nach Auffassung der Diakonie Deutschland müssen die Personalpools aber auch trägerübergreifend möglich sein. Dies bedeutet es muss auch möglich sein, dass Personalpools auch gemeinsam von mehreren diakonischen Einrichtungsträgern in der Pflege oder z. B. auch gemeinsam von der Caritas und der Diakonie in einer Region implementiert werden können. In diesem Sinne ist § 75 Absatz 3 zu ergänzen.

#### **Änderungsbedarf:**

**Der in § 75 Absatz 3 neu angefügte Satz ist wie folgt zu fassen:**

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal, **auch trägerübergreifend.**“

**Ergänzung in § 89 Absatz 3 Satz 3**

In der Begründung zu § 75 Absatz 3 wird ausgeführt, dass mit dem Auftrag an Pflegeselbstverwaltung zur Ergänzung der Landesrahmenverträge auch für ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Rahmenbedingungen für Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte geschaffen würden. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist dies nicht ausreichend und es ist eine zu § 113c Absatz 2 Nummer 3a) analoge inhaltliche Regelung auch in § 89 Absatz 3 aufzunehmen.

**Änderungsbedarf:**

§ 89 Absatz 3 Satz 3 bis 5 sind wie folgt zu fassen.

Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind **und die Kosten für die Bildung von Personalpools (auch trägerübergreifend) sowie für zusätzliche Personalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte** zu berücksichtigen. **Die** in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

## **II. Weitere Handlungsbedarfe**

**Über die mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023 sieht die Diakonie Deutschland weiteren Handlungsbedarf:**

### **B1) Anpassung der Leistungen für Menschen mit Behinderung in § 43a SGB XI**

Menschen mit Behinderungen, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe nach SGB IX leben, erhalten bei anerkannter Pflegebedürftigkeit nach § 43a SGB XI einen pauschalierten Betrag in Höhe von 266 Euro bei Vorliegen eines Pflegegrades 2 bis 5.

Seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre, ist die Regelung in ihrem Grundkonstrukt unverändert geblieben: es handelt sich um einen pauschalierten Betrag ohne Bezugsgröße zum tatsächlichen pflegerischen Bedarf von Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen der EGH.

Im Rahmen der Pflegeversicherungsreformen PSG II und PG III der zurückliegenden Legislaturperioden erfolgten keine Änderungen zu § 43a SGB XI. Der vorliegende aktuelle Gesetzentwurf zum PUEG vom April 2023 greift die Ankündigungen des Koalitionsvertrages, pflegerische Bedarfe von Menschen mit Behinderungen in den Blick zu nehmen, ebenfalls nicht auf.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland besteht Handlungsbedarf den § 43a SGB XI so anzupassen, dass künftig Art und Höhe des Anspruches auf Pflegeleistungen unabhängig von der gewählten Wohnform einzelfallbezogen entsprechend des individuellen Bedarfes gewährt werden. Der Pauschalbetrag in Höhe von max. 266 Euro mtl. für Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen muss durch entsprechende Beträge ersetzt werden, die nach den individuellen Pflegegraden gestaffelt sind. Das Referenzsystem für die Staffelungshöhen sollte sich an die Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI anlehnen. Ein solcher Lösungsansatz würde sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen zusätzlich ungekürzt Pflegegeld bspw. bei Aufhalten bei ihren Angehörigen außerhalb der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe erhielten. Zudem würde dieser Ansatz keine Änderungen im Leistungserbringungsrecht nach sich ziehen, so dass Träger von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe/ Besonderen Wohnformen keine Versorgungsverträge nach SGB XI abschließen müssten.

### **B2) Verbesserung der Situation von Live-in-Kräften**

Die Diakonie Deutschland sieht dringenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die Live-In-Kräfte und bedauerte es sehr, dass die im Koalitionsvertrag benannte Maßnahme: „Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.“ nicht mit dem PUEG aufgegriffen wurde, da wir hier sehr deutlichen politischen Handlungsbedarf sehen.

Live-in-Kräfte sind im Lauf der vergangenen 20 Jahre zu einer relevanten Größe in der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen geworden. Eine 24-Stunden-Betreuung inklusive Pflegetätigkeiten wird insbesondere dann in Anspruch genommen, wenn Wohnorte und die eigene Lebensführung von Angehörigen die Übernahme dieser Aufgabe nicht zulassen.

Armut und fehlende Arbeits- und Einkommensperspektiven für Frauen in den Nachbarländern führen dazu, dass in Deutschland Betreuungs- und Pflegebedarfe in privaten Haushalten durch legale, aber auch irreguläre Migration in erheblichem Umfang gedeckt und Lücken der Pflegesysteme kompensiert werden.

Die Betreuung und die pflegerische Versorgung alleinlebender bzw. räumlich getrennt von ihren nächsten Angehörigen lebender Menschen werden zunehmend zu einer Herausforderung. Diese Aufgaben können allerdings nicht durch eine Hausangestellte/eine Live-in-Kraft erfolgen, die die frühere familiäre Sorge rund um die Uhr ersetzt.

Eine rechtskonforme, den arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen entsprechende 24-stündige Betreuung in der eigenen Wohnung ist nur durch mehrere Kräfte oder in einem Pflegemix mit professionellen Pflegediensten/Einrichtungen sowie pflegenden Angehörigen möglich und damit sehr viel teurer als Angebote, die heute auf dem Markt zur Verfügung stehen.

Die Diakonie Deutschland empfiehlt verschiedene Maßnahmen, um die Situation der Betreuungs- und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu verbessern und gerechte Arbeitsbedingungen für Live-ins zu gewährleisten.

## **1. Informationskampagne und Beratung für Bürgerinnen und Bürger**

Informationen über Live-in Care werden in erster Linie von privaten Vermittlungsagenturen, die den Kontakt zwischen ausländischen Entsendebetrieben und Kunden führen vermittelt. Es entsteht der Eindruck, eine 24-Stunden-Pflege und -Betreuung durch nur eine einzige Person sei eine ganz normale Dienstleistung, die auch unter Beachtung aller gesetzlichen Vorschriften für einen Preis von weniger als 3.000 € im Monat möglich sei. In dieser Situation ist eine Informationskampagne erforderlich, die insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen zutreffend und verständlich darstellt. Dabei sind die Bürgerinnen und Bürger auch auf die erheblichen haftungs- und strafrechtlichen Risiken hinzuweisen.

Da Live-in-Care häufig ohne genauere Kenntnisse über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche der verschiedenen Sozialgesetzbücher angewiesen wird, müssen die verfügbaren Informationen in die Informationskampagne integriert werden.

Hierzu sind neben der Informationskampagne auch die Beratungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auszubauen. Familien, die mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen konfrontiert sind, haben einen spezifischen Beratungsbedarf, wenn sie in Erwägung ziehen, sich für die Versorgung durch eine Live-in zu entscheiden. Bislang sind sie auf die Beratung durch die Vermittlungsagenturen angewiesen, die jedoch von deren Eigeninteresse geprägt ist. Es kommt darauf an, eine unabhängige Beratungsstruktur zu schaffen.

## **2. Informationskampagne und Beratung für Live-ins**



Viele Live-ins verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse des in Deutschland geltenden Arbeits- und Sozialversicherungsrechts. Viele Verträge, die zwischen Live-ins und Entsendeunternehmen geschlossen werden, enthalten unwirksame Klauseln (z.B. ein Verbot, der pflegebedürftigen Person oder Angehörigen die Entlohnung zu nennen oder unwirksame Vertragsstrafen). Live-ins müssen darüber informiert werden, dass solche und andere Klauseln in Arbeitsverträgen unwirksam sind. Erforderlich sind auch aufenthaltsrechtliche Informationen für Live-Ins aus Nicht-EU-Staaten. Weiterhin müssen Live-ins über Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen, die von Arbeitsausbeutung betroffen sind, informiert werden - in verbreiteten Muttersprachen der Live-ins und über soziale Medien, weil diese von vielen Live-ins genutzt werden. Die bestehenden Beratungsangebote für Arbeits- und Pendelmigrant:innen reichen bei weitem nicht aus, um die Beratungs- und Informationsbedarfe von Live-ins zu decken. Für Live-ins empfiehlt sich eine eigenständige Online-Beratung, da sie wegen der oft umfassenden Präsenz im Haushalt der betreuungs- und pflegebedürftigen Person meist nicht die Möglichkeit haben, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

### **3. Live-in-Care als Signal für die Notwendigkeit einer umfassenden Pflegereform**

Die große Inanspruchnahme von Live-in-Care ist ein Zeichen dafür, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und der kommunalen Altenhilfe den Bedarf vieler älterer pflegebedürftiger Menschen nicht entsprechen. Das Leitbild einer im Wesentlichen durch Familienangehörige getragenen Altenpflege entspricht der gesellschaftlichen Wirklichkeit nicht mehr. Aus der Sicht der Diakonie muss die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden zu einer Pflegevollversicherung mit einer begrenzten finanziellen Eigenbeteiligung. Sie ist Grundlage für ein servicebasiertes Pflegesystem, das einer pflegebedürftigen Person in der häuslichen Pflege ein pflegegradbezogenes Kontingent an professionellen Pflegeleistungen/Fachleistungsstunden zur Verfügung stellt, um ihren Bedarf zu decken. Das servicebasierte Pflegesystem eröffnet die Möglichkeit, pflegende Angehörige und andere privat pflegende Personen durch sozialversicherungspflichtige Anstellungsverhältnisse abzusichern. Zu den anderen privat pflegenden Personen können auch Live-in-Kräfte zählen. Zu den Einzelheiten wird auf das Konzept der Diakonie Deutschland für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung **aus dem Sommer 2019 verwiesen**.

### **4. Das Angebot FairCare als wegweisendes Modell**

Mit dem Vermittlungsdienst FairCare startete der Verein für Internationale Jugendarbeit e.V. in Zusammenarbeit mit der Diakonie Württemberg 2014 eine Stelle, die sich für legale Arbeitsverhältnisse osteuropäischer Betreuungskräfte einsetzt. FairCare unterstützt Haushalte bei der legalen und fairen Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft im Arbeitgebermodell. Live-ins werden bei diesem Modell direkt im Privathaushalt angestellt. Das Modell beruht auf verbindlichen Kriterien zu den Aufgaben und Rahmenbedingungen für Betreuungskräfte, formuliert Anforderungen an die Unterbringung im Haushalt; die Betroffenen werden immer durch eine Koordinatorin begleitet. Das FairCare zeigt, dass eine direkte Anstellung im Privathaushalt möglich und praktikabel ist. Allerdings sollte der administrative Aufwand, der mit den Arbeitgeberpflichten verbunden ist, unbedingt –nach dem Vorbild der Minijob-Zentrale – gehandhabt werden.

## **BAGFW-Stellungnahme**

**zum**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)**

**BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023.**

#### **Einleitung und Zusammenfassung**

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)“ Drs. 20/6544 Stellung zu nehmen und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen in ihrer Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs mit großer Besorgnis fest, dass erneut keine dringend notwendige Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, vor allem hinsichtlich der Finanzierung von Pflege, erfolgt. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung zwingend notwendig. Dabei ist aus unserer Sicht vor allem die Einnahmehasis der Pflegeversicherung stärker zu verbreitern. Das muss bei einer grundlegenden Reform unmittelbar mitgedacht und kommuniziert werden.

Der für die Pflegereform vorgesehene Finanzrahmen eines moderaten Anstiegs des allgemeinen Beitragssatzes um 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Vorhaben umzusetzen. Der Gesetzentwurf muss sich daran und an den darin teilweise sehr weitreichenden, aber hier fehlenden Verbesserungen messen lassen. Zu nennen wären hier z. B. handfeste Strukturelemente zur Begrenzung der Eigenanteile, die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Klärung des Verhältnisses Pflege und Eingliederungshilfe). Der Gesetzesentwurf bleibt hier schließlich hinter den selbst gesteckten Zielen der Bundesregierung deutlich zurück.

