



BAGFW-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023

Einleitung und Zusammenfassung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)“ Stellung zu nehmen und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab. Angesichts der kurzen Stellungnahmefrist kann dies aber nur eine vorläufige Bewertung des Gesetzentwurfs sein.

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 Referentenentwurf 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 (trägereigene Springerpools, Abschaffung geteilter Dienste usw.). Der Gesetzentwurf 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 3,2 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 Referentenentwurf 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 in 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 jederzeitigen Anpassung des Beitrags durch Rechtsverordnung ohne Beteiligung des Bundestags und ohne Zustimmung des Bundesrats vorgesehen wird. 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 anerkennt und begrüßt nachdrücklich das Bestreben des Gesetzgebers, durch Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, der Streichung der Wartefristen in der Verhinderungspflege sowie durch die Gewährung eines jährlichen Pflegeunterstützungsgelds im Umfang von 10 Arbeitstagen analog zum Kinderkrankengeld. Jedoch auch hier verhindert der zu knapp bemessene Finanzrahmen der Pflegeversicherung notwendige Reformschritte. 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 Pflegeassistentenkräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen und geeigneten Mitarbeiter*innen in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für fehlende Assistentenkräfte 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 vereinbarenden 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. Solange diese Entwicklung nicht durch eine entsprechende Kompensation der Eigenanteile eintritt, fordern wir die ersatzlose Streichung von § 113c Absatz 6 SGB XI.
6. Die Verlängerung der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 SGB XI sowie die Entfristung der Anschubfinanzierung zur Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI werden 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.
7. Grundsätzlich positiv bewertet werden die Ansätze zur Innovation in diesem Referentenentwurf: Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände messen Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen im Quartier eine hohe Bedeutung bei und sehen hier Handlungsbedarf, der von den Vorschlägen des Gesetzesentwurfs abweicht bzw. diesen konkretisiert.
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. 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.

9. Der vorgelegte Gesetzesentwurf 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.
10. Anstatt die Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigte von Bürokratie zu entlasten, werden eine Vielzahl an neuen bürokratischen Regelungen eingeführt, wie z. B. die Meldepflichten zum neuen Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten nach § 7d SGB XI oder die sehr komplexen doppelten Anzeige- bzw. Informationspflichten beim Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI.

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

Artikel 1: 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 Referentenentwurf bis zum 01.07.2024 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. Ferner scheint die mit dem Gesetzesentwurf genannte Frist vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen aus dem Modellprogramm nach § 125 SGB XI, den derzeit aus der Praxis geschilderten Wartezeiten bei der Beantragung der Zugangskarten (SMC-B-Pflege, e-HBA; 3-4 Monate Wartezeit für eine Karte) sowie den Erfahrungen im Zusammenhang mit der Registrierung zu einer lebenslangen Beschäftigtennummer (LBNR nach § 293 Abs. 8 SGB V) ohnehin nicht realistisch umsetzbar zu sein.

Wir fordern daher den Gesetzgeber auf, die Frist der verbindlichen Anbindung an die TI sowohl für ambulante als auch für stationäre Pflegeeinrichtungen frühestens auf Mitte 2025 festzusetzen und gleichzeitig mit der Maßgabe zu verbinden, dass ein Anschluss über TI 2.0 ermöglicht wird. Eine verpflichtende Anbindung ergibt aus unserer Sicht 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 Beschäftigtenverzeichnis 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.

Änderungsbedarf:

§ 341 Abs. 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch haben bis zum 01. Juli 2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen.“

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

„Um Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 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. 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“.

§ 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 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.

§ 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. 132i 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:

1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. den Vornamen und den Namen,
3. das Geburtsdatum,
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.

Für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. das Kennzeichen des Arbeitgebers oder des Trägers des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1,

2. das Kennzeichen des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1, in dem die Person beschäftigt ist, oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, ersatzweise die Anschrift des Leistungserbringers, bei dem die Person beschäftigt ist und
3. den Beginn und das Ende der Tätigkeit beim Leistungserbringer nach Nummer 2.

Für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. die Anschrift der Pflegekraft und

2. den Beginn und das Ende des mit der Pflegekasse geschlossenen Vertrages.

Die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem und nach dem Elften Buch erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Angaben nicht verwendet werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. Die Beschäftigtennummer ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden.

