

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zu den Änderungsanträgen vom 02.06.2021 zum Gesetz zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 04.06.2021

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen der Änderungsanträge und den Maßnahmen der Umsetzung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ergreift in den Änderungsanträgen noch einige Maßnahmen, um die Pflegeversicherung zu reformieren. Damit soll die angekündigte aber nicht mehr umgesetzte Pflegereform in Auszügen noch in den laufenden Gesetzgebungsprozess eingeflochten werden.

Der Gesetzentwurf beinhaltet insbesondere

- die Bezuschussung von pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Pflege,
- eine regelhafte, pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Pflege,
- die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs beispielsweise durch Modellprojekte zur Übertragung ärztlicher Tätigkeit, die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsverfahrens und der Blankoverordnung usw.,
- die Bindung der Versorgungsverträge an Tarifverträge oder ähnliche Tarifwerke,
- die neu geschaffene Leistung von Übergangspflege im Krankenhaus,
- die Förderung der Kurzzeitpflege,
- einen Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds von sieben Milliarden Euro plus X.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK hält diese Reform für unausgegoren. Sie ist nicht gegenfinanziert. Dadurch werden die Kosten bei den Pflegebedürftigen landen. Der VdK fordert die Abgeordneten auf, diese Änderungsanträge nicht anzunehmen.

Die nächste Bundesregierung muss eine ausgewogene Pflegereform vorlegen, die

1. die Pflege durch Angehörige ausreichend würdigt,
2. die ambulante, häusliche Pflege entlastet und fördert,
3. die finanziellen Belastungen der Pflegeheimbewohner senkt,
4. die Pflegekräfte entlastet, ihre Kompetenzen stärkt und sie ausreichend bezahlt,
5. die Kosten fair auf die gesamte Gesellschaft verteilt.

Die Reformvorschläge sind nicht gegenfinanziert. Das Finanztableau beinhaltet nur die Kosten für die soziale Pflegeversicherung, nicht die für die Pflegebedürftigen.



Allein für die Soziale Pflegeversicherung fallen im Jahr 2022 dann 3,14 Milliarden Mehrkosten an, für das Jahr 2023 schon 3,66 Milliarden. Auf der Einnahmenseite stehen nur 1 Milliarde Bundeszuschuss und 0,4 Milliarden aus dem Kinderlosenzuschlag. Zusätzlich trickst der Vorschlag mit „Einsparungen“ von 1,8 Milliarden durch Aussetzung der Leistungsdynamisierung bis in das Jahr 2025. Das bedeutet de facto Leistungskürzungen. Im Heim werden die Eigenanteile durch einen Zuschuss abgemildert.

Die Pflegesachleistungen werden um fünf und die Kurzzeitpflege um zehn Prozent angehoben. Da gleichzeitig die Kurzzeitpflege „wirtschaftlich tragfähig“ finanziert werden soll, ist nicht absehbar, ob das ausreicht angesichts steigender Kosten.

Die Leistungen für Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und Betreuungsleistungen werden nicht angehoben und somit durch die jährliche Inflation abgeschmolzen. Und das entgegen der eigenen Einschätzung der Bundesregierung eine Dynamisierung aller Pflegeleistungen um 5 Prozent vorzunehmen (Bt. Drs. 19/25283)¹. Das ist faktisch eine Leistungskürzung! Zudem ist damit zu rechnen, dass die Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege aber auch die häusliche Grundpflege durch die steigenden Kosten, aufgrund der steigenden Löhne, immer mehr an Entlastungswirkung verlieren. Für das gleiche Geld bekommt man immer weniger Stunden Tages- und Verhinderungspflege. Und statt zweimal im Monat pflegerische Unterstützung beim Duschen zu erhalten, ist es ohne private Zuzahlung nur noch einmal möglich. Das ist für den VdK eine versteckte Leistungsverkürzung, wie sie schon für die Verhinderungspflege und Tagespflege in dem Eckpunktepapier des Gesundheitsministers aus dem Herbst 2020 angedacht war.

Schätzungen gehen davon aus, dass die Gesamtkosten des vorliegenden Pflegepakets bei sechs Milliarden liegen. Nur 1,4 Milliarden sind solide gegenfinanziert und 1,8 Milliarden stammen aus einer Umwidmung längst verplanter Gelder. 640 Millionen kommen von den Krankenkassen, womit eigentlich die medizinische Behandlungspflege refinanziert werden soll. Das heißt, zwei bis drei Milliarden bleiben bei den Pflegebedürftigen hängen. Und da diese auch die ausbleibende Dynamisierung der Pflegeleistungen schultern müssen, könnten es sogar bis zu 4,6 Milliarden sein. Man sieht an der Unterdeckung, dass es ist an der Zeit ist, über eine tiefgehende Finanzierungsreform der Pflege nachzudenken. Als erster Schritt muss die private und die gesetzliche Pflegeversicherung zusammengeführt werden.

Bei mehreren der geplanten Neuregelungen werden die Mitberatungsrechte der Patienten und Pflegebedürftigen umgangen. Statt der etablierten Gremien sind Verträge ohne Stellungnahmerecht vorgesehen. Das betrifft unter anderem

- die Übergangspflege im Krankenhaus,
- die Modellprojekte zu Verordnungsmöglichkeiten von Pflegekräften,
- die Evaluation der „Blankverordnung“.

Mit den Änderungsanträgen zur Pflege zum GVWG führt die Bundesregierung einen ungunstigen Prozess fort, der sich im Laufe der Legislatur verfestigt hat. Wichtige Sachverhalte und durchaus diskussionswürdige Reformen werden kurzfristig an bestehende Gesetze angehängt. Mitunter ohne Bezug zum eigentlichen Gesetzentwurf und mit kurzen Stellungnahmefristen,

¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 09.12.2020: Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung Bt. Drs. 19/25283

die es unmöglich machen, sich dezidiert mit der Vorlage auseinanderzusetzen. Diese Vorgehensweise unterhöhlt auch das demokratische Beteiligungsverfahren. Eine Beteiligungsfrist von aktuell etwa 48 Stunden verstößt gegen Artikel 4 Absatz 3 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der besagt: „Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung (...) und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv mit ein“. Im Übrigen weist der VdK auf die Regelungen der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) hin, in der auf eine Regelfrist von vier Wochen verwiesen wird.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Fachliche Änderungen im SGB V

2.1. Kosten der medizinischen Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2a), ÄA 1

Pflegebedürftige im Heim haben keinen Anspruch auf Häusliche Krankenpflege. Was organisatorisch Sinn ergibt, führt finanziell dazu, dass die Pflegeheimbewohner die Hälfte dieser Leistungen selbst bezahlen.