Um diese Herausforderungen meistern zu können, hätte es dringend Bundesmittel für die Pflegeversicherung gebraucht: Entgegen den Versprechungen des Koalitionsvertrags fehlen allein 5,5 Mrd. Euro, um die pandemiebedingten Kosten zu decken, die bis heute noch nicht vom Bund erstattet sind. Des Weiteren hat die Bundesregierung auch nicht die im Koalitionsvertrag vereinbarten Kosten für die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger zur Verfügung gestellt. Diese würden die Pflegeversicherung um 3,6 Mrd. Euro entlasten.

Weitere dringend erforderliche Reformschritte in der Pflege zur Stärkung der häuslichen Pflege sind zudem nicht vorhanden. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann.

Es ist insgesamt von entscheidender Bedeutung, dass die soziale Pflegeversicherung entsprechend finanziell gesichert ist. Für 2022 beträgt das Defizit der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Mrd. Euro, für 2023 wird ein Defizit in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet. Der Finanzierungsbedarf allein für die kurzfristige Stabilisierung der Finanzen im Jahr 2023 beträgt mindestens 4,5 Mrd. Euro, wenn die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel- und Rücklagensolls wieder bei einem Wert von 1,5 liegen soll. Der Entwurf zeigt, dass sich die Bundesregierung dieser prekären Situation sehr bewusst ist, indem in § 55 SGB XI nun eine Ermächtigungsgrundlage zur Anpassung des Beitrags mit dem Ziel der mittelfristigen Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit durch Rechtsverordnung vorgesehen werden muss. Die Zuführung der Beiträge zum Pflegevorsorgefonds wird nach der ersten Tranche, die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) für 2023 geregelt wurde, mit diesem Entwurf für 2024 auf einen Jahresbeitrag statt monatlichen Beiträgen umgestellt. Auch dies verdeutlicht die finanzielle Malaise der Pflegeversicherung und stellt keine Lösung, sondern nur eine Verschiebung des Problems dar.

Vor diesem Hintergrund bewerten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege wie folgt:

1. Die dringend erforderlichen Leistungsverbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege erfolgen mit dem 01.01.2024 zu spät und mit 5 Prozent zu gering, um wenigstens die Inflationsrate auszugleichen. Darüber hinaus werden nur das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen und die prozentualen Zuschüsse zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI zum 01.01.2024 angehoben und nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung. Nicht hinnehmbar ist insbesondere, dass der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 nicht angehoben wird.
2. Kritisiert wird darüber hinaus, dass auch die vorgesehene Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 nur anhand der Kerninflationserfolgt, sodass die

Preissteigerungen für die gegenwärtigen Preistreiber Energiekosten und Lebensmittel unberücksichtigt bleiben. Das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst zudem eine Dynamisierung nicht.

3. Die BAGFW kritisierte, dass der mit dem Referentenentwurf noch vorgesehene Gemeinsame Jahresbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, einschließlich der Streichung der Wartefristen in der Verhinderungspflege wieder zurückgenommen wurde und der zu knapp bemessene Finanzrahmen der Pflegeversicherung notwendige Reformschritte hier und auch bei der Kurzzeitpflege verhindert. Positiv zu bewerten ist die Gewährung eines jährlichen Pflegeunterstützungsgelds im Umfang von 10 Arbeitstagen analog zum Kinderkrankengeld und auch die Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a SGB XI neu und entsprechende Änderungen im SGB V). Auch ist der Gesetzgeber gefordert, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, Rechtssicherheit für die so genannten „Live-ins“ zu schaffen.
4. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann. Dazu gehört auch, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden und die Pflegebedürftigen von der Ausbildungskostenumlage entlastet werden. Des Weiteren sollten nicht alle Bestandteile der Investitionskosten der Einrichtungen zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, weshalb eine verpflichtende Finanzierung über die Länder und in allen Ländern zu regeln ist.
5. Mit den ergänzenden Regelungen zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI können zuvörderst die bisher fehlenden Pflegeassistenzkräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen und geeigneten Mitarbeiter\*innen in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für fehlende Assistenzkräfte des Qualifikationsniveaus 3 eine gesetzlich verankerte, verantwortungsvolle und fachlich abgesicherte Übergangslösung zu schaffen und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die explizite Aufnahme zur Anerkennung von bestandenen „Externenprüfungen“ werten wir als Signal an die Bundesländer, dort die entsprechenden Verfahren schnell zu befördern. Im Gesetzesentwurf wird die weitere Umsetzung der Personalbemessung etwas mehr konkretisiert, es bleibt aber weiterhin offen, wie es nach der aktuellen Ausbaustufe weitergeht. Wir vertreten nach derzeitiger Faktenlage die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden müssen. Die aus Gründen der Kohärenz beabsichtigte bundeseinheitliche Festlegung von Zielwerten für eine mindestens zu vereinba-

rende personelle Ausstattung, welche dem Grunde nach mit weiteren Ausbaustufen korrespondieren müssten, ist inhaltlich nachvollziehbar, stellt aber eine Herausforderung dar. Hier ist darauf zu achten, dass das Vorgehen wegen der benötigten Daten nicht zu einem Bürokratiemonster ausartet, das vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausbaden müssen. Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege weiterhin die Auswirkungen des § 113 Absatz 6 SGB XI. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

6. Die Entfristung der Anschubfinanzierung zur Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI wird ausdrücklich begrüßt. Sehr praxisnah ist die Einführung der Möglichkeit, auch WLAN und IT förderfähig zu machen. Gleichzeitig steht den Fördermöglichkeiten häufig der hohe Eigenanteil und fehlende Flexibilität in der Inanspruchnahme der Fördermittel entgegen; diese Hürden sollten gesenkt werden. Darüber hinaus kritisiert die BAGFW scharf, dass die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 nicht bis 2030 verlängert wird, wie noch im RefE vorgesehen. Die Maßnahmen werden von den Einrichtungen nach dem Ende der Pandemie sehr nachgefragt und können die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor Ort stark unterstützen.
7. Die BAGFW bedauert, dass die Ansätze zur Innovation der Pflege im Quartier, die in den §§ 123 und 124 SGB XI neu noch im RefE vorgesehen waren, im Gesetzentwurf gestrichen wurden. Die Modellvorhaben sind zur Stärkung der Quartierspflege dringend erforderlich.
8. Nach wie vor fehlt eine bundesweite Strategie zur Digitalisierung in der Pflege, wie sie von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege seit längerem gefordert wird. Diese muss die Grundlagen für die Einrichtung eines Kompetenzzentrums festlegen. Den im Gesetzesentwurf genannten Aufgaben des zu gründenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege misst die BAGFW eine hohe Relevanz bei. Die Kernfunktionen eines solchen Zentrums sollen die Erarbeitung eines Roadmap Prozesses und die Unterstützung der Digitalisierung in der Praxis der beruflich Pflegenden, der Einrichtungen und Dienste, aber auch der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien sein. Allerdings sehen wir die Ansiedelung einer solchen Institution beim GKV-Spitzenverband äußerst kritisch, da dieser keine Kernkompetenz auf diesem Gebiet hat. Ein wirkungsvolles Kompetenzzentrum muss an neutraler Stelle angesiedelt werden. Deutlich kritisiert wird seitens der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Frist zur verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), die aus unserer Sicht zum derzeitigen Umsetzungsgrad der TI in der Pflege nicht umsetzbar ist.

9. Es wird eine begrüßenswerte Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens vorgenommen. Darüber hinaus bedarf es dringend gesetzlicher Maßnahmen, die den gegenwärtigen Fristüberschreitungen und Begutachtungsdauern von sechs bis neun Monaten entgegenwirken und den Rechtsanspruch des Versicherten auf einen Bescheid nach 25 Arbeitstagen sicherstellen. Die digitale oder telefonische Begutachtung sollte nur bei Folgegutachten, nicht jedoch bei der Erstbegutachtung möglich sein. In jedem Fall ist dem Wunsch der Versicherten nach analoger oder aber digitaler sowie telefonischer Begutachtung Rechnung zu tragen.
10. Der vorgelegte Gesetzentwurf beinhaltet nur isolierte Einzelmaßnahmen, stellt keine ganzheitliche Systemverbesserung dar und auch die Versorgungssicherheit wird durch diese Reform nicht verbessert (weiter Unterfinanzierung der Pflegeleistungen, Pflegekräfte fehlen, weiter Überlastung des Systems der Pflegeversicherung und der Selbstverwaltung, Bewohnende rutschen in Sozialhilfe). Weiterhin verstärken Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege (insbesondere Lohnerhöhungen) direkt die finanzielle Krise der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. So sind keine grundlegenden Verbesserungen in den Einrichtungen möglich.

Nachfolgend die konkrete Bewertung und Änderungsvorschläge der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Einzelnen.



## Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch

### **§ 7b: Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine**

Bestehende, gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber nicht flächendeckend ist und von den ratsuchenden Menschen in unterschiedlichem Maße angenommen wird. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern deshalb, den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte, unabhängige und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten. Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände, der Verbraucherzentralen oder der Sozialverbände,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen, in diese Regelung einbezogen werden.

#### *Änderungsbedarf*

In § 7b Absatz 1 ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und Beratungsstellen wählen, bei denen der Beratungsgutschein eingelöst werden kann.“

### **§ 8 Absatz 7: Verlängerung der Förderungsmöglichkeiten der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

Die Verbände der BAGFW kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung der Förderung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 im Gesetzentwurf gestrichen wurde. Die zur Verfügung stehenden Mittel konnten aufgrund der Belastungen der Einrichtungen während der Corona-Pandemie nicht ausgegeben werden. Schon während der Pandemie hatten die Einrichtungen großes Interesse an der Förderung erkennen lassen, die sich u.a. durch immer regere Beteiligung am Projekt "Gute Arbeit in der Pflege durch Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf" der Pflegebevollmächtigten manifestiert. Die BAGFW fordert daher den Gesetzgeber auf, die Fördermöglichkeiten zu verlängern.

Darüber hinaus sehen wir Änderungsbedarf an den Fördermöglichkeiten. So ist die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in trägereigenen Strukturen gefördert werden soll. Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von fünf Jahren vorgesehen werden können.

### **§ 8 Absatz 8: Entfristung der Förderung der Potenziale der Digitalisierung**

Sehr zu begrüßen sind die Verbesserungen bei der Förderung der Potenziale der Digitalisierung in der Altenpflege: So wird die Förderung der Digitalisierung in der Altenpflege entfristet. Des Weiteren wird explizit ermöglicht, dass auch die technische Ausrüstung der Einrichtungen durch Investitionen in die IT und Cybersicherheit förderfähig wird. Ein Grundproblem vieler Pflegeeinrichtungen ist das Fehlen von WLAN-Anschlüssen, ohne die pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ihre Handys, Smartphones oder Computer nicht mehr benutzen können, so wie sie es in ihrer eigenen Häuslichkeit gewohnt waren. Sehr positiv zu bewerten ist daher der Ansatz, Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu fördern. Des Weiteren ist ein Netzanschluss auch die Voraussetzung für den Anschluss an die TI, der mit diesem Gesetzentwurf nun verpflichtend wird. Auch die Präzisierung, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt zu digitalen Kompetenzen von Pflegekräften sowie die Förderung digitaler Kompetenzen der pflegebedürftigen Klient\*innen förderfähig ist.