Artikel 2: 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 dem Beratungsgutschein wählen.“

§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Versicherte und ihre An- und Zugehörigen können durch ein einheitliches barrierefreies elektronisches Portal bei der Suche nach stationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege sowie nach ambulanten Pflegediensten unterstützt werden. Allerdings halten die Pflegekassen solche Portale bereits vor. Über eine Vereinheitlichung kann an dieser Stelle nachgedacht werden.

Eine Information über die Beratungsangebote nach § 7c und über Pflegekurse nach § 45 SGB XI könnte hilfreich sein. Für nicht sachgerecht gehalten wird, dass die Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag nach § 45a und von Angeboten von Gruppen ehrenamtlich tätiger nach § 45c Absatz 4 nur „auf Antrag“ in das Informationsportal aufgenommen werden müssen. Gerade in Bezug auf die Angebote nach § 45a haben die Versicherten und ihre Familien häufig keinerlei Informationen und keine Übersicht. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Angebote zur Hilfe zur Pflege und zu den Angeboten der Altenhilfe.

Die geplante Meldepflicht freier Plätze und Kapazitäten für ein solches Portal verursacht aber vor Ort einen nicht hinnehmbaren Aufwand, der in keinem Verhältnis zu einem erwartbaren Nutzen steht. Freie Plätze in Pflegeheimen sind ggf. sofort wieder vergeben, weil bspw. Wartelisten existieren und die Einträge schneller veralten als sie aktualisiert werden könnten. In der ambulanten Pflege sind freie Kapazitäten darüber hinaus nicht zu generalisieren, da sie von verschiedenen Faktoren, wie Wohnort oder Art und Dauer der gewünschten Leistung abhängen und nur individuell geklärt werden können. Die geplante Meldepflicht ist damit vor Ort nicht praktikabel. Am Ende besteht die Gefahr, dass das gut gemeinte Portal bei allen Beteiligten zu mehr Verärgerung führt, als dass es bei der Suche nach Pflegeeinrichtungen hilft. Die Meldung freier Plätze und Kapazitäten in einem solchen Portal, kann daher nicht verpflichtend sein, sondern höchstens auf freiwilliger Basis erfolgen.

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

Die Verbände der BAGFW begrüßen, dass die Förderung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 verlängert wird, da die Mittel aufgrund der Belastungen der Einrichtungen während der Corona-Pandemie nicht ausgegeben werden konnten. Wir weisen darauf hin, dass die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend sein wird, 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. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass alle investiven Ausgaben, z. B. für die Angebote der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, nicht im Pflegegesetz geltend gemacht werden können. Daher bleibt die Ko-Finanzierung von 50 Prozent, die von den Einrichtungen aufzubringen ist, ungeklärt. Es ist zu befürchten, dass die Fördermöglichkeiten im investiven Bereich darum nicht in Anspruch genommen werden.

§ 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 pflegebedürftige 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 förderfähig ist. Sprachlich verunglückt ist die Förderfähigkeit von digitalen Kompetenzen pflegebedürftiger Menschen, denn der Erwerb digitaler Kompetenzen von Pflegebedürftigen erfolgt nicht mittels „Aus-, Fort- oder Weiterbildung“, sondern einfach durch Schulungen.

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 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 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.

Änderung von Satz 5: Erhöhung der Förderung von bis zu 40 Prozent der von der Einrichtung verausgabten Mittel auf 80 Prozent.

Satz 3 RefE ist wie folgt zu formulieren:

„Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von ~~Pflegebedürftigen~~ und Pflegekräften in der Langzeitpflege sowie von Schulungen für die Pflegebedürftigen“.

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

Nach § 18 Absatz 3 neu ist die Pflegekasse verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist. Dies ist unseres Erachtens nicht ausreichend, Angesichts von Begutachtungsdauern von 6 bis 9 Monaten bei Höherstufungsanträgen muss die Pflegekasse auch verpflichtet werden bei Überschreiten der 25 Tage-Frist nach § 18c Absatz 1 neu dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zu benennen.

Änderungsbedarf:

§ 18 Absatz 3 Satz 1 neu ist wie folgt zu formulieren:

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist oder
3. wenn nicht spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags dem Antragsteller bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt wurde.

§ 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 als stets erforderlich angesehen. Im Rahmen von Höherstufungen im stationären Bereich werden Begutachtungen nach Aktenlage bei eindeutiger Sachlage im Zusammenhang mit einer Beschleunigung des Bearbeitungszeitraumes als sinnvoll angesehen, auch wenn dadurch Aufgaben der Prüfdienste in den Bereich der Einrichtungen verlagert werden. In diesem Zusammenhang ist es aus unserer Sicht erforderlich, den Begriff der "eindeutigen Aktenlage" zu definieren.