Daher wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz eine Pauschalzahlung der GKV an den Pflegeausgleichsfonds eingeführt. Davon sollten 13.000 neue Stellen geschaffen werden. Es wurden allerdings nur 4.000 besetzt, was der Bundesrechnungshof rügte. Daher wird diese Bindung nun aufgehoben und die 640 Millionen Euro an den Pflegeausgleichsfond verstetigt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Alles was zur Entlastung der Heimbewohner beiträgt, wird vom VdK begrüßt. Es ist weiterhin nicht nachvollziehbar, warum hier nur eine Pauschale von der Krankenkasse geleistet und nicht der tatsächliche Aufwand an Behandlungspflege abgebildet und refinanziert wird. Leistungen, die die Krankenkasse bezahlen muss, werden den Heimbewohnern unrechtmäßigerweise in Rechnung gestellt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten der Behandlungspflege im stationären Sektor bei 2,6 Milliarden Euro (im Jahr 2017) liegen.² Prof. Heinz Rothgang berechnete für das Referenzjahr 2011 noch 1,8 Milliarden Euro, weist aber – im Zusammenhang mit der Diskussion um den Sockel-Spitze-Tausch in der Pflegeversicherung – darauf hin, dass sich die Kosten bis dato in etwa verdoppelt haben. Schlussfolgernd ist mit Kosten von drei Milliarden Euro an medizinischer Behandlungspflege zu rechnen. Jetzt werden von der Krankenversicherung gerade einmal 640 Millionen pauschal vergütet, so dass der Fehlbetrag von weiteren 2,3 Milliarden Euro noch immer bei den pflegebedingten Kosten zu Buche schlägt. Diese wiederum muss der Heimbewohner mittragen. Die Deckelung des Abschlags der Krankenversicherung bedeutet, dass alle darüberhinausgehenden Kostenentwicklungen durch Inflation, Preissteigerung, Lohnkostensteigerung weiterhin im Risikobereich des Heim-

² VKAD (Hrsg.)(2017): Medizinische Behandlungspflege - Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege

bewohners bleiben. Das ist nicht nachvollziehbar. Der „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung ist in diesem Bereich zu beheben.

Es wird die Chance vergeben, endlich die Kosten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, dem jeweiligen Kostenträger zuzuordnen. Damit wäre auch ein erster Schritt getan, um die sektorale Trennung in ambulante Versorgung hier und (teil-)stationäre Versorgung dort aufzuweichen – auch um neue Versorgungsformen zu ermöglichen.

Eine gerechte und bürokratiearme Lösung wäre die Einführung der Pflegevollversicherung. Die Pflegeheimbewohner würden ihre Leistungen weiterhin in der stationären Einrichtung erhalten. Sie müssten nicht zuzahlen und das Heim müsste die Behandlungspflege nicht getrennt ausweisen.

Zudem erfolgte bisher die Bindung des Krankenversicherungszuschusses an das Pflegestellenförderprogramm und an die neu zu schaffenden Stellen. Dadurch profitierte der pflegebedürftige Heimbewohner direkt durch das Vorhandensein von mehr Personal. Jetzt wurde die Zweckbindung aufgehoben und allgemein an die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege gekoppelt. Es existiert aber noch gar kein Verteilungsmechanismus dazu. Es ist nämlich unklar, wer wie viel Behandlungspflege erbringt. Eine Kopplung an die Pflegegrade kann nicht erfolgen, weil es noch keine systematische Erhebung zu einem Zusammenhang zwischen Behandlungspflege und Pflegegrad gibt. Sollte die Verteilung der Mittel über die Personalbemessung erfolgen, so ist dies hier klarzustellen und der Verteilungsschlüssel in der Begründung aufzunehmen.

2.2. HKP-Verordnung durch Pflegekräfte (§ 37 Abs. 8, 9, 10) ÄA 1

Der Pflegeberuf soll durch eine Reihe von Maßnahmen, die aus der Konzertierte Aktion Pflege abgeleitet wurden, eine Attraktivitätssteigerung erfahren. Es soll Pflegefachpersonen zukünftig möglich sein, selbst über Dauer und Häufigkeit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu entscheiden. Die Auswirkungen in Bezug auf Wirtschaftlichkeit, Finanzierungsmehrbedarf sowie auf die Qualität sollen evaluiert werden. Näheres regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Neuregelung bedeutet eine Entbürokratisierung für die Pflegebedürftigen. Das begrüßt der VdK. Bisher müssen sie ihre neue Verordnung regelmäßig beim Arzt abholen, bekommen dafür aber keinen Krankentransport bezahlt. Das bedeutet, dass Angehörige das übernehmen. Pflegedienste stellen dies als Dienstleistung den Betroffenen privat in Rechnung stellt.

Die geplante „Blankoverordnung“ bleibt sachlich hinter den Erwartungen zurück. Es braucht weiterhin eine Verordnung durch den Arzt. Auch die in der Begründung aufgeführten in Frage kommenden Leistungen, wie Dekubitusprophylaxe und Kompression, sind zu eng geführt. Auch eine dauerhaft notwendige Medikamentengabe könnte sehr gut von Pflegekräften verordnet werden.

Bei der Evaluation wurde das Stimmrecht der Patientenvertretung vergessen. Dies ist aber in § 132a vorgesehen.

2.3. Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e; § 132m) ÄA 1

Wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können, sollen Versicherte einen Anspruch auf Übergangspflege erhalten. Sie können für zehn Tage in dem behandelnden Krankenhaus bleiben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diesen zusätzlichen Anspruch außerordentlich. Das neu geschaffene Angebot entspricht einer langjährigen Verbandsforderung. Der Bedarf dafür besteht. Auch im Rahmen des Entlassmanagements gibt es immer wieder Situationen, in denen Patienten nicht in eine angemessene Form der Pflege oder Rehabilitation überführt werden können. Entweder weil sie sich noch nicht allein versorgen können oder weil das Angebot noch keine freien Kapazitäten aufweist. Die medizinische und pflegerische Versorgungskette darf in diesen Fällen nicht unterbrochen werden. Die Betroffenen können nämlich unter Umständen erheblichen und dauerhaften Schaden an ihrer Gesundheit nehmen. Schlimmstenfalls kommt es zu einer weiteren und vermeidbaren Krankenhauseinweisung.

Natürlich müssen die Leistungen der Übergangspflege mit ausreichend Personal und hoher pflegerischer Organisationskompetenz hinterlegt sein. Es ist sicherzustellen, dass alle Patienten auch Heilmittel im Rahmen einer möglichst frühen Rehabilitation bekommen. Der VdK möchte hervorheben, dass es hier eines besonderen Versorgungskonzepts bedarf, nicht, dass nur die Liegezeit und Bettenbelegung verlängert wird.

Von daher können die entsprechenden Regelungen zur Ausgestaltung nach § 132m SGB V nicht durch zweiseitige Verträge zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen getroffen werden. Die Patientenposition ist unbedingt mit einzubeziehen. Die Ausgestaltung der Übergangspflege muss von daher im G-BA verortet werden.

Der Satz in der Begründung „Von den Patientinnen und Patienten wird aber nicht verlangt, dass sie einen erheblichen Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung“, ist zu streichen. Die Organisation der Anschlussversorgung ist Teil des Entlassmanagements und daher Aufgabe des Krankenhauses. Es muss stattdessen sichergestellt werden, dass die Übergangspflege nicht ein gutes Entlassmanagement ersetzt. Hier gibt es in der Praxis große Versorgungsprobleme. Immer noch werden Patienten mit einer Verordnung in der Hand am Freitagmittag per Liegendtransport nach Hause gebracht, wo sie dann unversorgt bleiben.