Eine große Hürde beseitigt der Gesetzentwurf allerdings weiterhin nicht: Gefördert werden können nach wie vor nur 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die restlichen 60 Prozent sind nicht förderfähig und gehen daher zu Lasten der Investitionskosten und letztlich der Eigenanteile der Versicherten. Das war auch in der Vergangenheit einer der wesentlichen Gründe für die Zurückhaltung der Einrichtungen, hier zu investieren. Diese Hürde sollte mit diesem Gesetzentwurf





beseitigt werden. Des Weiteren berücksichtigt die pauschale Fördersumme von 12.000 Euro auch keine Skalierung nach Einrichtungsgröße: So hat eine große stationäre Einrichtung mit 300 Plätzen andere Bedarfe als eine kleine stationäre Einrichtung mit 20 Plätzen. Es sollte des Weiteren möglich sein, die Fördersumme von bis zu 12.000 Euro auch durch mehrere, unterschiedliche Anträge ausschöpfen zu können, auch wenn es beim hier vorgesehenen prozentualen Eigenanteil bleiben sollte. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI trat zum 01.01.2019 in Kraft. Verschiedene Pflegeeinrichtungen haben bereits die einmalige Fördersumme von 12.000 € in Anspruch genommen. Wir halten es für erforderlich, dass diese Pflegeeinrichtungen mit Inkrafttreten des PUEG einen nochmaligen Förderanspruch für die hinzugekommenen Fördertatbestände erhalten.

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sowohl die Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 7 als auch nach § 8 Absatz 8 Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Aufgaben darstellen, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert und die daher nicht von den Beitragszahlenden, sondern aus einem Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung refinanziert werden sollten.

#### *Änderungsbedarf*

In § 8 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 wird das Wort "einmaliger" gestrichen.

Die prozentuale Höhe des Eigenanteils von 60 Prozent ist zu überdenken. Vorgeschlagen wird eine Reduzierung des Eigenanteils auf 20 Prozent und eine Erhöhung der Förderung auf bis zu 80 Prozent (Änderung in Satz 4).

#### **§ 18-18e: Begutachtung**

Die Neugliederung der Kapitel zur Begutachtung im SGB XI ist zu begrüßen, da sie mehr Übersichtlichkeit schafft und das Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeberatung umsetzt. Allerdings finden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG hier noch nicht genügend Berücksichtigung. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs kann demnach nur durch Pflegefachmänner und -frauen erfolgen. Hierauf ist in den nachfolgenden Paragraphen bei der Qualifikation sowohl der Prüfenden der MD u. a. Prüfdienste als auch bei den unabhängigen Gutachter\*innen an den jeweiligen Stellen, anlog § 18a Absatz 10, hinzuweisen.

#### **§ 18: Beauftragung der Begutachtung**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 künftig eine konkrete Frist von drei Arbeitstagen genannt wird, in der die Pflegekassen dem MD den Auftrag zur Begutachtung übermitteln müssen sowie dass der Auftrag elektronisch übermittelt wer-

den muss. Bislang wurden Aufträge teilweise immer noch postalisch übermittelt, so dass wertvolle Zeit bis zur Begutachtung aufgrund des Postwegs verstrich. Positiv zu bewerten ist auch, dass künftig in Richtlinien des MD Bund nach § 17 Absatz 1 konkret zu regeln ist, welche prüffähigen Angaben benötigt werden, um die Begutachtung durchzuführen.

### **§ 18a: Begutachtungsverfahren**

In Absatz 2 Satz 1 bis 3 werden Grundsätze der Begutachtung formuliert. Die Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich ist ein wesentlicher Grundsatz sowohl für in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen als auch für Menschen, die noch in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen. Eine persönliche Begutachtung vor Ort wird im häuslichen Bereich im Kontext des Erstgutachtens und bei Wiederholungsgutachten aufgrund eines Widerspruchs als stets erforderlich angesehen. Dies ist notwendig, da in den Gutachten auch Empfehlungen aufzunehmen sind, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. So soll unter anderem Auskunft über die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie über notwendige Heil- und Hilfsmittel oder auch technische Hilfen gegeben werden aber auch Feststellungen zur Prävention und Rehabilitation. Dies erfordert unserer Auffassung nach, eine persönliche Begutachtung vor Ort im häuslichen Bereich.

Des Weiteren birgt eine digitale bzw. telefonische sowie eine Begutachtung nach Aktenlagen die Gefahr des Aufbaus von zusätzlichen Zugangsbarrieren für ältere Menschen sowie für Menschen mit wenig Sprachkenntnissen der deutschen Sprache, mit einem niedrigen Bildungsniveau oder auch mit Behinderungen im Gegensatz zu persönlichen Begutachtungen im Wohnumfeld des Versicherten. Dem ist zu aktiv zu vorbeugen.

Im Rahmen von Höherstufungen im stationären Bereich werden Begutachtungen nach Aktenlage bei eindeutiger Sachlage im Zusammenhang mit einer Beschleunigung des Bearbeitungszeitraumes als sinnvoll angesehen. Jedoch werden dadurch Aufgaben der Prüfdienste in den Bereich der Einrichtungen verlagert, jedoch hierbei noch nicht geklärt ist, wie die personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen diesbezüglich erhöht werden können. In diesem Zusammenhang ist es aus unserer Sicht auch zwingend erforderlich, den Begriff der "eindeutigen Aktenlage" nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 zu definieren.

Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 regelt neu, dass die Begutachtung ausnahmsweise ohne Untersuchung im Wohnbereich erfolgen kann, sofern eine Krisensituation von nationaler bzw. regionaler Tragweite vorliegt. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Es sollte ergänzt werden, dass der Gesetzgeber eine solche Krisensituation von nationaler Tragweite gesetzlich feststellen muss.

Darüber hinaus regelt Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 5, dass es auch Situationen geben kann, in denen eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten im Wohnbereich zwingend erforderlich sein kann. Hier werden keine Kriterien genannt. Eine solche Situation könnte z. B. im Verlust der Wohnung in Folge einer Flutkatastrophe wie im Ahrtal bestehen. Nummer 2 ist entsprechend zu konkretisieren. Es ist zudem zu wenig, dass Wünsche des Versicherten im Falle des Absatzes 2 Satz 5 nach Begutachtung in seinem Wohnbereich nur zu berücksichtigen sind; einem solchen Wunsch ist hingegen nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zwingend zu entsprechen.

Ferner ist gesetzlich festzulegen, dass Begutachtungen nach Aktenlage nach einem strukturierten Verfahren durchzuführen sind.

Nach Satz 6 des Absatzes 2 bestimmt der MD das Nähere zu den inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Aktenlage in Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Hier ist zu ergänzen, dass den maßgeblichen Organisationen der Träger der Pflegevereinigungen auf Bundesebene ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird.

In Absatz 7 wird die Feststellung des vorläufigen Pflegegrads bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt oder in einer stationären Rehaeinrichtung geregelt. Wiederholt haben die Verbände der BAGFW auf die Problematik verwiesen, dass pflegebedürftige Menschen mit einem vorläufigen Pflegegrad 2 in die Kurzzeitpflege kommen, obwohl ihr pflegerischer Bedarf oftmals dem des Pflegegrads 4 entspricht. Es ist positiv zu bewerten, dass im Gesetzentwurf nun eine Frist für die abschließende Begutachtung in der Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege erfolgt, festgelegt wird; die vorgesehenen 10 Arbeitstage erachten sie jedoch als zu lang. Die Frist sollte auf fünf Arbeitstage festgelegt werden, analog zu den in § 18a Absatz 5 genannten Tatbeständen. Zudem ist zu regeln, dass die abschließende Begutachtung durch den MD in Fällen, in denen die Kurzzeitpflege binnen 10 Arbeitstagen schon beendet ist und sich der Versicherte wieder in der eigenen Häuslichkeit befindet, binnen einer Frist von 10 Arbeitstagen vorzunehmen ist.

### *Änderungsbedarf*

In Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

“Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsgutachten handelt.“

Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 ist wie folgt zu formulieren:

“1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage bei einem Folgegutachten das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder“



In Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe "10" durch "5" ersetzt.

Folgender Satz wird ergänzt: "Sofern die Kurzzeitpflege vor Ablauf von 10 Arbeitstagen beendet wurde, hat die Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag seit Beginn der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit des Versicherten stattzufinden".

### **§ 18b: Inhalte und Übermittlung des Gutachtens**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 die Inhalte des Gutachtens in einer strukturierten Darstellung aufgelistet wird. Positiv einzuschätzen sind ferner die Konkretisierungen, welche die Gutachter in den Bereichen Prävention und Rehabilitation vorzunehmen haben: So werden jetzt neben den Hilfs- und Pflegehilfsmitteln auch konkret Empfehlungen zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, edukativen Maßnahmen und für eine Beratung hinsichtlich von Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V neu erwähnt.

Außerdem wird geregelt, dass auch das Gutachten vom MD an die Pflegekasse elektronisch in gesicherter Form zu übermitteln ist. Damit gilt für Antrag und Gutachten der elektronische Übermittlungsweg, der geeignet ist, das Verfahren erheblich zu verkürzen, was sehr zu begrüßen ist.

### **§ 18c: Entscheidung über den Antrag**

Wenn der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt oder Leistungen der teilstationären Pflege oder eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nimmt, dann sollte nicht nur der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller - sondern auch der Pflegeeinrichtung - sollte spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden, zumal diese ihre Personalkapazitäten entsprechend vorhält.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass die Pflegekasse nach Absatz 3 neben der bisher schon bestehenden Pflicht zur Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln den Versicherten auch in Bezug auf die Verordnung von Heilmitteln unterstützen muss, indem sie den Antragsteller über die Bedeutung der Empfehlung einschließlich auch der Besonderheit der Verordnung eines langfristigen Heilmittelbedarfs konkret hinweisen muss. Gerade letztere Fallkonstellation ist bei Pflegebedürftigen z. B. in Bezug auf Ergotherapie häufig gegeben.

Die in Absatz 5 formulierten Sanktionszahlungen bei Fristüberschreitung bei nicht erteiltem Bescheid innerhalb von 25 Arbeitstagen, sehen wir nicht als adäquates Steuerungsinstrument an. Zudem lehnen wir auch aus ordnungspolitischen Gründen eine Finanzierung der Strafzahlung durch den Beitragszahler ab. Sollte der Gesetzgeber

jedoch an der Strafzahlung von 70 Euro festhalten, ist deren Anwendungsbereich nicht nur auf Versicherte in der eigenen Häuslichkeit zu begrenzen, sondern auch auf Antragsteller aus dem vollstationären Pflegeeinrichtungen auszuweiten.

Wir weisen darauf hin, dass Höherstufungsanträgen insbesondere im stationären Bereich nicht selten erst nach sechs bis neun Monaten stattgegeben wird. Dies ist nicht hinnehmbar. Auch für Höherstufungsanträge sollte die Frist von 25 Arbeitstagen gelten. Sofern diese nicht eingehalten werden, soll der beantragte Pflegegrad als genehmigt gelten (Genehmigungsfiktion).

#### *Änderungsbedarf*

In Absatz 2 Satz 1 ist nach den Wörtern “dem Antragsteller” die Wörter “und der Pflegeeinrichtung” zu ergänzen.

In Absatz 5 Satz 2 sind die Wörter “~~oder wenn sich der Antragsteller in einer vollstationären Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt wurden~~” zu streichen.

#### **§ 18e: Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen**

Ausdrücklich begrüßt wird durch die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Beauftragung des MD Bund, im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 18e Absatz 6 das während der Coronapandemie erprobten Verfahrens zum Einsatz telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel für die Begutachtung wissenschaftlich zu validieren, einschließlich des Ansatzes, ob eine solche Datenerhebung ersatzweise oder nur ergänzend zur Anwendung kommen kann, ohne dass sich das einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, die Pflegegradeinstufung oder die Abgabe der Empfehlungen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Heilmitteln, zur Rehabilitationsempfehlung oder zu Präventionsempfehlungen negativ auswirkt. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten 2021 vielfältige Problemanzeigen erhalten, die insbesondere eine zu niedrige Einstufung anbelangten, wenn die Versicherten nicht in ihrer eigenen Häuslichkeit untersucht wurden.

Die vom MD Bund angestrebte Begutachtung nach Aktenlage bewirkt insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen die Übernahme von wesentlichen Aufgaben der Gutachterinnen und Gutachter des MD durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung. Wir halten es deshalb für angezeigt, dass zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auch Modellvorhaben zur Übernahme der Pflegebegutachtung durch Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.