Absatz 2 Satz 4 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.

Des Weiteren regelt Absatz 2 Nummer 2, 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 Nummer 2 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. Des Weiteren 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. 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 wie folgt zu formulieren:

“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.**

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: Gutachten

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 geregelt wird, 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.

Positiv zu bewerten 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.

§ 18c: Entscheidung über den Antrag

Nicht nur der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller - sondern auch der Einrichtung - 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. Vielmehr sollte der Versicherte das Recht erhalten, dass die Pflegekasse nach Fristsäumnis automatisch drei unabhängige Gutachter nennen muss, um die Begutachtung einzuleiten (siehe § 18 Absatz 3 neu). Zudem lehnen wir auch aus ordnungspolitischen Gründen eine Finanzierung der Strafzahlung durch den Beitragszahler ab. Sollte der Gesetzgeber jedoch an der Strafzahlung von 80 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 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: Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

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 2 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.

§ 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 Tarifreuegesetz

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.

§ 40a Absatz 2 i.V. mit § 78a Absatz 4: Höhe der Vergütung für digitale Pflegeanwendungen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben bereits im Rahmen des Stellungnahmen zum Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (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.

§ 40b: 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 jederzeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats anzupassen, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar das gesetzliche Betriebsmittel und Rücklagensoll der Pflegeversicherung zu unterschreiten droht. Das ist nicht hinnehmbar (s. dazu insgesamt Kommentierung in der Einleitung).

Einen weiteren Ansatzpunkt zu einer schnellen Verbesserung der Einnahmeseite der Pflegeversicherung würde hier die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze mindestens 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, die ursprünglich für Ende 2023 vorgesehen war, auf Ende 2028 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. Zudem 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.

§ 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 zusammen geschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben seit langem die Aufhebung des § 113a gefordert, die mit diesem Referentenentwurf vollzogen wird.

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

Das Anliegen wird von den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt.

§ 113 Absatz 8: Jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem BMG

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

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 114c Abs. 3:

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

§ 114a Absatz 7, analog Absatz 2a:

~~(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. ...~~

§ 113b SGB XI: Qualitätsausschuss: Erweiterung der Aufgaben des QAP

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.

§ 113c: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem vorliegenden Entwurf sollen weitere Anreize geschaffen werden, Pflegehilfskraftpersonal ohne Ausbildung perspektivisch zu Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistentenausbildung in der Pflege ausbilden zu lassen. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistentenausbildung 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 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird um die Doppelbuchstaben 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 Assistentenausbildung in der Pflege (Qualifikationsniveau 3) anerkannt werden kann, wenn berufsbegleitend eine entsprechende Ausbildung absolviert wird, wird durch Absatz 3 Satz 3 ergänzt, so dass diese landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistentenausbildung 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 zuvörderst ein Teil der bisher fehlenden Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen, rechnerisch überhängigen und unter Bestandsschutz 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 Assistenz Ausbildung 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 Assistenz Ausbildung 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. Insofern 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 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 Qualitätsmixmodell und somit in den Aufwuchs verhindert. Die Kostenbelastung ist für Heimbewohner*innen zu hoch geworden. Die entsprechenden Einrichtungen werden nicht zusehen, wie diese durch den vorzeitigen Wegfall der Finanzierung der Zusatzstellen weiter steigen. Solange diese Entwicklung nicht durch eine Kompensation der Eigenanteile eintritt, fordern wir die ersatzlose Streichung der § 113c Absatz 6 SGB XI.

Änderungsbedarf:

§ 113c Absatz 6 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

§§ 123, 124: 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

Der neue § 123 ersetzt die Regelung des alten § 123 zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Nach Kenntnis der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hat sich keine eigenständige Beratungslandschaft durch Übernahme der Aufgaben der Pflegekassen zur Pflegeberatung nach den §§ 7a-c, § 37 Absatz 3 und Pflegekursen entwickelt.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen im neuen Modellvorhaben zur Entwicklung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungskonzepte vor Ort und im Quartier 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 ist die Entwicklung und Stärkung präventiver Angebote und Strukturen wie auch die bessere Verzahnung der Sektoren innerhalb des SGB XI sehr zu begrüßen.