2.4. Modellprojekte zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte (§ 64d) ÄA 1

Der § 63 Absatz 3c sieht Modellprojekte zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte vor. Da diese Möglichkeit bisher freiwillig nicht genutzt wird, werden nun alle Verbände der Kassen auf Landesebene verpflichtet diese Modellprojekte durchzuführen. Neben selbstständiger Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte, soll die interprofessionelle Zusammenarbeit im Zentrum stehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt den Neustart der Modellprojekte. Sie bieten sowohl eine Chance zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, als auch für eine verbesserte Versorgung im ländlichen Raum. Durch den demographischen Wandel leben immer mehr Ältere allein, ohne Angehörige, die sie regelmäßig zum Arzt bringen können. Auch aufgrund des weiter zunehmenden Ärztemangels in ländlichen Regionen ist dieser Schritt wichtig. Es muss nun gelingen die medizinische Versorgung auf breitere Beine zu stellen, auch unter Einbezug qualifizierter Pflegefachpersonen.

Der VdK fordert zudem ein Stellungnahmerecht in den Rahmenverträgen für die Verbände der Pflegebedürftigen (§118 SGB XI) oder der Patienten (§140f SGB V). Die Patienten stehen schließlich im Mittelpunkt dieser neuen Leistung.

2.5. Bundeszuschuss (§ 221a) ÄA 20

Für das Jahr 2022 wird ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von sieben Milliarden Euro plus X eingeführt. Für das X wird eine Verordnungsermächtigung geschaffen. Die neue Bundesregierung muss bis Ende 2021 die Summe bereitstellen, die nötig ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz bei 1,3 Prozent zu halten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die sieben Milliarden Euro werden nicht ausreichen. Im ersten Änderungsantrag waren 12,5 Milliarden vorgesehen, und das wurde bereits als zu niedrig kritisiert.

Die Ausgaben der GKV werden im nächsten Jahr, aufgrund der Leistungserweiterungen der letzten vier Jahre, steigen. Gleichzeitig ist die Summe der Löhne, auf die Krankenkassenbeiträge erhoben werden, aufgrund der Corona-Pandemie immer noch niedrig.

Der nächsten Bundesregierung werden hier gleich zwei Kuckuckseier ins Nest gelegt: Sie muss erstens die fehlenden sechs Milliarden in kürzester Zeit bewilligen und sie muss zweitens eine tiefgreifende Strukturreformen im Gesundheitswesen angehen.

Eine grundlegend neue Ausgestaltung der Finanzierung ist überfällig. Die vom VdK geforderte einheitliche solidarische Krankenversicherung würde, nach Berechnungen der Bertelsmann-Stiftung, durch die Einzahlung der bisher privat Versicherten ein Plus von 39 Milliarden in die GKV bringen. Dieses Plus würde nicht durch die Gesundheitsleistungen für die privat Versicherten aufgezehrt werden.

Weiterhin muss der Zuschuss in Höhe der sogenannten versicherungsfremden Leistungen – zum Beispiel die Kosten der Gesundheitsversorgung für die mitversicherten Kinder – auf eine reguläre und dauerhafte Grundlage gestellt werden.

3. Änderungen im SGB XI

3.1. Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung (§ 61a SGB XI) ÄÄ

Der Bund soll zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab 2022 jährlich eine Milliarde Euro in monatlichen Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds leisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt diese Art der Finanzierung aufgrund der Unterdeckung der zu finanzierenden Leistungen ab. Ein erster Entwurf des Gesundheitsministeriums sah in der Arbeitshilfe noch vor, dass es eines pauschalen Beitrags des Bundes in Höhe von 2,5 Milliarden bedarf.³ In der Unionsfraktion wurde zur Finanzierung der vorliegenden Änderungen ein Umfang von drei Milliarden Euro veranschlagt. Der AOK-Bundesverband rechnet schon 2022 mit einer milliardenschweren Finanzierungsunterdeckung. Das bestätigt auch die DAK. Der GKV-Spitzenverband unterstreicht: „Nach ersten vorsichtigen Schätzungen erwarten wir im nächsten Jahr trotz der angekündigten Beitragserhöhung für Kinderlose eine Finanzierungslücke von rund zwei Milliarden Euro.“⁴

Entweder bedarf es aufgrund der ungedeckten Kosten einer erneuten Finanzspritze, und zwar schon Ende 2022, oder einer Beitragssatzerhöhung oder es besteht die Gefahr, dass die Unterdeckung wiederum durch die Pflegebedürftigen geschultert werden muss. Allein die Bezuschussung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile wird bis zu 2,5 Milliarden erfordern. Zudem ist noch nicht abzusehen, wie hoch die Belastung durch die tarifliche Vergütung ausfallen wird. Das Institut der deutschen Wirtschaft errechnete hierfür einen Mehrbedarf von 2,3 Milliarden, sollte es zu flächendeckenden Tariflöhnen kommen.⁵ Die Bundesregierung stellt hier nur 0,6 Milliarden als Gegenfinanzierung ein. Weiterhin ist die Dynamisierung der Leistungsbeiträge im ambulanten Bereich sowie der Kurzzeitpflege zu bedenken. Das lässt den Schluss zu, dass die nun vorliegenden Änderungen, die das SGB XI betreffen, in keiner Weise solide gegenfinanziert sind.

3.2. Beitragszuschlag für Kinderlose (§ 55 Abs. 3) ÄÄ 3

Der mit dem Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zusätzlich seit dem Jahr 2005 zu entrichtende Kinderlosenaufschlag von 0,25, wird auf 0,35 Prozentpunkte angehoben.

³ Arbeitsentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz) vom 15.03.2021, Seite 5

⁴ GKV-Spitzenverband (2021): Nachhaltige Pflege-Finanzierung sieht anders aus; Pressestatement vom 01.06.2021 unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen-und-statements/pressemitteilung_1234112.jsp [Stand: 02.06.2021]

⁵ Institut der deutschen Wirtschaft (iwd) (Hrsg.)(2021): Wie viel lässt sich der Staat die Pflege kosten? Bericht vom 20.04.2021 unter: <https://www.iwd.de/artikel/wie-viel-laesst-sich-der-staat-die-pflege-kosten-506751/> [Stand: 02.06.2021]

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Anhebung des Kinderlosenzuschlags wird der Pflegeversicherung jährliche Mehreinnahmen von 0,4 Milliarden Euro sichern. Zu begrüßen ist, dass die zusätzlichen Einnahmen nicht – wie anfangs geplant – in die Ausstattung des Pflegevorsorgefonds fließen werden. Aber das Argument der vorliegenden Gesetzesbegründung, dass der Beitragszuschlag für Kinderlose – anders als der allgemeine Beitragssatz – seit seiner Einführung im Jahr 2005 nicht angehoben wurde, ist irreführend. Da der allgemeine Beitragssatz gestiegen ist, stieg auch der Beitragssatz der Kinderlosen. Es gab also sehr wohl eine Beitragssatzsteigerung für diesen Personenkreis. Nur durch den einseitigen 0,1-prozentigen Aufschlag des Kinderlosenzuschlags entwickeln sich jetzt die Beitragszahlungen von Kinderlosen und Eltern weiter auseinander.