### *Änderungsbedarf*

Es ist folgender Absatz 7 aufzunehmen:

(7) Im Rahmen der Modellvorhaben nach den Absätzen 1 bis 5 ist auch die Pflegebegutachtung durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen zu erproben.

### **§ 30: Dynamisierung**

Der Gesetzentwurf formuliert keine regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung, hebt aber den Auftrag des bisherigen § 30 SGB XI auf, alle drei Jahre lediglich eine Erhöhung der Leistungen zu prüfen. Insoweit wird die jetzt vorgesehene Erhöhung der Leistungsbeträge zum 01.01.2025 um 5 Prozent und zum 01.01.2028 der Intention des Paragraphen eher gerecht, wenngleich sie nicht ausreichend ist. Zudem darf die Anpassung nicht an die Kerninflationsrate erfolgen, denn diese lässt bestimmte Kostenarten wie Lebensmittel und Energiepreise außen vor. Genau diese sind aber in Folge des Angriffskrieges auf die Ukraine die Kostentreiber gewesen. Ein weiterer Faktor sind die Personalkosten. Mit dem Tariftreuegesetz wurde die notwendige Verbesserung zur Entlohnung von Pflegekräften erreicht – jedoch war auch ein sprunghafter Anstieg der Pflegekosten die Folge. Eine Anpassung muss somit sowohl die Inflationsrate als auch die Lohnentwicklung berücksichtigen. Um einer weiteren Entwertung der Leistungen in der Zukunft entgegenzuwirken, muss jedoch nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mindestens eine regelhafte Dynamisierung vorgesehen werden, das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst eine Dynamisierung nicht. Dies setzt eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung voraus, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einfordert.

### **§ 40b Absatz 2 i.V. mit § 40a Absatz 2: Transparenz der Versicherten über Mehrkosten für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen**

Die Verbände der BAGFW haben bereits im Rahmen der DVPGM darauf hingewiesen, dass der Leistungsbetrag für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen in Höhe von 50 Euro nicht ausreichen dürfte. Es ist daher zu begrüßen, dass die Pflegekassen mit dem neuen Absatz 2 verpflichtet werden, die Versicherten über eventuelle Mehrkosten auch im Rahmen der Unterstützungsleistungen vorab zu informieren. Es sollte ergänzt werden, dass die Information in verständlicher Form und barrierefrei erfolgen muss.

### *Änderungsbedarf*

In Absatz 2 sind nach den Wörtern „in schriftlicher Form oder elektronisch“ die Wörter „sowie in verständlicher Form und barrierefrei“ zu ergänzen.



### **§ 55: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung**

Die moderate Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um nur 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die Leistungen der Pflegeversicherung im notwendigen Umfang zu erhöhen und die Finanzsituation zu stabilisieren. Wie prekär die finanzielle Lage der Pflegekassen ist, zeigt die in Satz 2 vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsunfähigkeit der SPV durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut den Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Eine solche prekäre Haushaltslage der SPV ist nicht hinnehmbar (s. dazu insgesamt Kommentierung in der Einleitung). Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Expertenkommission, die bis 2023 Ergebnisse vorlegen soll, unverzüglich einzusetzen mit dem Auftrag, Vorschläge für eine nachhaltige, solidarische und generationengerechte Finanzierungsgrundlage vorzulegen.

Einen Ansatzpunkt zu einer schnellen Verbesserung der Einnahmeseite der Pflegeversicherung würde hier die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und korrespondierend der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung darstellen, die aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege daher dringend umgesetzt werden sollte. Dem müssen sich dann weitere Strukturreformen zur Verbreiterung der Einnahmebasis anschließen.

### **§ 61a: Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung**

Die Verschiebung der Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd., die nun ursprünglich für 2023 vorgesehen war und nun in hälftiger Höhe (0,5 Mrd.) auf Ende 2028 verschoben werden soll, zeigt die prekäre Situation der Pflegeversicherung. Die Verschiebung mag den Pflegekassen hinsichtlich ihrer Finanzsituation zwar etwas Spielraum verschaffen, allerdings wird das Problem dadurch nicht gelöst, sondern lediglich auf einen späteren Zeitpunkt vertagt. Für die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ist es nicht hinnehmbar, dass die Liquidität der Pflegeversicherung nicht gesichert ist. Insgesamt setzen sich die Verbände für eine Aufhebung der Rückzahlungsverpflichtung dieses Darlehens ein.

### **§ 75: Veröffentlichung der Landesrahmenverträge**

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge auf den Seiten der Pflegekassen ist ein Gebot der Transparenz gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und wird daher begrüßt.

Hinsichtlich des Themas “Leiharbeit, Personalpools und Auswahlkonzepte” verweisen wir auf die Einzelstellungen der in der BAGFW kooperierenden Verbände.

**§ 112 Absatz 3: Beratung des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in Krisensituationen**

Die Neuregelung wird hinterfragt. Aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege besteht der Beratungsauftrag des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in allen Situationen und somit auch in Krisensituationen. Einer gesonderten Regelung bedarf es daher nicht.

**§ 113 Absatz 1 Satz 3 neu: Anforderungen an die elektronische Pflegedokumentation**

Die Umstellung auf eine elektronische Pflegedokumentation ist wünschenswert. Die Einrichtungen sind jedoch in unterschiedlicher Weise mit Mitteln ausgestattet, welche die Pflegedokumentation vollständig elektronisch ermöglichen.

**§ 113a i.V. mit § 72 Absatz 3: Aufhebung der Expertenstandards**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben seit langem die Aufhebung des § 113a gefordert, die mit diesem Gesetzentwurf vollzogen wird.

**§ 113b Absatz 3a: Öffentliche beschlussfassende Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege geben hinsichtlich des Ansinnens, die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen zu bedenken, dass eine derartige Umstellung umfassender organisatorischer Vorbereitungen bedarf. Diese reichen von den technischen Voraussetzungen zur Live-Übertragung über die Anmietung neuer Räumlichkeiten bis hin zu rechtlichen Voraussetzungen, wie etwa die Änderung der Vereinssatzung. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bitten daher im Rahmen dieses Verfahrens, die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege entsprechend mit personellen und finanziellen Ressourcen auszustatten und dieser einen angemessenen Zeitrahmen für die Vorbereitung und Umsetzung einzuräumen.





### **§ 113b Absatz 6: Einrichtung einer Referentenstelle im Qualitätsausschuss Pflege zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege können die Intention zur Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI grundsätzlich nachvollziehen, so dass diese ihre Sichtweise und Expertise noch stärker in die Verfahren des Qualitätsausschusses Pflege (QAP) einbinden können. Allerdings gibt es aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege u.a. rechtliche Bedenken und Fragen zur Umsetzung. Einerseits soll die Geschäftsstelle QAP zwar als Arbeitgeberin fungieren, andererseits sollen ihr die entsprechenden Arbeitgeberrechte entzogen werden, wie etwa Einfluss auf die Auswahl der Person, deren Vergütung, Arbeitsort, -inhalt und -umfang. Der Verein könnte indes auf diese Art auch seinen formalen Arbeitgeberpflichten nicht nachkommen.

Offensichtlich ist bei diesem Vorhaben eine Orientierung an der Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Eine Übertragung ist jedoch nicht trivial, da der G-BA als Selbstverwaltungskörperschaft eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist, die Geschäftsstelle QAP jedoch als eingetragener Verein fungiert. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen eine bei der unabhängigen Geschäftsstelle des QAP angesiedelte Referentenstelle daher kritisch und regen an, zu überprüfen, inwiefern diesem Anliegen auf anderem Wege entsprochen werden kann.

### **§ 113b Absatz 8: Jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem BMG und Änderungen in § 114a und § 114c**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Einführung einer jährlichen Berichtspflicht des Qualitätsausschusses Pflege gegenüber dem BMG. Die Verbände der BAGFW weisen jedoch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Verbindung mit § 114c Absatz 3 (jährliche Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands) eine doppelte Berichterstattung bezüglich des Indikatoren-gestützten Verfahrens geschaffen wird. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrages an den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 wurden Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung als ein aufeinander bezogenes und verzahntes Gesamtsystem entwickelt und implementiert. Weiterhin wurde der Qualitätsausschuss Pflege mit der Evaluation und Weiterentwicklung des Systems betraut. Von Einzelakteuren beauftragte Evaluationen für einzelne Teile des Verfahrens, welche dann in die Evaluation des Gesamtverfahrens einfließen und anschließend in unterschiedlichen Dokumenten und Richtlinien von verschiedenen Einzelakteuren umgesetzt werden müssen, sind nicht sachdienlich. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hal-



ten es insofern für sachgerecht und notwendig, sämtliche das Gesamtverfahren betreffenden Aufträge und Kompetenzen dem Qualitätsausschuss Pflege zuzuweisen, um die Einheitlichkeit des Qualitätssystems sicherzustellen.

### *Änderungsbedarf*

#### § 114a Absatz 7:

~~Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. [...] Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ...~~

#### Streichung des § 114c Abs. 3:

Die Berichtspflicht kann in dem neuen § 113b Absatz 8 aufgehen und ggf. konkretisiert werden.

### **§ 113b SGB XI: Qualitätsausschuss: Erweiterung der Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege**

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Dies gehört unserer Auffassung nach auch zu den Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege (QAP).



Nach § 37 Absatz 4 haben die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Die Inhalte des Formulars sind unserer Auffassung auch Aufgabe des QAP.

§ 37 Abs. 5a ist in § 37 Absatz 5 zu integrieren.

### **§ 113c: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Mit dem vorliegenden Entwurf werden für Personalausfallkonzepte endlich flächendeckend Personalpools ermöglicht und es sollen weitere Anreize geschaffen werden, Pflegehilfskraftpersonal ohne Ausbildung perspektivisch zu Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege ausbilden zu lassen. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege anerkannt werden kann, soll dies auch vorliegend berücksichtigt werden können. Zudem werden Regelungen zur Berücksichtigung von Personen mit ausländischen Berufsabschlüssen, die einen Anerkennungslehrgang durchlaufen, ergänzt. Die Regelung zur Prüfung und Umsetzung weiterer Ausbaustufen und der Umgang mit der Konvergenzphase werden weiter konkretisiert.

Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 wird um die Möglichkeit ergänzt auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte vertraglich zu vereinbaren, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird. Die Neuerung dient sogleich der Begrenzung von Leiharbeit in der Pflege, was ausdrücklich begrüßt wird. Allerdings sollte die Maßnahme auch trägerübergreifend ermöglicht werden, was ausdrücklich im Gesetzestext zu ergänzen wäre.

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird mit den Doppelbuchstaben aa der Bezug zu den landesrechtlichen Pflegehelferausbildungen konkretisiert, indem nun nicht mehr abstrakt auf § 12 Absatz 2 des PfIBG verwiesen wird, sondern auf die Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und

Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3). Diese Personen, können bei berufsbegleitender Ausbildung im Zuge des Aufwuchses bspw. bereits als QN-3 Kräfte eingesetzt werden, was aber bisher schon gesetzlich so vorgesehen war.

Zudem wird die Regelung um Doppelbuchstabe bb erweitert, nach denen Personen als Pflegefachkräfte mit dem Qualifikationsniveau 4 berücksichtigt werden können, die mit ausländischen Berufsabschlüssen einen entsprechenden Anpassungslehrgang zur Anerkennung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann berufsbegleitend durchlaufen.