Wichtig ist es den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, dass die Erprobung stets mit dem Fokus einer möglichen Übernahme in die Regelversorgung erfolgt und dabei vorhandene lokale und regionale Angebote und Strukturen (bspw. niedrigschwellige Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangebote im Quartier/Stadtteil) wie auch die umsetzenden Akteure, in die Entwicklung und Umsetzung solcher Modellprojekte integriert werden. Auch sollte bedacht werden, dass in der gegenwärtigen Situation innovative Ansätze realistisch nur dann erfolgreich erprobt werden, wenn die knappen Personalressourcen aufgrund des grassierenden Fachkräftemangels mit Augenmaß eingesetzt werden können. Daher sollten innovative Projekte möglichst auf bestehenden Strukturen und Angeboten aufgebaut und von dort aus weiterentwickelt werden.

Als sachgerecht wird eine Verteilung der Mittel über den Königsteiner Schlüssel gesehen. Hilfreich ist auch, dass die Kommunen ihren hälftigen Anteil an der Förderung auch über Personal- und Sachmittel einbringen können, sofern der Förderzweck erfüllt wird. Sehr wichtig ist aus Perspektive der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die in § 124 vorgesehene wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben, die die Prüfung der Übernahme in eine flächendeckende Regelversorgung und deren positive oder negative Folgen einschließlich der Formulierung entsprechender Rechtsgrundlagen vorsieht.

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 Steuerungskompetenz 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, 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 niedrigschwelligen 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 Telematikinfrastruktur 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 verschiedenen 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 parallellaufenden 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 „Digitaltechnischen 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 Instanz zurückzugreifen und das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege entweder direkt beim Bundesministerium für Gesundheit oder z. B. bei der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege/der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 zu verorten.

Änderungsbedarf:

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim ~~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 Langzeitpflege, die Erarbeitung eines Roadmap-Prozesses für teilweise parallellaufende und nicht immer abgestimmte Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure~~
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege,
3. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.
4. Sowie die weiteren Aufgaben:
 - „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 Pflegende 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).“

(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., 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, 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. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

(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 kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

(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 Internetpräsenz und stellt Handreichungen und Umsetzungstools zur Verfügung.

Artikel 3: 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.

§ 38: Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds während Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die Erhöhung der Höchstdauer für die Fortgewährung des hälftigen Pflegegelds während einer Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen als Folgeänderung zur Verbesserung des Entlastungsbudgets nach § 42a SGB XI wird ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig haben sich die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stets für eine volle statt nur einer hälftigen Höhe des Betrags, der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleistet wurde, eingesetzt und erneuern diese Forderung.

§ 39: Verhinderungspflege

Es ist sachgerecht, den Anspruch auf die Leistung entsprechend der jahrelang geübten Praxis als „Verhinderungspflege“ zu bezeichnen. Entsprechend sollte jedoch auch der in den einzelnen Absätzen weiterhin verwendete Begriff der „Ersatzpflege“ durch den Begriff der „Verhinderungspflege“ ersetzt werden. Mit der Streichung der Wartefrist von sechs Monaten für die Inanspruchnahme der Leistung wird einer langjährigen

Forderung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-
pflege Rechnung getragen. Der Wegfall der Wartefrist ermöglicht die in der Praxis so
häufig erforderlich sofortige Inanspruchnahme der Verhinderungspflege mit Eintritt der
Pflegebedürftigkeit. Durch den Wegfall des Antragserfordernisses wird eine weitere
Hürde gesenkt, die bei Versicherten häufig zu Unsicherheiten geführt hat. Der Wegfall
dieser beiden Hürden wird von den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzen-
verbänden der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich begrüßt.

Aufgrund immer wieder auftretenden Praxisproblemen bei der stundenweisen Inan-
spruchnahme der Verhinderungspflege wiederholen wir erneut unsere Forderung
nach gesetzlicher Klarstellung. Es bestehen weiterhin hohe bürokratische Hürden bei
der stundenweisen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege: Diese wird von den
Pflegekassen häufig abgelehnt. Es soll daher gesetzlich klargestellt werden, dass bei
stundenweiser Inanspruchnahme von Verhinderungspflege unter acht Stunden am
Tag keine Anrechnung auf die Höchstdauer für die Inanspruchnahme pro Kalender-
jahr erfolgt. Es sollte weiterhin gelten, dass das Pflegegeld bei stundenweiser Inan-
spruchnahme nicht gekürzt wird. Des Weiteren sollte in der Gesetzesbegründung
auch die Möglichkeit der Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Einbezie-
hung regelmäßiger geplanter Termine (z. B. Sport- und Entspannungskurse) hingewiesen werden. Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Verhinde-
rungspflege bzw. der gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a anzuheben.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 sind nach „Kalenderjahr“ die Wörter „bei einer tagesweisen Inan-
spruchnahme zu ergänzen“, um zwischen einer tagesweisen und stundenweisen In-
anspruchnahme unterscheiden zu können.