Das am 26. November 2004 verabschiedete Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung setzte das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 um.⁶ Zu diskutieren wäre aber, warum es keine Differenzierung der Entlastung nach der Zahl der Kinder gibt oder das Ende der Kindererziehungszeit Berücksichtigung findet. Einen gerechten Finanzierungsausgleich unter der Berücksichtigung der Kinderzahl kann in einer Sozialversicherung nur schwerlich gelingen. Hierzu würde sich das Steuersystem wesentlich besser eignen.

3.3. Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile (§ 43c) ÄA 4

Mit dem neu eingeführten § 43c wird erstmals der Versuch unternommen, eine Regelung zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in stationären Pflegeeinrichtungen einzuführen. Das erst ab dem Stichtag 1. Januar 2022. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 erhalten mit Heimeinzug einen Leistungszuschuss von fünf Prozent und nach dem ersten Jahr 25 Prozent zu ihrem zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteil. Sind sie länger als 24 Monate in der vollstationären Versorgung, dann erhalten sie einen Zuschlag von 45 Prozent und nach Ablauf des dritten Jahres 70 Prozent. Teilzeiträume, in denen schon Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Anspruch genommen wurden, werden auf die Heimaufenthaltsdauer angerechnet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Pflegebedingte Kosten als Bestandteil der Eigenanteile

Der VdK bemängelt, die getroffene Regelung als unzureichend. Es braucht eine echte Pflege-reform und nicht ein Schnellverfahren in Form von Änderungsanträgen.

Es fehlen konkrete Rechenmodelle, die eine finanzielle Entlastungswirkung durch die Eigenanteile zeigen – auch in Verbindung mit dem Personalaufwuchs durch das Personalbemessungssystem und der tariflichen Entlohnung. Über die prozentuale Beteiligung an den pflegebedingten Eigenanteilen, die jetzt sehr willkürlich wirken, profitieren zwar die Heimbewohner in allen Bundesländern, aber eben in unterschiedlichen Höhen je nach Heimaufenthaltsdauer. Durch die Staffelung kommt es zu einer Ungleichbehandlung der

⁶ BVerfG, Urteil vom 3. April 2001, 1 BvR 1629/94



Heimbewohner untereinander, die man durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils eigentlich abschaffen wollte. Das für die Heimbewohner eine Kostenentlastung eintritt, ist nicht sicher. Steigen nämlich die Personalkosten aufgrund tariflicher Vergütung oder der gesetzlich vorgegebenen Personalausstattung an, profitieren Pflegebedürftige nicht vom Zuschuss, weil dieser damit verpufft. Die Preissteigerungen durch Personalaufwuchs und die tarifliche Entlohnung werden die Entlastungswirkung wohl übersteigen.

Das Ziel, die stationär versorgten Pflegebedürftigen von den schon bestehenden hohen Eigenanteilen zu entlasten, wird verfehlt. Es gibt für die Zuzahlung zur Pflege für den Betroffenen weiterhin nach oben hin keine rote Linie.

Der VdK fordert, die Pflegebedürftigen ganz von den pflegebedingten Eigenanteilen zu befreien oder wenigstens eine verbindliche Deckelung vorzunehmen, und das noch in diesem Jahr.

Zudem muss die Heimaufenthaltsdauer stärker berücksichtigt werden. Die aktuellste Studie dazu führt das Alters-Institut der Evangelischen Johanneswerk gGmbH als Langzeitbeobachtung durch: Während die mittlere Verweildauer bis 2015 rückläufig war und 28 Monate betrug, zeichnet sich zwischen 2016 und 2018 mit durchschnittlich 30,6 Monaten eine Stabilisierung ab.⁷ Hinter diesen Mittelwerten verbirgt sich allerdings eine große Streuung der Verweilzeiten. Viele Heimbewohner sterben bald nach der Heimaufnahme. Knapp ein Fünftel aller Bewohner verstarb innerhalb der ersten vier Wochen und etwa die Hälfte schon im ersten Jahr. Diese Personengruppen erhalten nur eine 5-prozentige Entlastung und die Mehrzahl erlebt die 70-prozentige Bezuschussung nicht. Der jetzige Reformvorschlag profitiert also an dem sozialverträglichen frühen Ableben nach Heimeinzug.

Auch der VdK unterstützt die bessere Entlohnung von Pflegekräften, wie auch die bessere Personalausstattung. Die Umsetzung dieser Vorhaben ist mit Mehrkosten verbunden. Mehrkosten, die sich auf die pflegebedingten Eigenanteile auswirken. Somit muss der Gesetzgeber auch klar benennen, wer für seine Reformen bezahlen soll. Was als Pflegereform zur Entlastung der Heimpflege angekündigt wurde, entpuppt sich als ein Pflegefinanzierungsbelastungsgesetz für diejenigen, die auf Pflege und Hilfe angewiesen sind.

Einen Diskussionspunkt möchte der VdK noch aufwerfen: Bisher wurde in Plenardebatten die Argumentation verfolgt, dass es bei Übernahme aller pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung zu falschen Anreizen kommt, „(...) teure Versorgungsformen und teure Anbieter zu wählen (...). Es gäbe keinerlei Eigeninteresse an kostengünstigen Lösungen mehr, da die Pflegeversicherung ohnehin alle die den Eigenanteil übersteigenden Kosten übernehmen würde.“⁸ Zudem wird auch in der Gesetzestextbegründung darauf verwiesen, dass „(...) in die Überlegungen zur Wahl eines Pflegeheims auch die Höhe des Pflegesatzes einzubeziehen“ sei. Alle Verbände und auch die politischen Vertreter der Bundestagsfraktionen sind sich darüber einig, dass eine gute Bezahlung der Pflegekräfte notwendig ist. Deshalb kann es nicht das Anliegen sein, dass der Wettbewerb sich über die pflegebedingten Kosten abspielt. Das würde nämlich bedeuten, dass der Wettbewerb sich nur über weniger Pflegepersonal, geringere Qualifizierung oder geringere Entlohnung realisiert. Also über schlechtere Pflege.

⁷ De Vries, Bodo, Techtmann, Gero (2019): Die Männer bleiben länger. In: Zeitschrift Altenheim; 11/2019, S. 52-55.

⁸ Deutscher Bundestag (2019): Wortprotokoll – 19. Wahlperiode – 125. Sitzung. Berlin, Freitag, den 8. November 2019

Der Wettbewerb kann sich nur über die Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten ausüben und nur dort können der unternehmerische Gewinn und das Risiko eingepreist werden. Abstriche in der Wohnqualität und der Ausstattung einer Einrichtung nehmen Pflegebedürftige noch in Kauf aber nicht bei der Pflege.