Die bisherige Regelung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, nach der Pflegehilfskraftpersonal bereits auf den Stellen von Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege (Qualifikationsniveau 3) anerkannt werden kann, wenn berufsbegleitend eine entsprechende Ausbildung absolviert wird und die nun durch den Doppelbuchstaben aa konkretisiert wird, wird zudem um Absatz 3 Satz 3 ergänzt, so dass diese landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege spätestens bis zum 30. Juni 2028 begonnen werden muss und das entsprechende Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war. Mit dieser Regelung kann zunächst ein Teil der bisher fehlenden Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen, rechnerisch „überhängigen“ und unter Bestandschutz stehenden sowie geeigneten Mitarbeiter\*innen des Qualifikationsniveaus 1 und 2 in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für das derzeit vorhandene massive Problem fehlender Hilfskräfte des Qualifikationsniveaus 3, eine gesetzlich verankerte Übergangslösung zu schaffen, was ausdrücklich begrüßt wird.

Die neu hinzugefügte Möglichkeit, nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b Pflegehilfskraftpersonal nach bestandener „Externenprüfung“ für das Qualifikationsniveau 3 einsetzen zu können, ist an und für sich keine Verbesserung, denn davon müsste man ohnehin ausgehen, wenn nach diesen speziellen Verfahren nach Landesrecht eine staatliche Anerkennung analog der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege erteilt wird. Allerdings verdeutlicht die Regelung, dass die entsprechenden „erfahrenen“ Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 1 und 2 neben der Möglichkeit, bis zum 30. Juni 2028 eine entsprechende landesrechtlich geregelte Pflegehelfer- oder Assistenzausbildung berufsbegleitend aufzunehmen, auch andere Möglichkeiten haben, staatlich als Pflegehilfskraft mit dem Qualifikationsniveau 3 anerkannt zu werden. Grundsätzlich wird schließlich begrüßt, dass die Aufnahme der „Externenprüfung“ in § 113c die Aufmerksamkeit auf das Thema lenkt, denn die Einrichtungen sind weiterhin darauf angewiesen, dass die Möglichkeit dafür vor Ort besteht und das ist in vielen Ländern anscheinend noch nicht der Fall. Insofern erhoffen wir uns von dieser Regelung, dass die Verfahren in den Ländern befördert werden.

Die Klarstellung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 3, mit der das Fachkraft- und Hilfskraftpersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen nach Satz 1 Nummer 2 und 1 bzw. Satz 1 Nummer 1 berücksichtigt werden kann, wird begrüßt. Die Regelung zur Orientierung der Entlohnung am Einsatz im jeweiligen Qualifikationsniveau ist sachgerecht und schafft Klarheit, wenngleich dadurch ein Hemmnis entstehen kann, als Intention dahinter, auf Basis des Grades der Umsetzung, der Arbeitsmarktlage usw. die weiteren Schritte zu planen oder gesetzgeberisch vorzugeben. Allerdings vertreten wir nach derzeitiger Faktenlage auch die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden muss. Insoweit begrüßen wir die Aussage in der Begründung, dass die Umsetzung der Personalbemessung weiterhin auf eine Verbesserung der personellen Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen abzielt. Sicher ist hingegen nichts und weiterhin fürchten Pflegeeinrichtungen in einigen Bundesländern, dass sie am Ende weniger Personal einsetzen dürfen, als dies heute der Fall ist. Wir fordern daher auch weiterhin eine verbindliche Ausgestaltung der Ausbaustufen mit dem Ziel, PeBeM vollständig umzusetzen. Die Möglichkeit der vollständigen Umsetzung könnte im Übrigen heute schon den Trägern freigestellt werden. Damit hätten sich die teilweise komplizierten Bestandsschutzregelungen für Einrichtungen, die heute mehr Personal einsetzen, als § 113c Absatz 1 SGB XI ermöglicht, erübrigt.

Wir begrüßen ebenfalls, dass angestrebt wird, dass sich die individuell vereinbarte personelle Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 angleicht. Zu diesem Zwecke sieht der neue Absatz 8 vor, dass erstmals bis Ende 2023 das BMG unter Beteiligung aller relevanten Ministerien und Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bundeseinheitliche Festlegungen für Zielwerte für eine mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung trifft. Dies muss mit einer Anhebung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1, einhergehen. Das derzeit nach geltender Rechtslage vorhandene Belieben einer Umsetzung wird damit, sollte es zu einer Anhebung der Mindestausstattung kommen, faktisch aufgehoben, was zielführend ist. Allerdings bitten wir zu prüfen, ob festgeschrieben werden kann, dass diese Zielwerte im Qualitätsmixmodell, also nach Qualifikationsniveaus, festgelegt werden müssen, um Anachronismus zu vermeiden.

Die zur Umsetzung von Absatz 7 und 8 erforderlichen bundeslandbezogenen Zahlen, Daten und Fakten sollen insbesondere durch eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (ebenfalls in Absatz 8) eingeführt werden. Dieser Bericht soll in zweijährigem Intervall Hinweise liefern, ob Zielwerte für eine personelle Mindestausstattung von den vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts der Situation am Arbeitsmarkt eingehalten werden könnten. Darüber hinaus soll die Berichtspflicht Hinweise liefern, welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären, sollten die angestrebten Zielwerte nicht von allen Pflegeeinrichtungen



vollumfänglich erfüllt werden können. Wir bitten zu prüfen, ob konkretisiert werden kann, dass die Grundlagen zur Erstellung des Berichts maßgeblich aus den vorhandenen und den Pflegekassen vorliegenden Vertragsdaten und sonstigen herkömmlichen Personalmeldungen oder -abgleichen entnommen werden. Andernfalls fürchten wir ein weiteres Bürokratiemonster bis hin zum tagesaktuellen Personalabgleich.

Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege nach wie vor die Auswirkung des § 113 Absatz 6 SGB XI. Demnach werden schon bald ab Juli 2023 die Stellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in die regulären Pflegesätze überführt, was zu einer weiteren Steigerung der pflegebedingten Eigenanteile führt. Durch den Mechanismus, dass in der ersten nach dem 01.07.2023 geschlossenen Pflegesatzvereinbarung die Stellen überführt werden, spätestens aber bis Ende 2025, entstehen für entsprechende Einrichtungen in mehrfacher Hinsicht große Fehlanreize. Es werden nun so kurzfristig keine Zusatzstellen mehr akquiriert und neue Pflegesatzvereinbarungen ab dem 01.07.2023 werden ggf. nicht abgeschlossen, was den Umstieg in das Qualifikationsmixmodell und somit in den Aufwuchs behindert. Die Kostenbelastung ist für Heimbewohner\*innen zu hoch geworden. Die zusätzliche Belastung kann für betroffene Heimbewohner\*innen bis zu 200 €/ Monat und mehr betragen. Die entsprechenden Einrichtungen werden nicht zusehen, wie diese durch den vorzeitigen Wegfall der Finanzierung der Zusatzstellen weiter steigen. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

#### *Änderungsbedarf*

§ 113c Absatz 6 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

#### ***Wegfall der §§ 123, 124 im Gesetzentwurf: Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung; Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier***

Die BAGFW kritisiert scharf, dass die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI zur Förderung von Unterstützungsstrukturen vor Ort und für die Quartierspflege, die noch im Referentenentwurf vorgesehen waren, im Gesetzentwurf entfallen sind. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sahen im neuen Modellvorhaben zur Entwicklung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungskonzepte vor Ort und im Quartier, wie im Referentenentwurf ausgeführt, großes Potenzial. Aus Perspektive der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind vielfältige Formen der Förderung, wie die Erprobung von Konzepten

wie Buurtzorg im deutschen Kontext, präventive Hausbesuche, verbunden mit Schulungen, Beratungen und Trainings zur Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen im Haushalt, die Einführung neuer Versorgungsformen und/ oder die Einführung neuer Wohnformen, wie bspw. Altenwohnheime für Menschen mit geringem Pflegebedarf oder die Erprobung von Öffnungsklauseln in Landesrahmenverträgen zur Ermöglichung von Kurzzeitpflege in anderen als vollstationären Settings, denk- und umsetzbar. Insbesondere könnte auch die Verzahnung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und Hilfen, bspw. in Gesundheitskiosken, mit vorhandenen Beratungsangeboten (Pflegestützpunkte) umgesetzt und erprobt werden. Darüber hinaus wären die Entwicklung und Stärkung präventiver Angebote und Strukturen wie auch die bessere Verzahnung der Sektoren innerhalb des SGB XI sehr zu begrüßen. Angesichts knapper Personalressourcen sollten solche innovativen Projekte möglichst auf bestehenden Strukturen und Angeboten aufgebaut und von dort aus weiterentwickelt werden können.

Im Allgemeinen stellt sich die Frage, ob die Pflegeversicherung der richtige Ort ist, um der Thematik der kommunalen Verantwortung der Daseinsvorsorge in der Altenhilfe gerecht zu werden.

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände konstatieren, dass die Kommunen heute ihrer Rolle nicht gerecht werden. Die Einsparungen der Sozialhilfeträger durch den in der vollstationären Pflege eingeführten Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sollten, eigentlich wieder investiert werden. Diese kommen aber im Rahmen der Investitionskosten nicht an oder, die Mittel werden aufgrund der fehlenden Planungsverpflichtung nicht ausgegeben. Die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) angedachte regionalisierte und an die Landespflegeausschüsse (LPA) angeschlossene Planung wird bekanntermaßen nicht richtig umgesetzt. In Bayern versucht man dem entgegenzuwirken, in dem u.a. eine Pflegestrukturplanung etabliert wird.

In Brandenburg versucht das zuständige Ministerium mit gezielten Förderungen der Kommunen u.a. die ambulante Sorgestruktur zu stärken. Das Land übernimmt heute 80 % der Kosten im Bereich der Hilfe zur Pflege. Ausgangspunkt ist die These, dass die Pflegeprävalenz 2030 noch beeinflusst werden kann – auch mit präventiven, aufsuchenden niedrigschwelligen Angeboten und Leistungen.

§ 7c SGB XI gibt den Kommunen ein Initiativrecht zur Etablierung von Pflegestützpunkten an die Hand, und zwar mit Co-Finanzierung der Pflegekassen. Die Kommunen müssen sich lediglich mit 20 % beteiligen. Zudem bot das PSG III (und bietet es weiterhin) vieles mehr, von dem zu oft kein Gebrauch gemacht wird: So z.B. das Thema Planungsverpflichtung (mit allen negativen Wechselwirkungen, s.o.). Davon machen heute nur Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg Gebrauch. Damit haben Kommunen zumindest dort Planungs- und Steuerungskom-

petenz für die regionale Pflegestruktur übernommen. In Brandenburg hat das zuständige Ministerium im Rahmen des Pflegepakts ein Pflegedossier zu allen 103 Kommunen erstellt. Die Daten sind Routinedaten einer etablierten Datenbank, die auch die Pflegekassen für Dossiers nutzen könnten. Mit dem Prinzip ZDF (Zahlen, Daten, Fakten) arbeitet auch das Landesamt für Pflege in Bayern. Hier finden allerdings zusätzlich Erhebungen und Auswertungen statt. Das Ziel sind regionalisierte Daten zur Planung und Planungsverpflichtung. Die Beispiele zeigen, dass im SGB XI Regelungen zur Erstellung und Verfügungstellung von notwendigen Planungsdaten getroffen werden sollten, welche die Kommunen in die Lage versetzen zu handeln. Es geht um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (vor Ort über den Landespflegeplan) mit der Herausarbeitung der Schnittstellen zu kommunalen Aufgaben und die Definition der „Gemeinsamen Verantwortung“. Schlussendlich muss die Altenhilfe aus Perspektive der BAGFW wieder Pflichtaufgabe der Kommunen werden (§ 71 SGB XII). Wie vor Einführung der Pflegeversicherung auch, können Träger der Freien Wohlfahrtspflege den Bedarf abseits der Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege regelhaft im Sinne von Sorgearbeit und anderen niedrighschwelligem Angeboten übernehmen, wenn „offene Seniorenarbeit“ überall wieder gefördert würde und eine Rolle spielte. Dies ist jedoch eine Frage der Daseinsvorsorge der Kommunen im Bereich der Altenhilfe.