Es soll explizit klargestellt werden, dass bei stundenweiser Inanspruchnahme von un-
ter acht Stunden pro Tag keine Anrechnung auf die Höchstdauer der Inanspruch-
nahme erfolgt. In Absatz 1 sind nach Satz 5 folgende Sätze einzufügen:

„Die Verhinderungspflege kann darüber hinaus auch stundenweise in Anspruch ge-
nommen werden. Bei einer stundenweisen Inanspruchnahme von Ersatzpflege unter
acht Stunden pro Tag erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer der Inanspruch-
nahme an Tagen pro Kalenderjahr. Bei stundenweiser Inanspruchnahme ist das Pfl-
egegeld nicht zu kürzen.“

§ 42: Kurzzeitpflege

Es wird nachdrücklich begrüßt, dass Kurzzeitpflege nicht länger auf Krisensituationen
beschränkt wird, in denen häusliche Pflege oder Tagespflege vorübergehend nicht
möglich ist, sondern auf andere Situationen und Settings ausgeweitet wird. Eine An-
hebung der Leistungen wäre dringend notwendig bzw. es ist der Gemeinsame Jah-
resbetrag nach § 42a SGB XI anzuheben.

§ 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohl-
fahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass der bisherige 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 werden,
der von den Pflegebedürftigen flexibel und passgenau im Kalenderjahr eingesetzt

werden können. Wir schlagen weitergehend vor, in ein solches Entlastungsbudget auch den Entlastungsbetrag nach § 45b einzubeziehen, denn auch dies sind klassische Entlastungsleistungen pflegender An- und Zugehöriger, ebenso wie die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Das hätte den Vorteil einer größeren 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.

Abzulehnen ist die in Absatz 2 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 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.

§ 43c: Prozentuale Reduzierung des pflegebedingter 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 problematisieren 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 Pflegeassistentenkräfte 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 (s. auch Kommentierung zu § 42a). Allerdings sollten diese Informationspflichten nicht nur „auf Wunsch“ des Versicherten erfolgen und auch nicht nur kalenderhalbjährlich, sondern insbesondere dann, wenn der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a teilweise in Anspruch genommen wird, unmittelbar im Nachgang zur Leistungserbringung. Dabei sollten die Versicherten grundsätzlich die in Satz 3 genannten Aufschlüsselungen über die einzelnen Leistungsbestandteile erhalten und nicht nur „auf Anforderung“. Vielfältig sind die Versicherten über ihre Informationsrechte nicht informiert. Die Informationen sollten zudem nicht nur in verständlicher Form, sondern auch grundsätzlich barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsbedarf:

In Satz 2 werden die Wörter „Auf Wunsch“ gestrichen.

In Satz 3 werden die Wörter „Auf Aufforderung“ gestrichen und nach dem Semikolon werden nach den Wörtern „in verständlicher“ die Wörter „und barrierefreier“ eingefügt.

In Satz 4 werden die Wörter „Auf Wunsch“ gestrichen.

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 Wertschöpfung 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 Assistenzausbildung

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 Assistenzausbildung zeitnah auf den Weg zu bringen.

Arbeitsbedingungen, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz

Maßnahmen gegen Leiharbeit, zur verlässlichen Dienstplangestaltung, Springermodele und zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zum Arbeitsschutz etc. fordern mehr Personalressourcen und teilweise auch mehr Sachmittel und sind in den

derzeit bis zum 30.06.2023 stationären Landesrahmenverträgen sowie auch ambulant und nachfolgend in den Pflegesätzen bzw. in den Vergütungsvereinbarungen vollständig zu berücksichtigen (Maßnahmen aus der AG 2 der KAP).

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 Referentenentwurf 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

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 niedrighschwelligem Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebot mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) dringend erforderlich. Dies stellt sicher, dass es ein flächendeckendes Angebot von allen Pflegekassen gibt und schafft Transparenz für die Versicherten. Es 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 den 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 Pflegetätigkeit interessierten Personen können einen qualifizierten Anbieter wählen.

Änderungsbedarf:

(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit 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.

Berlin, 06.03.2023

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

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)

Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)

Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK (b.fehrecke@drk.de)

Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jg-ffm.de)