Ausbildungskosten als Bestandteil der Eigenanteile

Zudem muss eine ausgereifere Diskussion über den oft dreistelligen Betrag der Ausbildungsumlage geführt werden, den der Pflegebedürftige voll zahlt. Dem VdK liegen hier unzählige Beispiele vor, die einen Betrag über Hundert Euro ausweisen. Nur am Beispiel eines Pflegeheimes in Radebeul/Sachsen: Die Ausbildungsumlage lag 2018 noch bei 55,97 Euro und erhöhte sich aktuell auf 67,84 Euro. Gleichzeitig wurde der „neue“ Ausbildungszuschuss, durch den Start der generalistischen Pflegeausbildung mit 49,89 Euro zusätzlich fällig. Zusammengenommen erscheinen also jeden Monat 117 Euro an Ausbildungsumlage auf der Rechnung der Heimbewohner. Damit erfolgte eine Kostensteigerung von 72 Prozent in drei Jahren. Es lässt sich attestieren, dass die Ausbildungsumlage ein verkanntes Problem darstellt. Die jetzt getroffene Entscheidung, die Ausbildungskosten unter die Zuschussregelung als Pflegevergütung zu subsummieren, reicht nicht aus. In dem genannten Beispiel wäre das im ersten Heimaufenthaltsjahr gerade eine Entlastung 5,85 Euro. Das fängt in diesem Fall nicht einmal die Erhöhung der Ausbildungsumlage seit 2018 ab. Noch gravierender wirkt sich dieses Ungleichgewicht für diejenigen aus, die zuvor gar keine Ausbildungsumlage auf ihrer Rechnung hatten.

Der alte Ausbildungszuschlag sollte von Jahr zu Jahr sinken, bis alle Azubis nach der alten Ausbildungsordnung ihren Abschluss gemacht haben. Gleichzeitig wird die neue Ausbildungsumlage in den kommenden drei Jahren stetig steigen und auf dem dann erreichten Niveau verharren. Das wird weit über dem bisher bekannten Maße liegen, wie sich jetzt schon andeutet. Pflegeausbildung ist, wie Schule und Universität, Aufgabe der Bundesländer. Die Ausbildung in der Pflege ist eine Investition in die Zukunft, die von einer Gesellschaft als solches zu tragen ist, und nicht dem Heimbewohner aufgebürdet werden sollte, der im Zweifel gar nicht davon profitiert. Mittlerweile sinkt auch das Verständnis von pflegebedürftigen Menschen, aber auch deren Angehörigen, für dieses Vorgehen – auch im ambulanten Bereich. Die Frage muss gestellt werden, warum der Einzelne für die Pflegeausbildung zahlen muss?

Investitionskosten als Bestandteil der Eigenanteile

Weiterhin möchte der VdK darauf hinweisen, dass in der Arbeitshilfe zum Pflegereformgesetz noch die Investitionskosten reduziert wurden. Diese Regelung findet sich jetzt nicht mehr wieder. Hätte jedoch eine Entlastungswirkung ab dem ersten Tag der Heimpflege und somit für alle stationär versorgten Pflegebedürftigen. Die Länder entziehen sich hier auch ihrer Verantwortung.

Mittlerweile sind die Investitionskosten im Bundesdurchschnitt bei 458 Euro angelangt.⁹ Zusammen mit den so genannten Hotelkosten werden allein für das Wohnen und die Verpflegung im Bundesdurchschnitt 1.237 Euro fällig. Bei den Investitionskosten ist für den Betroffenen nicht klar, was und welche Investition oder Rücklage hier getätigt werden soll und

⁹ Verband der Ersatzkassen(vdek) (Hrsg.) (2021): Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)

wird. Die Rechnungsstellung für den Pflegebedürftigen weist hier sehr vereinfacht den Posten „Investitionskosten“ aus, ohne Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Eine Einsichtnahme in die Unterlagen der Einrichtung ist möglich. Faktisch vollziehen das Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht, weil sie sich dadurch überfordert fühlen. Der VdK fordert deshalb, dass sofort – ähnlich einer Nebenkostenabrechnung – eine aufbereite, verständliche und leicht lesbare Detailaufschlüsselung erfolgt. Diese muss mindestens 80 Prozent der Investitionskostensumme umfassen, absteigend nach Größe der Kostenposten und als Anlage einmal im Quartal der Bewohnerabrechnung ausgehändigt werden. Dies, solange sich die Länder nicht umfassend an den Investitionskosten beteiligen. Würden die Länder ihrer Beteiligungspflicht hier wieder nachkommen, dann könnte darüber auch eine Finanzkontrolle der Investitionskosten entstehen.

3.4. Tarifliche Bezahlung und deren Wirtschaftlichkeit (§ 72, § 82c) ÄA 5

Es sollen ab Mitte nächsten Jahres keine Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die nicht nach Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Erlaubt ist auch noch eine Entlohnung, wenn sie räumlich, zeitlich und fachlich einen persönlich anwendbaren Tarifvertrag nicht unterschreitet. Eine höhere Bezahlung, die sich an kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen orientiert, ist zulässig und darf nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass es zu einer Verbesserung der Entlohnung kommt. Der Verband kritisiert die fehlende Refinanzierung, insbesondere im ambulanten Bereich. Der Pflegebedürftige allein darf dort die Preissteigerungen bei der Grundpflege, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege tragen oder seine Pflegeleistungen reduzieren.

Unabdingbar ist in § 72 Absatz 3c SGB XI die Beteiligung der Verbände der Pflegebedürftigenvertretung nach § 118 SGB XI. Da die Pflegebedürftigen einen nicht zu verachtenden Anteil der Tariflöhne finanzieren werden, ist es nicht hinnehmbar, dass diese nicht an der Richtlinien-erarbeitung beteiligt werden.

Bis zum 31. Dezember 2025 sollen die Regelungen evaluiert werden. Das ist zu lange und würde erst zu Beginn der übernächsten Legislatur greifen. Dies darf auf keinen Fall dazu führen, dass in der Zwischenzeit weitere Verbesserungen der Arbeitsbedingungen über diesen Zeitpunkt hinaus verschoben werden. Weitere wichtige Baustellen sind die Schaffung eines Springerpools, keine Personalunterdeckung im Schichtdienst, keine Unterbrechung der zugesagten Freizeit, verlässliche Dienstplanungen, betriebliches Gesundheitsmanagement auf die Belastungen der Pflege bezogen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die nun noch schnell in Gesetzesform gegossenen Regelungen erhebliche Mängel gegenüber dem ursprünglich vom Arbeitsminister vorgesehenen Verfahren zur Allgemeinverbindlichkeit aufweisen. Schlussendlich attestiert der VdK, dass die zugesagten finanziellen Mittel nicht ausreichen dürften.