### **§ 125b SGB XI: Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege**

Die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung in der Langzeitpflege durch die Entlastung von Pflege- und Betreuungskräften und die Unterstützung des Erhalts von Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sind auch aus Sicht der BAGFW optimierungsbedürftig. Der Gesetzentwurf sieht dazu ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege vor, welches die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung (ambulant und stationär) sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und verbreitet. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen in der effizienten Nutzung digitaler Technologien ein großes Potential für die Zukunft der Pflege und begrüßen vor diesem Hintergrund Maßnahmen, die die Prozesse der digitalen Transformation in der Pflege unterstützen und den konsequenten Anschluss der Pflege an die Telemedizininfrastruktur zeitnah fördern und auch die Einrichtung eines Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums: Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege gibt es kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem aufgrund nicht synchroner Prozesse. Es gibt gegenwärtig eine Vielzahl an Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen zum Potential der Digitalisierung in der Langzeitpflege, Modellprojekte von verschie-



denen Ministerien, Hochschulen und anderen Akteuren wie z. B. den Förderschwerpunkt Digitalisierung und Pflege des GKV-SV mit den Modellprojekten nach den §§ 8 Absatz 3, § 125 und §125a, die Cluster-Projekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, die Projekte des IGES Instituts sowie die derzeit in Erarbeitung befindliche Digitalstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit. Außerdem erstellt die gematik einen TI-Atlas. Folglich sehen wir die in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 benannte regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege nicht als vordergründige Aufgabe des Kompetenzzentrums an. Stattdessen sollte das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege die gegenwärtig teilweise parallelaufenden und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure etc. in einem ersten Schritt in einem transparenten Roadmap-Prozess integrieren (siehe auch unsere Stellungnahme zu § 341 SGB V). Dies haben die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in den Prozess der Digitalisierungsstrategie des BMG eingegeben.

Daher sehen wir den Schwerpunkt nicht auf der regelmäßigen Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege, sondern bei vielen in der Begründung zu Absatz 2 genannten weiteren Aufgaben des Kompetenzzentrums, die aus unserer Sicht in den Gesetzestext aufzunehmen sind. Diese sind

- Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.
- Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digital-



technischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.

- Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
- Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
- Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
- Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen. Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).“

Verortung des Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege:

Ausweislich der Begründung zu Absatz 1 soll unter Berücksichtigung der im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege mit dem Kompetenzzentrum ein Baustein zur Förderung einer strukturierten Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens geleistet werden. Dies erfordert unserer Auffassung nach auch, dass ein strukturierter Prozess zwischen den verschiedenen Akteuren befördert werden muss. Ein Kompetenzzentrum kann deshalb nicht bei einem der Akteure angesiedelt werden, sondern muss bei einer neutraleren Instanz angesiedelt werden. Außerdem sollen mit Einrichtung eines interdisziplinär arbeitenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege auch Lösungsoptionen für die Praxis der Langzeitpflege (ambulant wie stationär) entwickelt und konkret umgesetzt werden. Der GKV-SV zeichnete sich bisher nicht durch eine Praxisnähe und durch konkrete Umsetzungsschritte für die Praxis aus. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen vor auf eine bewährte neutrale, fachlich geeignete Instanz zu gründen oder z. B. direkt beim Bundesministerium für Gesundheit oder bei der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege/der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 organisatorisch zu verorten.

*Änderungsbedarf*

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Bei der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege, die Erarbeitung eines Roadmap-Prozesses für teilweise parallelaufende und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure,

[...]

4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen, durch die Erarbeitung bundeseinheitlicher Schulungsmaterialien für Multiplikatoren und Unterstützungskonzepte für pflegende Angehörige und ehrenamtlich in der Pflege Tätige,

5. sowie die weiteren Aufgaben:

- „Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. [...] Das Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verfolgt die Aufgaben nach Absatz 1 und bestimmt demnach Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. [...]

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln die qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Dabei ist der Nutzen für Pflegeeinrichtungen herauszustellen. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-SV, der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe [...]

(6) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums im Hinblick auf Veranstaltungen, Empfehlungen, auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite und stellt Handreichungen und Umsetzungstools zur Verfügung.

## Artikel 2: Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### **§ 36: Anhebung der Pflegesachleistung**

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen die Anhebung der Pflegesachleistung um 5 Prozent zum 01.01.2024 angesichts der bereits seit Jahren und seit dem 2022 deutlich erfolgten Kostensteigerungen als zu spät an; sie reicht bei weitem nicht aus, um den Kostenanstieg infolge der inflationsbedingten Tarifsteigerungen, die 15 Prozent und höher ausfallen können, zu kompensieren, ebenso wie die Ausbildungsumlage. Auf diese Weise erfolgt eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen und es droht eine Zunahme der Unterversorgung, weil benötigte Pflege und Betreuungsleistungen aus Kostengründen nicht mehr in Anspruch genommen werden. Dem ist dringend entgegenzuwirken.



Dies kann jedoch nur erfolgen, wenn der Finanzrahmen der Pflegeversicherung erhöht wird. Diesbezüglich wird auf die Einleitung zu dieser Stellungnahme verwiesen.

### **§ 37: Anhebung des Pflegegelds**

Die Anhebung der Leistungsbeträge des Pflegegelds um 5 Prozent ist ein dringend überfälliger Schritt, der spätestens zum Juli 2023 und nicht erst zum 01.01.2024 erfolgen muss, zumal das Pflegegeld seit 2017 nicht erhöht wurde. Die pflegebedürftigen Menschen, die nur Pflegegeld und keine Pflegesachleistung beziehen, waren im Rahmen der Reform des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) die einzige Gruppe, die nicht von Leistungsverbesserungen profitiert hat. Auch hier ist zu konstatieren, dass eine Erhöhung des Pflegegelds um 5 Prozent wg. langjähriger Nullrunden für den Inflationsausgleich nicht ausreicht. Aufgrund dieser Benachteiligung der Leistungsempfänger von Pflegegeld regen die Verbände der BAGFW an, das Pflegegeld bereits ab dem 1. Juli 2023 zu erhöhen.

### **Wegfall des § 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag im Gesetzentwurf**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung eines Entlastungsbudgets, das den bisherigen Jahresbetrag von 1.774 Euro für die Kurzzeitpflege und von 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag von 3.386 im Kalenderjahr zusammengefasst hätte und von den Pflegebedürftigen flexibel und passgenau im Kalenderjahr eingesetzt hätte werden können, im Gesetzentwurf ersatzlos gestrichen wurde. Damit im Zusammenhang steht auch die im Referentenentwurf noch vorgesehene Streichung der 6monatigen Wartefrist für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sowie die Folgeregelung einer Fortgewährung des hälftigen Pflegegelds während der Verhinderungspflege. Mit dieser Streichung verdient der Gesetzentwurf seinen Namen als "Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" nicht mehr, denn das Entlastungsbudget wäre ein Kernstück dieser dringend notwendigen Entlastung gewesen. Seine Streichung ist ein Schlag ins Gesicht der pflegenden Angehörigen, die auch schon mit der Pflegereform GVWG aus der letzten Legislaturperiode leer ausgegangen waren. Von einem Entlastungsbudget hätten insbesondere auch Familien mit Kindern mit einer Behinderung, die die Mittel der Kurzzeitpflege aufgrund fehlender Eignung dieses Angebots für Kinder kaum nutzen können, stark profitiert. Gerade diese Familien brauchen Unterstützung durch die Möglichkeit zur Nutzung von möglichst viel stundenweiser Verhinderungspflege.

Der Vorschlag der BAGFW für ein Entlastungsbudget wäre noch über den Vorschlag des Referentenentwurfs hinausgegangen, indem in ein solches Entlastungsbudget auch den Entlastungsbetrag nach § 45b einzubeziehen wäre, denn auch dieser ist

eine klassische Entlastungsleistung pflegender An- und Zugehöriger. Ein Gesamtkonzept von Kurzzeit-, Verhinderungspflege und jährlichem Entlastungsbetrag hätte den Vorteil einer größtmöglichen Flexibilität für Pflegebedürftige beim Einsatz der Leistungen der Pflegeversicherung. Davon profitieren würden insbesondere auch Familien mit Kindern mit Behinderung, die einen hohen Bedarf an stundenweiser Entlastung haben.

Für den Fall, dass der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI im weiteren parlamentarischen Verfahren doch wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen wird, sehen wir folgende Änderungsbedarfe:

Abzulehnen ist die in Absatz 2 RefE statuierte Anzeigepflicht der professionellen Leistungserbringenden von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gegenüber den Pflegekassen, die spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats erfolgen muss. Begründet wird dies im Falle der Verhinderungspflege mit der Tatsache des fehlenden Antragserfordernisses und der Tatsache, dass Pflegekassen im Interesse der Pflegebedürftigen mitverfolgen können müssen, inwiefern der Gesamtleistungsanspruch bereits verbraucht wurde, um ggf. beratend tätig zu werden. Da professionelle Leistungserbringende monatliche Rechnungen stellen, stellt dies eine unnötige bürokratische Hürde dar. Das gleiche Anzeigerfordernis soll nach dem Referentenentwurf auch für die Kurzzeitpflege gelten und wird damit begründet, dass „nicht immer eine zeitnahe Abrechnung gewährleistet“ sei. Eine zeitnahe Abrechnung ist jedoch auch hier der Regel- und nicht der Ausnahmefall. Daher schafft diese Regelung unnötige Bürokratie. Der dem Regelungstext zugrundeliegende Transparenzgedanke gegenüber dem Versicherten ist dabei grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings kann dieses Ziel auf dem hier vorgeschlagenen Weg nicht erreicht werden, denn Angehörige, Nachbarn oder Freunde, die Verhinderungspflege erbringen, werden – zurecht – von dieser Anzeigepflicht ausgenommen. Dieser Fall stellt jedoch bei Verhinderungspflege eine häufige Konstellation dar, sodass das Ziel der Schaffung von Transparenz, über die noch zur Verfügung stehenden Mittel auf diesem Wege nicht erreicht werden kann. Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, ist zwingend im Gesetzestext vorzuschreiben, dass sich die Pflegekassen auf ein einheitliches Verfahren einigen und Musterformulare zur Verfügung stellen müssen, die grundsätzlich elektronisch übermittelt werden können.

Die in Absatz 3 RefE den Leistungserbringenden auferlegte Informationspflicht gegenüber den Versicherten, im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln, wird ebenfalls abgelehnt, denn den Versicherten liegt diese Information im Rahmen der Rechnungsstellung bereits vor. Des Weiteren kann das mit der Informationspflicht verbundene Transparenzziel nicht erreicht werden, wenn An- oder Zugehörige, die Verhinderungspflege erbringen. Ein sinnvolles Instrument zur Erzielung von Transparenz wäre hingegen eine Verpflichtung der Pflegekassen, ihren Versicherten im Falle



der Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege einen Überblick über die verbrauchten und noch zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge zu geben. Darüber hinaus ist auch der Gemeinsame Jahresbetrag anzuheben.

### **Zu § 42 a (Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegepersonen) SGB XI in Verbindung mit den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V**

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich die im Gesetzentwurf in § 42a SGB XI formulierten Schritte zum Abbau von Hürden für pflegende Angehörige im Zugang zu einer medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, zu einer besseren zeitgleichen Versorgung Pflegebedürftiger, sowie zum vorgesehenen Bürokratieabbau für die Betroffenen.

Pflegepersonen sind oftmals nicht nur erheblich gesundheitlich belastet und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt, sondern ihr Zugang zur Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist auch dadurch erschwert, dass sie die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht gesichert wissen. Aktuell bedeutet die eigene medizinische Vorsorge oder Reha mit der gleichzeitigen Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren, eine hochkomplexe Antragstellung in zwei verschiedenen Sozialversicherungssystemen mit der Herausforderung, dies zu einem passgenauen und zeitgleichen Ergebnis zu bringen, und sich finanziell nicht zu überfordern. Für viele pflegende Angehörige ist dies ohne Unterstützung eine Überforderung und hat zu häufig zur Folge, dass das eigene Rehabilitationserfordernis weiter aufgeschoben wird. Es ist äußerst sinnvoll, dass hier eine „Lösung aus einer Hand“ geschaffen werden soll.

Durch den neuen 42a SGB XI werden die rechtlichen Bedingungen dafür geschaffen, dass sich die komplexe Situation von pflegender und pflegebedürftiger Person in der Praxis verbessern kann. Begrüßt werden insbesondere die Stärkung des Rechtsanspruchs der pflegebedürftigen Personen auf die in Absätzen 1 bis 3 formulierten Leistungen und Ansprüche (einschließlich u.a. der Übernahme der betriebsbedingten Investitionsaufwendungen). Der neu geschaffene Leistungsanspruch für den Pflegebedürftigen analog der Regelung im § 40 Absatz 3 bzw. 3a SGB V und neben den Leistungsansprüchen der Kurzzeitpflege nach § 42 und der Verhinderungspflege nach § 39 ist sachgerecht. Es nimmt dies eine Besorgnis vieler Betroffener, dass ansonsten nach der Pflegeversorgung während des Rehabilitationszeitraumes alle Mittel für weitere Entlastungsphasen oder Akut-Situationen aufgebraucht sind. Durch die Förderung der Gesundheit der Pflegeperson wird deren Leistungsfähigkeit nachhaltig gestärkt und es kann ggf. ein Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung weiter vermieden oder möglichst lange hinausgezögert werden, was dem Wunsch vieler Betroffener entspricht.

Begrüßt wird die Bestimmung in Absatz 4, wonach der Antrag der Pflegeperson auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen zugleich einen Antrag der Pflegeperson nach Leistungen nach Absatz 1 darstellt. Zu ergänzen ist, dass die Regelungen auch gelten, wenn die Möglichkeit der Unterbringung in einer Einrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V gewünscht ist. Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass bei den Neuregelungen auch eventuelle Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtung umfasst sind, damit alle Arrangements in der Praxis umfasst sind.

Begrüßt wird ebenfalls, dass mit den Bestimmungen in Absatz 7 die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer der Vorsorge und Rehabilitation auf Bundesebene mit den Leistungsträgern gemeinsame Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren vereinbaren und dadurch auch die gemeinsame Selbstverwaltung stärken.

Nicht notwendig sind jedoch die dort vorgesehenen Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Pflege erfolgt entweder in einer nach § 111 SGB V oder nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung (Absatz 2). Einrichtungen nach § 111 SGB V stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und beschäftigen qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal. Sie unterliegen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V, müssen ein zertifiziertes, internes Qualitätsmanagement vorhalten und unterliegen sämtlichen behördlichen Aufsichten für Gesundheitseinrichtungen. Mit der Aufnahme von Patientinnen und Patienten entstehen darüber hinaus zivilrechtliche Sorgfaltspflichten, deren Einhaltung über das geltende Haftungsrecht sichergestellt ist.

Da es sich bei einer Konzepterweiterung um die Mit-Aufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen um einen versorgungsvertragsrelevanten Sachverhalt handelt, ist die Vorlage eines ergänzenden Konzeptes gegenüber dem federführenden Kassenverband bzw. Rentenversicherungsträger heute schon geregelt. Ebenso sind Nachweisverfahren bzgl. der Leistungserbringung etabliert (§ 111 Absatz 7 SGB V, § 15 SGB VI). Erforderlich wird es sein, eine entsprechende Informationsstruktur mit den Pflegekassen, um diese Konzepterweiterungen zu etablieren. Die vorgesehenen Regelungen des § 42a Absatz 8 würden aber darüber hinausgehen und eine Parallelstruktur für Konzeptanerkennungen und Nachweis der Leistungserbringung schaffen, was wir problematisch sehen und auch die Bürokratielast erhöht.

Problematisch ist, dass der Rechtsanspruch von Pflegepersonen auf Vorsorgeleistungen nicht gestärkt wurde, ein Anliegen, für das sich die BAGFW seit Jahren einsetzt. Während nach § 40 Absatz 2 SGB V die Krankenkasse für pflegende Angehörige bzw. Pflegepersonen stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht, ist dies bei der Vorsorge nicht der Fall. Aber Vorsorgeleistungen, durch die Pflegepersonen aus dem beanspruchenden Versorgungskontext zeitlich befristet in eine stationäre Maßnahme wechseln, um Abstand





zur Alltagspraxis zu gewinnen, sollten sie wie auch rehabilitative Leistungen bei Vorliegen einer Indiktion ebenso gut zugänglich sein.

### *Änderungsbedarf*

§ 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder .....

§ 42a Absatz 4 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung oder einer anderen nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen ...

In § 42a Absatz 7, Satz 1 SGB XI ist der letzte Halbsatz „und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen“ zu streichen.

§ 42a Absatz 8 ist zu streichen. Stattdessen ist vor erstmaligen Konzeptanerkennungen eine Information des Rehaträgers an die Pflegekasse zu etablieren.

§ 23 Absatz 4 SGB V zweiter Halbsatz wird aufgehoben und durch folgenden neuen Satz ersetzt:

„Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse diese unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen, und kann diese Leistungen auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 a besteht.“

### **§ 43c: Prozentuale Reduzierung des pflegebedingten Eigenanteils bei vollstationärer Pflege**

Die prozentuale Reduzierung der Eigenanteile im stationären Bereich erfolgt, gestaffelt nach Aufenthaltsdauer in der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls um 5 Prozent, ausgenommen der Personenkreis, der bis zu 12 Monaten in einer Einrichtung lebt, erfährt eine Entlastung von 10 Prozent. Allerdings reichen die Beträge, bundesdurchschnittlich betrachtet, bei weitem nicht aus, um den steten Zuwachs an Eigenanteil zu begrenzen. Anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, ist weder die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V vorgesehen noch die Übernahme der Ausbildungskostenumlage. Beide Maßnahmen könnten die Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen erheblich senken. Generell problematisie-



ren die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass der prozentuale Weg der Begrenzung der Eigenanteile konzeptionell zur Lösung des Problems nicht ausreichen wird, denn es gilt nicht nur, die Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal zu kompensieren, sondern auch die zusätzlichen Kosten durch den Personalaufwuchs in Folge der Einführung des Personalbemessungssystems, insbesondere, wenn die zusätzlichen Pflegefachkräfte nach § 8 Absatz 6 und die zusätzlichen Pflegeassistenzkräfte nach § 84 Absatz 9 i.V. mit § 85 Absätze 9 bis 11 ab Juli 2023 in das reguläre Pflegesatzverfahren überführt werden müssen.

#### **§ 44: Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld**

Als wichtige Entlastung pflegender An- und Zugehöriger begrüßen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Möglichkeit der kalenderjährlichen Inanspruchnahme eines Pflegeunterstützungsgelds für 10 Arbeitstage, um kurzfristig pflegebedürftige Angehörige versorgen zu können. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände haben sich seit vielen Jahren dafür eingesetzt, dass die 10 Arbeitstage nicht einmalig sind, sondern sich auf das jeweilige Kalenderjahr beziehen.

#### **§ 108: Auskünfte an Versicherte**

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Ausweitung der Auskunftspflichten der Pflegekassen über in Anspruch genommene Leistungen. Allerdings sollten diese Informationspflichten nicht nur „auf Wunsch“ des Versicherten erfolgen nicht nur „auf Anforderung“. Vielfältig sind die Versicherten über ihre Informationsrechte nicht informiert. Daher müssen die Kassen automatisch informieren; der Versicherte kann der Information jederzeit widersprechen. Die Informationen sollten zudem nicht nur in "wahrnehmbarer" Form, sondern auch grundsätzlich in verständlicher Sprache und barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

#### **Änderungsbedarf**

In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auf Wunsch“ und „auf Aufforderung“ gestrichen.

In Satz 3 werden die Wörter „~~in wahrnehmbarer Form~~“ durch die Wörter „in verständlicher Sprache und barrierefreier Form“ eingefügt.



## Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### **§ 341 Absatz 8: Verpflichtung (stationärer) Pflegeeinrichtungen zum Anschluss an die TI und Verpflichtung zur Schaffung der Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA**

Bislang waren nur ambulante Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege erbringen, verpflichtet, sich bis zum 01.01.2024 an die TI anzuschließen und ab dem 01.07.2024 die Leistungen auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung zu erbringen. Mit der Neuregelung werden nun auch stationäre Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die TI verpflichtet. Alle Pflegeeinrichtungen müssen laut Gesetzentwurf bis zum 01.07.2025 die Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA erfüllen. Dieses Ziel wird von den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege grundsätzlich unterstützt. Allerdings ist vom Gesetzgeber klar zu bestimmen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Anschluss an die TI und der Zugriff auf die ePA überhaupt erfolgen kann. Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber an dieser Stelle so unbestimmt formuliert und sich nicht an den Regelungen, die für die vertragsärztliche Versorgung nach § 341 Absatz 6 oder für die Krankenhäuser nach § 341 Absatz 7 gelten orientiert und konkret die Dienste und Komponenten als Voraussetzung benennt.

Für ambulante Pflegedienste, die sich bislang um eine fristgerechte Anbindung bemühen, werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Vielzahl an Hürden offenbar, die die Frist 01.01.2024 bzw. neu 01.07.2024 aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stark in Frage stellt. Ein schwerwiegender Grund, der Einrichtungen der Pflege mit einem Anschluss noch zögern lässt, stellt die geplante Neuausrichtung nach der TI 2.0 dar. Mit dieser soll es ab 2025 möglich sein, ganz ohne die Verwendung von Hardwarekomponenten auf die TI zugreifen zu können. Mit Blick auf einen ressourcenschonenden Mitteleinsatz ist aus Sicht der Verbände der BAGFW eine Anbindung an die TI nach der bisherigen Methode daher nicht mehr sinnvoll und zielführend. Nicht nur der geringere Arbeits- und Implementierungsaufwand, sondern auch die kostenwirksame Einsparung von Hardware sprechen deutlich für eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach den Möglichkeiten der TI 2.0. Des Weiteren wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die Finanzierungsmodalitäten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur neu geregelt. Die bestehenden TI-Pauschalen werden auf Monatspauschalen umgestellt. Da zunächst die Vereinbarung im vertragsärztlichen Bereich (Bundesmantelvertrag) geschlossen werden muss, um die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Bundesvereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen

entsprechend abzuschließen, ist nicht mit einer Auszahlung der neu vereinbarten Pauschalen vor Juli 2023 zu rechnen. Dies führt zu Unsicherheit und nachvollziehbarem Abwarten seitens der Pflegeeinrichtungen, denn bislang sind nicht alle vorausgesetzten Bestandteile zur Anbindung an die TI ausreichend über die bisherige TI-Finanzierungsvereinbarung abgedeckt, wie z. B. die Refinanzierung von elektronischen Heilberufausweisen. Darüber hinaus sind die datenschutz- sowie haftungsrechtlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem eHBA rechtssicher für Leistungserbringer in der Pflege zu klären. Perspektivisch ist aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine sichere Nutzung der TI in der Pflege für jede Pflegefachkraft ein refinanzierter eHBA erforderlich. Die bislang parallellaufenden Prozesse müssen für einen unkomplizierten Anschluss an die TI sowie eine gewinnbringende Nutzung der TI aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege dringend synchronisiert werden. Erforderliche Vorarbeiten als Voraussetzung für eine Anbindung müssen zwingend erledigt sein, um nicht Gefahr zu laufen, Motivation und Bereitschaft sowie die Möglichkeit zur Nutzung der TI in der Pflege bereits im Registrierungsprozess zunichtezumachen. Grundsätzlich ist zu regeln, dass die Verpflichtung zur Anbindung an die TI nur gilt, sofern die gematik oder ihre Nachfolgeorganisation die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen hat.