3.5. Förderung der Kurzzeitpflege (§ 88a) ÄA 6

Die Partner der Selbstverwaltung sollen Empfehlungen zur Sicherstellung der Versorgung mit Kurzzeitpflege erstellen, an die sich die Landesrahmenverträge anzupassen haben. Insbesondere sollen die Auslastungsquote, die Personalausstattung, die Entgeltermittlung, aber auch die Arten der Kurzzeitpflege, wie eingestreute Kurzzeitpflegeplätze und solitäre Kurzzeitpflegen, Beachtung finden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Kurzzeitpflege hat sich zu einem raren Angebot unter allen Pflegearrangements entwickelt. Viele Pflegeeinrichtungen widmeten ihre Plätze in stationäre Dauerpflege um. Wir brauchen mehr Kurzzeitpflegeplätze, die auch kurzfristig ein Angebot vorhalten – nach einem Krankenhausaufenthalt oder wenn die Hauptpflegeperson plötzlich ausfällt. Dann kann nicht schon Wochen im Voraus eine Buchung des Platzes vorgenommen werden.

Aus den VdK-Beratungen kennen wir Fälle, in denen die pflegenden Angehörigen gar nicht mehr ins Krankenhaus zur Behandlung gehen, sich auf eigene Gefahr früher entlassen oder den Pflegebedürftigen als selbstzahlende Begleitperson mitnehmen. Zudem belastet sie der Telefonmarathon, um eine Vielzahl von Kurzzeitpflege-Einrichtungen zu kontaktieren, oft ohne Erfolg. Pflegenden Angehörige haben vor dieser Versorgungslücke Angst und diese muss ihnen genommen werden, da der nächste Schritt zur Heimpflege nicht gewollt, aber unausweichlich und dann präventiv angegangen wird.

Die Kurzzeitpflege stellt auch weitergehende Ansprüche an die Personalausstattung. So ist schon der Aufnahmeprozess als zusätzlicher Aufwand zu sehen, wenn biografische und lebensweltliche Aspekte in Erfahrung gebracht werden müssen. Weiterhin sind diese Personen die ersten Tage eng zu begleiten. Die Orientierung in der Einrichtung muss gegeben sein, die zum großen Teil nur das Personal geben kann. Dadurch lassen sich auch anfängliche Desorientierung, Verwirrtheit und Hin- und Weglauftendenzen vermeiden. Sollte sich die Kurzzeitpflege an einen Krankenhausaufenthalt anschließen, so muss diese Zeit genutzt werden, damit eine Rückkehr in die Häuslichkeit ermöglicht wird. Noch zu oft ist die Kurzzeitpflege der Eintritt in die dauerhafte stationäre Pflege. Kurzzeitpflege sollte deshalb einen rehabilitativen Charakter tragen und das muss sich auch im Einsatz des Personals widerspiegeln.

Der VdK regt an, dass auch die Zeiten der Kurzzeitpflege auf den Erfassungszeitraum zur Begrenzung des Eigenanteils bei vollstationärer Pflege nach § 43c SGB XI angerechnet werden. Bisher ist es nur möglich, sich die Aufenthaltszeiten (Teilzeitraum) anrechnen zu lassen, wenn Leistungen nach § 43 SGB XI der vollstationären Pflege bezogen werden. Aber auch die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sollte schon auf die Heimaufenthaltsdauer angerechnet werden. Üblicherweise finden Pflegebedürftige über die Kurzzeitpflege einen Heimplatz in der Einrichtung. In diesen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, erst ab „offiziellem“ Abschluss und Inkrafttretens des Heimvertrages für einen stationären dauerhaften Pflegeheimplatz, die Heimaufenthaltsdauer zu zählen. Das wird zu Unverständnis und Verwirrung führen, ab wann, welche prozentuale Zuschussung greift, da bei den Betroffenen der Antritt zur Kurzzeitpflege mit einem Heimeinzug gleichgesetzt wird.

3.6. Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (§ 113c) ÄA 7

Die Neuregelung sieht vor, dass ab dem 1. Juli 2023 ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalanhaltswerte je Pflegegrad eingeführt werden soll. Ein personeller Mehrbedarf ist mitunter erwartbar und muss auch in Empfehlungen und Rahmenverträgen Berücksichtigung finden. Die bisherigen Personalförderprogramme (Pflegefachkraftstellenförderprogramm, Pflegehilfskraftstellenprogramm) werden integriert und ein Prüfauftrag bezüglich der Stimmigkeit der Personalanhaltswerte an das BMG vergeben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ soll nun die Personalbemessung erfolgen. Warum dieser wichtige Schritt erst ab 1. Juli 2023 erfolgen soll, ist nicht nachvollziehbar. Der Sozialverband VdK sieht noch lange keine vollständige Umsetzung des Projekts und die Implementierung. Die Personalbemessung steht unter Genehmigungsvorbehalt, sowohl der Bundesregierung wie auch des Bundesrats. Damit ist der Ausgang offen. Und wenn jetzt schon zu wenig Geld für die vorliegenden Änderungsanträge zur Verfügung steht, dann ist es fragwürdig, ob sich Bundesrat und der nächste Bundestag wohlwollend dem Projekt zuwenden werden. Was uns vorliegt ist also nur eine Absichtserklärung.

Der VdK erneuert seine Kritik, dass eventuell in einigen Bundesländern auch Personal – vor allem im Fachkraftbereich – abgebaut werden muss. Ein umfangreicher Bestandsschutz muss hier zugesichert werden, da ansonsten die Akzeptanz bei der Umsetzung schwindet. Zudem sehen wir nicht hinreichend berücksichtigt, dass unterschiedliche Versorgungskonzepte auch von der Personalbemessung nach oben hin abweichen dürfen. Vor dem Hintergrund einer immer komplexeren Bedarfskonstellation und eines steigenden Pflegebedarfs ist es für den VdK nicht nachvollziehbar, warum der Personalmehrbedarf nur auf Seiten der Hilfskräfte bestehen sollte. Der Einsatz von mehr Hilfskräften bedarf auch mehr Pflegefachpersonen, die diese anleiten. Zudem muss unseres Erachtens nach zuerst eine bundeseinheitliche Regelung über die Pflegehelferausbildung gefasst werden. Derzeit liegen hier je nach Bundesland unterschiedliche Ausbildungskonzepte zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege vor. Diese unterscheiden sich oft eklatant in der Ausbildungslänge, im Ausbildungsziel, in den zu erwerbenden Kompetenzen und Qualitätsanforderungen. Eine bundeseinheitliche zweijährige Helferausbildung in der Pflege ist notwendig.

Ein weiteres Problem ist, dass auch durch PeBeM nicht abgebildet werden konnte: Ein Großteil der Personalproblematik in den Pflegeeinrichtungen hat einrichtungsspezifische Ursachen. Ein erhöhter Krankenstand, hohe Fluktuation und darauffolgende längere Besetzungsprobleme, fehlendes Personalmanagement, um die beste Besetzung der Dienste zu gewährleisten, sind einrichtungsbezogen und sollten losgelöst von der Debatte um die Personalbemessung geführt werden. Diese Fragestellung, wie Pflegeeinrichtungen mit einer innovativen Personalpolitik das Personal halten und Überlastung vorbeugen, ist einer vertieften Untersuchung wert. Es erfolgt zwar ein erster Ansatz durch die Förderung von Konzepten für mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle in § 8 Absatz 7, aber der VdK hätte sich gewünscht,

dass der Pflegebeauftragte der Bundesregierung nach seinem ersten Vorschlag im Mai 2018 „Mehr PflegeKRAFT: 5-Punkte-Programm für gute und verlässliche Pflege“, das Projekt zu Punkt 3 für gute Arbeitsbedingungen gleich weiter verfolgt hätte. Erste Ergebnisse würden nämlich jetzt schon vorliegen und könnten im Rahmen der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Einführung der Personalbemessung die Diskussion immens befruchten. Zudem hätte der VdK empfohlen, zuerst die Personalbemessung einzuführen und in einem weiteren Schritt die tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte anzudenken. Denn häufig geht es Pflegekräften gar nicht um ein höheres Gehalt – auskömmlich muss es natürlich trotzdem sein –, sondern sie äußern, dass sie sich mehr Kollegen wünschten. Sie wünschen sich mehr Zeit zu haben, um sich dem Kern ihrer Profession zu widmen: Der Sorge und Zuwendung des auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen.

Der VdK begrüßt mehr Personal sehr. Es fehlt aber die Finanzierung. Die Kosten werden allein bei den Pflegebedürftigen hängen bleiben.

Damit die parlamentarischen Mitbestimmungsrechte gewahrt bleiben, begrüßt der VdK die Festlegung in Absatz 7 Nummer 3, dass dem Bundestag und dem Bundesrat der Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen vorgelegt wird. Alle darin enthaltenen Vorschläge für die weitere Umsetzung und Anpassung der Personalbemessung darf nur in ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren münden.

Das Mitberatungsrecht der Pflegebedürftigenvertretung (§118) wurde in § 113c Absatz 3 SGB XI vergessen.

3.7. Der Qualitätsausschuss Pflege und Weiterentwicklung der Qualität (§ 8 Abs. 4 SGB XI; § 113 Abs. 1 und § 113b Abs. 4a SGB XI) ÄA 11

Der Qualitätsausschuss Pflege erhält eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für seine Tätigkeit. Ein neuer Arbeitsauftrag wird vergeben in Bezug auf die Erarbeitung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in der Kurzzeitpflege. Zudem soll sich das Qualitätssystem der ambulanten und stationären Pflege weiterentwickeln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt grundsätzlich die im Entwurf genannten Punkte bezüglich der Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege. Speziell die neuen Aufgaben, die an den Qualitätsausschuss Pflege gerichtete verpflichtende Ergänzung eines Krisenkonzepts im Qualitätsmanagement und die Sicherstellung der pflegfachlichen und technischen Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Qualitätssysteme sind notwendig und sachgerecht. Gleiches gilt für das Finanzierungskonzept für den Qualitätsausschuss Pflege über den Ausgleichsfond der Pflegeversicherung. Der VdK muss an dieser Stelle leider abermals darauf hinweisen, dass die Beteiligungsrechte der Betroffenen immer noch nicht geregelt sind, dass diese ihre Aufgaben im Rahmen des Qualitätsausschusses Pflege entsprechend umsetzen können. Gegenwärtig besteht für die Betroffenenvertretung in der Pflege nach § 118 Absatz 1 SGB XI zwar ein Antrags- und Mitberatungsrecht, nicht jedoch ein Stimmrecht in Verfahrens- oder Sachfragen. Dabei würde zumindest ein Stimmrecht in Verfahrensfragen (etwa zur Tages- und Verfahrensordnung, sowie bei der Themensetzung)

der gestiegenen Verantwortung an die Patientenvertretung bei Fragen der pflegerischen Qualität gerecht werden. Erst durch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen bestünde die Möglichkeit im Sinne des Verbrauchers, umfassend Einfluss auf die Art der Beratung und die Verfahren im Qualitätsausschuss Pflege zu nehmen.

Der VdK fordert den Gesetzgeber nachdrücklich dazu auf, notwendige gesetzliche Anpassungen vorzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegebedürftigen und ihre gesetzlichen Vertreter als Adressaten der Pflegequalität gelten und nur sie eine Einschätzung des Erfolgs der Pflege auf Lebensqualität und -zufriedenheit abgeben können, sind sie aktiv zu beteiligen. Der VdK fordert den Gesetzgeber diesbezüglich nachdrücklich auf, den Betroffenenverbänden auch im SGB XI gleiche Beteiligungsmöglichkeiten wie im SGB V zu ermöglichen. Hierzu gehört auch eine Regelung analog zur Stabsstelle Patientenbeteiligung im SGB V. Um eine nachhaltige Betroffenenbeteiligung zu gewährleisten, fordert der VdK darüber hinaus eine vollständige Angleichung der Erstattungsmöglichkeiten bei der Beteiligung der Betroffenenorganisationen des SGB XI an die Erstattungsmöglichkeiten der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V.

3.8. Kostenerstattungsanspruch nach Tod des Betroffenen (§ 35) ÄA 14

Geht der Berechtigte in Vorleistung und erhält erst danach durch Einreichung von Belegen et cetera eine Erstattung, so kann der Fall auftreten, dass er in diesem Zeitraum verstirbt. Der Anspruch auf Kostenerstattung erlischt nach zwölf Monaten, es sei denn, der Leistungsanspruch ist festgestellt oder das Verfahren dazu läuft. Nach der allgemeinen Regelung des § 59 SGB I erlöschen die Ansprüche der Erben ohne die 12-Monats-Frist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK erkennt ausdrücklich an, dass hier eine Besserstellung gegenüber der Regelung des § 59 SGB I angestrebt wird.

Nach dem Tod eines Angehörigen sind neben der Trauerarbeit eine Unmenge von Formalitäten und Bürokratierfordernissen zu erledigen. Allein bis zur Erteilung des Erbscheins, der für die rechtssichere Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Nachlass erforderlich ist, können in Ballungsgebieten mehrere Monate vergehen. Auch beim Einsatz von Sanitätshäusern oder weiteren Dienstleistern, die die Versorgung und Abwicklung mit der Pflegehilfsmittelpauschale erledigen, könnte eine Rückerstattung aufgrund der weiteren Verzögerung ausbleiben und die Geschädigten würden sich schlussendlich an die Erben mit ihrer Forderung wenden.

Der VdK fordert, auf die allgemeine Verjährungsfrist aus § 45 SGB I abzuheben. Wenigstens ist klarzustellen, dass der Kostenerstattungsanspruch besteht, wenn der Antrag darauf gestellt wurde, also die Belege eingereicht sind.

3.9. Regionale Netzwerke zur pflegerischen Versorgung (§ 45c) ÄA 16

Die zur Verbesserung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerischen Versorgung gestellten Mittel werden von zehn auf 20 Millionen aufgestockt. Je Kreis oder kreisfreier Stadt

sowie Bezirk in den Stadtstaaten können zwei regionale Netzwerke und ab 500.000 Einwohnern vier regionale Netzwerke bezuschusst werden. Pro Netzwerk beträgt dieser 25.000 Euro.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Aufstockung grundsätzlich, soll doch damit die regionale Vernetzung verbessert werden und ein Pflegenetzwerk regionaler Akteure stärkt nachweislich die Versorgung. Mit der Festlegung auf eine bestimmte Bewohnerzahl geht man aber nicht weit genug. Der Förderhöchstbetrag dürfte zudem nicht ausreichen, um Personalkosten und Gesteungskosten zu decken.