Wir begrüßen daher, dass der Gesetzentwurf anders als der RefE, nunmehr die sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen erst zum 1. Juli 2025 zur Anbindung an die TI verpflichtet. Dies hatte die BAGFW in ihrer Stellungnahme zum RefE gefordert. Eine verpflichtende Anbindung ergibt aus unserer Sicht auch erst dann Sinn, wenn auch alle anderen Akteure im Gesundheitswesen – insbesondere Arztpraxen – verpflichtend KIM umsetzen. Ferner sind sämtliche Prozesse rund um die Telematikinfrastruktur so zu synchronisieren, dass eine reibungslose Anbindung an die TI sowie eine sich anschließende gewinnbringende Nutzung der TI gewährleistet sind. Dies schließt aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ebenso eine Synchronisation des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Abs. 8 SGB V mit der TI ein. Ein einheitlicher und unkomplizierter Registrierungsprozess, der z. B. eine Stapelverarbeitung für Träger mehrerer Dienste zulässt, muss über die TI ermöglicht werden. Bislang verhindern parallellaufende Prozesse Bürokratieabbau und Entlastung in diesem Bereich.

Die Verbände der BAGFW weisen auf eine Regelungslücke hin, die sich aus § 360 Absatz 8 SGB V ergibt, wonach sich die Leistungserbringenden der Häuslichen Krankenpflege bereits zum 1. Januar 2024 an die TI angeschlossen haben müssen, um elektronische Verordnungen von HKP und AKI abrufen zu können. Nach der jetzigen Regelungskonstellation würde § 360 Absätze 5 und 8 ambulanten Pflegedienste, die nur einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V, nicht jedoch nach dem SGB XI haben, zu einer früheren Anbindung an die TI verpflichten, was keinen Sinn macht.



### Änderungsbedarf

§ 341 Abs. 8 wird wie folgt zu ergänzen:

“Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht, wenn der Zugriff auf die elektronische Patientenakte oder der Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 1 aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.”

§ 360 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sind ab dem 01. Juli 2024-2025 verpflichtet, die Leistungen unter Nutzung der Dienste und Komponenten nach Absatz 1 auch auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung nach Satz 1 zu erbringen. Die Verpflichtung nach Satz 3 gilt nicht, wenn der elektronische Abruf der Verordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Um Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 § 37 sowie Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c elektronisch abrufen zu können, haben sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 01. Januar 2024-Juli 2025 [...] an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen.“

§ 293 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 mit der gematik und im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis innerhalb der Telematikinfrastruktur

1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches oder bei denen es sich um Leistungserbringer nach § 132d SGB V bzw. 132l SGB V handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen sowie



3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. Dabei schafft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Registrierungsprozess, der dem Prinzip der Entbürokratisierung und einem aufwandsarmen Prozess für Leistungserbringer Rechnung trägt. Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

[...]

## **Ergänzender Handlungsbedarf**

### ***Zeitvergütung in der ambulanten Pflege***

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

### ***Generalistische Pflegeausbildung***

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. -fachmann werden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so genannte Wertschöpfungsanteile geltend gemacht. D.h., dass diese Auszubildenden anteilig auf die Personalschlüssel angerechnet werden. Auch wenn Auszubildende in der Pflege mit jedem Ausbildungsjahr lernen, selbstständiger tätig zu werden, befinden sie sich immer noch drei Jahre lang in der Ausbildung und können in keinem der Jahre als vollwertige Pflegefachpersonen gelten und sind damit, auch nicht anteilig, auf die Personalschlüssel anzurechnen. Vielmehr sind sie auch im letzten Ausbildungsjahr noch Lernende, die Anleitung und Beaufsichtigung benötigen. Dies bedingt Ausbildungsaufwand und keine Wertschöpf-



fung im Sinne Personaleinsparungsmöglichkeiten. Auch widerspricht dies dem Algorithmus der Personalbemessung nach § 113c, der den Bedarf von Personalmenge und -qualifikation anhand des Pflegebedarf der Bewohner\*innen von Pflegeheimen ermittelt. Eine Qualifikation "Auszubildender" ist hier nicht vorgesehen.

Der Regelung zum Wertschöpfungsanteil ist daher abzuschaffen.

### ***Bundeseinheitliche generalistische Assistenz Ausbildung***

Mit der Einführung der Personalbemessung nach § 113c steigt der Bedarf an Assistenzkräften des Qualifikationsniveaus deutlich an. Weder auf Landesebene noch auf Bundesebene wird diesem steigenden Bedarf bisher nennenswert Rechnung getragen. So fehlt es überall an den Kapazitäten entsprechende Ausbildungsplätze, deren Finanzierung und Regelungen zur Praxisanleitung.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen daher dringenden Handlungsbedarf aus Bundesebene und fordern, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung einer bundeseinheitlichen, generalistischen Assistenz Ausbildung zeitnah auf den Weg zu bringen.

### ***Tariftreueregelungen***

Nach § 72 Absatz 3e haben die Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres die § 72 Absatz 3e Satz 1 Ziffer 1 und 2 aufgeführten Meldepflichten mitzuteilen. Dabei muss sich die Entlohnung der Mitarbeitenden auf den Stichtag 01. August des jeweiligen Jahres beziehen. Die Meldepflicht stellt für die tarifgebundenen bzw. für die an die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine hohe zusätzliche Belastung innerhalb der kurzen Zeitspanne von einem Monat in der Sommerzeit dar. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es für erforderlich, dass das Portal zur Meldung mindestens 2 Monate geöffnet ist und dadurch die Belastung für die Pflegeeinrichtungen etwas reduziert werden kann. Deshalb ist in § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI der Stichtag vom 01.08. auf den 01.07. vorzuverlegen.

### ***Änderungsbedarf***

In § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI ist der "1. August des Jahres" durch den "1. Juli des Jahres" zu ersetzen.



### **§ 28 SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1**

Der vorliegende Gesetzesentwurf nimmt zwar redaktionelle Änderungen in § 28a vor, sieht aber keine Leistungsverbesserungen für den Pflegegrad 1 vor.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 leer ausgehen, da der Entlastungsbetrag nach § 45b nicht erhöht wird. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege und das Entlastungsbudget als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

### **§ 37 SGB XI: Entfristung der Möglichkeit der Videoberatung**

Mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (PfleBoG) vom 01.07.2022 wurden u.a. die folgenden Ergänzungen bei den Beratungsbesuchen in § 37 Absatz 3 SGB XI vorgenommen: „Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.“ Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich für eine Verstetigung der sich während Pandemie bewährten digitalen Beratungsbesuche eingesetzt und die Befristung bis Juni 2024 schon damals nicht nachvollziehen können. Dieser Gesetzesentwurf verfolgt die Zielsetzung die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige in der Langzeitpflege zu stärken. Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich auch in § 37 Absatz 3 Satz 4 die Befristung aufzuheben.

#### *Änderungsbedarf*

§ 37 Absatz 3 Satz 4 ist wie folgt zu formulieren:

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt ~~im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024~~ jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz.

### **§ 38a SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**

Ambulant betreute Wohngruppen sind eine vielversprechende Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen wollen und müssen. Die





Kosten in einer Wohngemeinschaft liegen in der Regel in vergleichbarer Höhe mit denen einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten und Lebensmittel zusammen. Diese sind in der Regel unabhängig vom Pflegegrad und liegen bei 2.000 bis 2.800 Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214,-€ zur Finanzierung der Präsenzkraft. Dieser Leistungsbetrag wurde seit 2017 nicht erhöht. Aufgrund der gestiegenen Kosten stehen viele ambulant betreute Wohngruppen vor dem Aus.

Daher bedarf es einer deutlichen Erhöhung des pauschalen Zuschlags nach § 38a.

### **§ 41 SGB XI: Tagespflege und Nachtpflege**

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände unterstreichen nochmals, dass der Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu einer eigenständigen Leistung nachdrücklich zu begrüßen ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf ein Praxisproblem: Es zeigt sich, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird. Zu berücksichtigen ist nämlich u.a., dass v.a. für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oftmals eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist. Dieser Umstand verhindert entscheidend den weiteren Aufbau von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und damit den Ausbau dringend benötigter und stark nachgefragter teilstationärer Strukturen, die entscheidend zur Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege anzuheben.

#### *Änderungsbedarf*

In § 41 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird klargestellt, dass die Beförderung auch eine zweite Begleitperson erfordern kann. Daher sollen in Satz 2 vor das Wort „notwendige“ die Wörter „im jeweiligen Umfang“ ergänzt werden.

### **§ 45 SGB XI: Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit**

Vor dem Hintergrund der stark wachsenden Zahl von zu erwartenden Pflegebedürftigen, insbesondere in den Jahren 2035-2045, und dem sich seit Jahren verschärfenden Personalmangel ist es von essenzieller Bedeutung, die Verhältnisprävention und Quartärprävention zu entwickeln. Bei der Verbesserung der Lebensbedingungen und gesundheitsförderlichen Gestaltung des Umfelds der Menschen tragen auch die Beratungen in der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen bei, insbesondere bei einem noch niedrigen Pflegegrad 1 oder 2. Neben den Beratungen gem. § 37 Abs. 3

SGB XI richten sich die Beratungen gem. § 45 SGB XI an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person haben. Aktuell können aufgrund der Verortung der Leistungserbringung bei den Pflegekassen nur unter Glückskonstellationen häusliche Schulungen stattfinden. Es bedarf den Versicherten mit der richtigen Pflegekasse, mit der der ambulante Dienst (bzw. die Trägerorganisation) eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Auf diesen Pflegedienst muss nun der Versicherte treffen. Andere Pflegekassen schließen wiederum erst gar keine Vereinbarungen. Das grenzt eher an eine Glückslotterie statt einem regelhaftem Unterstützungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige.

Bei den Kursangeboten für pflegende Angehörige und Schulungen in der Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI ist eine Beendigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrighwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebot erforderlich. Dies ist mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) erreichbar. Dies ermöglicht den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen von allen Pflegekassen und schafft Transparenz für die Versicherten. Statt die Nadel im Heuhaufen zu suchen, kann der Versicherte / pflegende Angehörige sich an die regionalen ambulanten Dienste wenden, die mit allen Pflegekassen abrechnen können. Die Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen mit den Pflegekassen bietet den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit, ein entsprechendes Angebot aufzubauen und dient der Entbürokratisierung, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie Listenführungen entfallen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs / Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen für pflegende Angehörige darf nicht länger davon abhängen, dass die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit einzelnen Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung, die überdies eine "Kann"-Regelung darstellt, ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen können einen qualifizierten Anbieter wählen.

### *Änderungsbedarf*

~~(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen~~ haben Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse, die die Pflegekassen durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen

auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2)...(unverändert)

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse und Schulung in der Häuslichkeit können haben die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen zu schließen, die die Pflegekurse durchführen.

### ***Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz***

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände fordern die Bundesregierung auf, zeitnah einen Entwurf zur Einführung einer Lohnersatzleistung in Höhe des Elterngelds im Rahmen der angekündigten Reform der Familienpflegezeit auf den Weg zu bringen, um wenigstens die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu entlasten.

### ***Inflationsausgleichsprämie***

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten eine eindeutige Klarstellung für notwendig, dass die Inflationsausgleichsprämien als Bestandteile tariflicher Vergütung grundsätzlich und flächendeckend in allen Bundesländern als wirtschaftlich anerkannt werden müssen.

Berlin, 08.05.2023

Dr. Gerhard Timm, Geschäftsführer  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO ([claus.boelicke@awo.org](mailto:claus.boelicke@awo.org))

Dr. Elisabeth Fix, DCV ([elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de))

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland ([erika.stempfle@diakonie.de](mailto:erika.stempfle@diakonie.de))

Thorsten Mittag, Der Paritätische ([altenhilfe@paritaet.org](mailto:altenhilfe@paritaet.org))

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK ([b.fehrecke@drk.de](mailto:b.fehrecke@drk.de))

Patrick Wollbold, ZWST ([p.wollbold@jg-ffm.de](mailto:p.wollbold@jg-ffm.de))