3.10. Anhebung der ambulanten Pflegesachleistung und Kurzzeitpflege (§ 36, § 42 SGB XI) ÄA 18

Die Leistungsbeträge für die ambulant erbrachte Pflegesachleistung soll ab 1. Januar 2022 um fünf Prozent erhöht werden, aufgrund der steigenden Kosten durch die tarifliche Bezahlung. Die Erhöhung des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege soll um zehn Prozent zum 1. Januar 2022 erfolgen, aufgrund der wirtschaftlich tragfähigen Ausgestaltung der Kurzzeitpflege.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass die Bundesregierung sich noch dazu durchringen konnte, eine Minimalanpassung der ambulanten Leistungssätze und der Kurzzeitpflege vorzunehmen. Doch umfasst die Anhebung der ambulanten Pflegesachleistung nur die von ihr selbst festgestellten inflationsbedingten Kosten. Deshalb ist die Begründung der Änderung nicht statthaft, dass es sich hier um einen Ausgleich durch die steigenden Löhne handelt. Denn dann müssten auch Verhinderungspflege und Tages- und Nachtpflege angehoben werden. Auch sie sind von den steigenden Löhnen betroffen. Aber da diese Änderung nicht in einer größeren Pflegereform eingebettet ist, gibt der Gesetzgeber in seiner Begründung zu, dass die steigenden Löhne sich negativ auf die anderen Versorgungsformen auswirken werden.

Von dem Budget der Verhinderungspflege von 1612 Euro im Jahr, wird sich der Betroffene weniger Stunden Ersatzpflege durch eine professionelle Pflegekraft leisten können. Das kommt de facto einer Kürzung gleich, die schon in dem Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn im Herbst 2020 angedacht war. Ebenso wird es der Tages- und Nachtpflege ergehen. An einem Beispiel einer Rostocker Tagespflege:

- Für die pflegerische Versorgung bei Pflegegrad 3: 69,85 Euro pro Tag
- Für die Ausbildungsumlage: 3,70 Euro pro Tag
- Für Unterkunft und Verpflegung: 15,67 Euro pro Tag
- Investitionsaufwendungen abzgl. öffentl. Förderung : 12,41 Euro pro Tag
- Tagessatz: 101,63 Euro

Der Pflegebedürftige in Pflegegrad 3 kann sich 13 Tage für die Tagespflege anmelden und verbraucht die ihm zu Verfügung stehenden 1.298 Euro. Steigt der Pflegeanteil aufgrund der steigenden Löhne nur um sieben Prozent und die Inflation wird noch für die anderen Posten

berücksichtigt, so würden etwa 108,11 Euro am Tag notwendig, und er könnte nur noch zwölf Tage ohne eigene Zuzahlung die Tagespflege besuchen. Das mag wenig klingen, aber jeder einzelne Tag ist für pflegende Angehörige, die zusätzlich noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen, entscheidend. In diesen fehlenden Tagen müssen sie nämlich die Versorgung allein sicherstellen.

4. Fehlende Regelungen

4.1. Fehlstelle ambulante Pflege

Eine sehr wichtige Frage lässt die Regelung zur Bezuschussung der pflegebedingten Eigenanteile offen: Welchen Umgang möchte man mit den steigenden Pflegekosten in der ambulanten Pflege finden? Jede Gehaltserhöhung schlägt sich hier vollends auf die Kosten für den Pflegebedürftigen nieder. Ein Euro pro Arbeitsstunde Brutto-Mehrverdienst einer Pflegekraft muss mit 1,25 Euro (inkl. Sozialversicherungsbeitrag) refinanziert werden. Allein bei 2 Stunden pro Tage häuslicher Pflege und Betreuung entstehen 75 Euro Mehrkosten pro Monat für die Pflegebedürftigen. Die Überforderung der Betroffenen ist größer als von den politischen Entscheidern vermutet, da Pflegebedürftige in der ambulanten Versorgung, den Gang zum Sozialamt scheuen. Sie sorgen sich, dass dadurch ein Umzug notwendig und erzwungen wird, damit mehr Eigenmittel für die pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen. Zum anderen ist die Angewiesenheit auf Sozialhilfe weiterhin schambehaftet. Die natürliche Reaktion ist deshalb der Verzicht auf notwendige pflegerische Maßnahmen, um damit Kosten einzusparen und die Eigenbeteiligung geringer zu halten. Mitunter findet auch eine Finanzierungverschiebung in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege des SGB V statt, soweit möglich. Will man keinen Heimsog erzeugen aufgrund der dort stattfindenden Entlastung durch die Eigenanteile, so muss der ambulante Sektor jetzt ausreichend dynamisiert und auch hier die pflegebedingten Kosten gedeckelt werden. So eine einseitige Bevorzugung des stationären Sektors darf es nicht geben.

4.2. Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge (§ 61a) ÄA 3

Die angedachte Entlastung der Pflegeversicherung von versicherungsfremden Leistungen sollen nicht mehr, wie zunächst vorgesehen, über eine Abschlagszahlung an den Ausgleichsfonds durch Bundesmittel bestritten werden. Das hätte aber zu einer Entlastung der Pflegeversicherung geführt. Mit diesem Geld hätte man die notwendige Dynamisierung aller Pflegeleistungen durchführen können. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die Pflegeversicherung muss von versicherungsfremden Leistungen entlastet werden.

Der VdK fordert zudem eine weitergehende Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung. Es ist der einzige geldwerte Vorteil, der sich für familiär Pflegende ergibt. Die Bundesregierung geht zwar immer davon aus, dass dies in Form der Weitergabe des Pflegegeldes erfolgt, aber der Pflegebedürftige kann allein entscheiden, wofür er das Geld ausgibt. Das Pflegegeld war außerdem nie als Leistungsentgelt für die pflegenden Angehörigen gedacht. Deshalb sollten pflegende Angehörige wenigstens eine Anerkennung bei der Rente erhalten, indem auch Rentenempfänger zusätzliche Rentenanwartschaften erlangen können. Zudem ist die Bindung

der Höhe der Rentenbeiträge an die Versorgungsform zu streichen. Pflegende Angehörige dürfen nicht dafür bestraft werden, wenn neben ihrer Pflege noch eine professionelle Unterstützung in Form eines Pflegedienstes die Behandlungs- und Ergebnisqualität sichert. Des Weiteren wird auf die Ausschussdrucksache des Gesundheitsausschusses 19(14)332(2) verwiesen im Rahmen der Anhörung des Antrags der Fraktion DIE LINKE „Rentenplus für pflegende Angehörige“ (BT-Drucksache 19/25349). Pflegende Angehörige sind eine tragende Säule in der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Leider erhält diese Gruppe noch zu wenig Wertschätzung und deren Belange finden immer noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit.