

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 06.09.2024

Vorbemerkung

Berlin, 30. September 2023 | Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) und der Katholische Krankenhausverband Deutschland e.V. (im Folgenden die katholischen Krankenhäuser) danken für die Gelegenheit, zum geplanten Pflegekompetenzgesetz Stellung zu nehmen.

VKAD und die katholischen Krankenhäuser begrüßen die angestrebten Änderungen, die auf die Stärkung und Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen abzielen. Besonders positiv hervorzuheben ist die leistungsrechtliche Verankerung heilkundlicher Tätigkeiten und die Stärkung der Vorbehaltsaufgaben im SGB V, was einen wesentlichen Fortschritt darstellt.

Wir teilen nachdrücklich die Auffassung, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 64d SGB V bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur erweiterten Heilkundeausübung zu ermächtigen. Gleichzeitig weisen wir in unserer Stellungnahme auf weiterhin bestehende Defizite in der vertraglichen und leistungsrechtlichen Verankerung hin.

Neben den Maßnahmen zur Stärkung der professionellen Pflege enthält der Referentenentwurf auch solche zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung, etwa durch die Flexibilisierung von Leistungen, die Stärkung kommunaler Netzwerke und die Erhöhung der Flexibilität. Diese adressieren jedoch nicht ausreichend die dringlichen Herausforderungen, denen viele Träger der Altenpflege aktuell gegenüberstehen: Die wirtschaftliche Lage der Träger hat sich aufgrund gestiegener Personalkosten, höherer Energiepreise und der anhaltenden Inflation deutlich verschärft. Hinzu kommen Verzögerungen bei Pflegesatzverhandlungen, die durch überbordende Bürokratie und langwierige Prüfverfahren behindert werden. Der Entwurf greift diese Problematik nur unzureichend auf. Zwar enthält er Ansätze zur Verfahrensbeschleunigung, doch bleiben Verstöße durch die Kostenträger weitgehend folgenlos. Der Druck lastet somit weiterhin auf den Leistungserbringern, was der VKAD stark kritisiert. Die im Vorfeld geforderte Zustimmungsfiktion, die eine automatische Zustimmung bei Verzögerungen seitens der Kostenträger vorsieht, wurde leider nicht in den Entwurf aufgenommen.

Diese Verzögerungen und die mangelhafte Refinanzierung notwendiger Kosten gefährden nachweislich die Versorgungsstrukturen unserer Mitgliedseinrichtungen. Statt einer deutlichen Entlastung droht durch die Einführung zusätzlicher bürokratischer Anforderungen, wie etwa in § 72 SGB XI, sogar ein weiterer Bürokratieaufbau. Die Einführung eines neuen

Absatzes 1a in § 72, der die Berücksichtigung von Empfehlungen aus Ausschüssen und kommunalen Pflegestrukturplanungen vorsieht, könnte den Abschluss von Versorgungsverträgen zusätzlich verzögern und den bürokratischen Aufwand weiter erhöhen.

Zusammenfassung

In ihrer Stellungnahme beleuchten der Verband katholischer Altenhilfe und der Katholische Krankenhausverband folgende Themen:

Stärkung des Pflegeberufs

- Wir begrüßen die Kodifizierung des Pflegeberufs als Heilberuf in § 15 a SGB V. Wir unterstützen nachdrücklich, dass Pflegefachpersonen, die eine Berufserlaubnis nach § 1 PfbG erworben haben, grundsätzlich zur Heilkundeausübung sowie nach Erwerb einer Zusatzqualifikation zur erweiterten Heilkundeausübung berechtigt sind. Um sicherzustellen, dass ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, sollte die Anerkennung bereits bestehender Weiterbildungen, die zur Qualifikation für die erweiterte Heilkunde führen, geregelt werden.
- Vorbehaltsaufgaben: Wir begrüßen die zentrale Verankerung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege auch in den für die Pflege relevanten Sozialgesetzbüchern. Zur umfassenden Überführung in die Praxis halten wir weitere Ergänzungen und Klarstellungen in den §§ 28 und 107 SGB V für erforderlich.
- Pflegeprozesssteuerung: Wir begrüßen die zentrale Verankerung der Pflegeprozesssteuerung als Vorbehaltsaufgabe in den allgemeinen Vorschriften von SGB V und SGB XI. Wir weisen in unserer Stellungnahme jedoch auf weitere dringend benötigte Anpassungen im Leistungsrecht des SGB XI hin, um einen ganzheitlichen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung für alle Pflegebedürftigen zu ermöglichen.
- Hilfsmittlempfehlung nach § 40 Absatz 6 SGB XI: In Bezug auf die Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI fordert der VKAD eine Stärkung der Befugnisse von Pflegefachkräften, die notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne ärztliche Verordnung empfehlen sollen. Es ist erforderlich, die berufsrechtlich bereits eindeutig bestehende Kompetenz zur Pflegeprozesssteuerung für Pflegefachpersonen auch leistungsrechtlich bei der Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI zu regeln. Daneben sind bestehende bürokratische Hürden, wie die Feststellung des Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachperson durch Richtlinien des Spitzenverband Bund der

Krankenkassen und das Präqualifizierungserfordernis, in § 126 Absatz 1a SGB V zu streichen.

Sozialgesetzbuch XI

- Evaluation des Begutachtungsinstrumentes nach § 15 Absatz 8 SGB XI: Der VKAD begrüßt die geplante Verpflichtung einen Bericht über die Erfahrungen und Wirkungen des Begutachtungsinstrumentes im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzulegen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff weicht von der bloßen Aufzählung pflegerischer Tätigkeiten ab und legt den Fokus stärker auf rehabilitative und präventive Aufgaben, die die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen fördern. Angesichts dieser Entwicklung ist das bisherige vergütungsbezogene Modell, das sich auf Leistungskomplexe und tätigkeitsbezogene Maßnahmen stützt, als veraltet anzusehen. Der VKAD empfiehlt daher die Einführung eines zeitbasierten Vergütungssystems, das die pflegerischen Aufgaben im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angemessen berücksichtigt. Diese Anpassung wäre sowohl für die Pflegesachleistungen in der Pflegeversicherung als auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V wünschenswert.
- Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18e SGB XI: Der VKAD zeigt sich grundsätzlich offen für die Einbeziehung von Pflegefachpersonen in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18e SGB XI. Allerdings fordert er mehr Klarheit und eine präzisere Darstellung des vorgeschlagenen Modellprojekts. Es bestehen Bedenken hinsichtlich der primären Zielsetzung, die auf der Entlastung des Medizinischen Dienstes abzielt, sowie der Notwendigkeit einer langfristigen Erprobung. Sollte der Gesetzgeber die Regelung umsetzen, ist es entscheidend, dass die Beauftragung im Einvernehmen mit der jeweiligen Pflegefachperson und der Pflegeeinrichtung erfolgt. Diese Tätigkeiten sind in den Vergütungsvereinbarungen entsprechend zu berücksichtigen.
- Einführung neuer Versorgungsmodelle nach § 45j SGB XI: Der VKAD plädiert für die Auflösung von Sektorengrenzen, um eine flexiblere Versorgung zu ermöglichen. Der VKAD befürchtet, dass die Einführung neuer Versorgungsmodelle wie in § 45j SGB XI die Flexibilität beeinträchtigt und zu bürokratischen Herausforderungen sowohl für die Träger als auch für die Pflegebedürftigen führt. Der VKAD schlägt vor, bestehende Modelle wie die ambulant betreute Wohngruppe weiter zu fördern, anstatt neue einzuführen. Um eine wirksame Verzahnung der Sektoren unmittelbar zu erreichen, sollte ein stärkeres Augenmerk auf die Möglichkeit der Gesamtversorgungsverträge gelegt werden. [Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde ab Juli 2008 die Voraussetzung eröffnet, dass mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 u. 2 SGB XI) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die

örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) schließen können.] Damit wurde der engen Rechtsauslegung entgegengewirkt. In der Praxis zeigt sich jedoch ein sehr kompliziertes Verhandlungsgebaren.

- Der VKAD bewertet die Regelungen des § 113c SGB XI zur Anrechnung hochschulisch qualifizierter Pflegefachkräfte positiv. Die Möglichkeit, Pflegefachpersonen, die mindestens 50 % in der direkten Pflege tätig sind, zur Erhöhung der Personalanzahlen heranzuziehen, verbessert die Flexibilität und Bedarfsorientierung im Personaleinsatz. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit klarer Aufgaben- und Kompetenzbereiche für diese Fachkräfte betont. Zudem wird die in § 8 Absatz 3c SGB XI vorgesehene qualifikationsbezogene Darstellung der Pflegeaufgaben begrüßt, insbesondere die Einbeziehung der Tätigkeiten hochschulisch qualifizierter Pflegefachkräfte (AQP) sowie die Herausarbeitung der Unterschiede zu fachschulisch ausgebildeten Pflegepersonen.

Ausbildung in Rehabilitationseinrichtungen

- Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung:
Der Katholische Krankenhausverband setzt sich für die Umsetzung des Koalitionsvertrags ein. Darin ist vorgesehen, dass Rehabilitationsträger auch Träger der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen sein können.

Zukunft der Pflege in den Ordensgemeinschaften. Rahmen-Versorgungsvertrag „kleiner Versorgungsvertrag“

Die Bundesverbände des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Pflegekassen BARMER und DAK-Gesundheit hatten 2023 angekündigt, den 2004 geschlossenen Rahmen-Versorgungsvertrag („kleiner Versorgungsvertrag“) beenden zu wollen. Die Kündigung soll den Ordensgemeinschaften im 4. Quartal 2024 zugehen. Damit wird die Grundlage der Zulassung der ordensinternen Pflegebereiche als stationäre Einrichtungen entfallen.

Nachfolgend die Bewertung und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 11 Absatz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 a (neu) SGB XI: Pflegeprozesssteuerung

Der VKAD empfiehlt, die Pflegeprozesssteuerung leistungsrechtlich und leistungserbringerrechtlich stärker zu verankern. Alle Pflegebedürftige müssen, auch bei Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI, Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung haben.

Positiv ist, dass der Referentenentwurf in § 113 SGB XI bereits die Einbindung der Pflegeprozesssteuerung in Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 2 vorsieht. Zur Klarstellung fordern wir jedoch die direkte Aufnahme der Pflegeprozesssteuerung in § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI.

Der VKAD äußert Bedenken zur Regelung gemäß § 11 Absatz 1a SGB XI, die Pflegeeinrichtungen zur Entwicklung von Delegationskonzepten verpflichtet. Diese Regelung könnte den Handlungsspielraum von Pflegefachkräften einschränken, die für die eigenverantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses zuständig sind.

Ein weiterer Kritikpunkt ist der zusätzliche bürokratische Aufwand für die Pflegeeinrichtungen. Die Erstellung und Pflege von Delegationskonzepten könnte Ressourcen binden, die besser für die eigentliche Pflege genutzt werden sollten.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 11 Absatz 1 a SGB XI

In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI ist folgende Anpassung vorzunehmen:

„der Inhalt der Pflegeleistungen **einschließlich der Pflegeprozesssteuerung**, der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen“.

Zur leistungsrechtlichen Verankerung der Pflegeprozesssteuerung sind im SGB XI entsprechende Folgeänderungen in §§ 89 SGB XI sowie in § 37 Absatz 3 SGB XI vorzunehmen.

§ 15 Absatz 8 SGB XI – Evaluation des Begutachtungsinstruments und Zeitvergütung

Der VKAD begrüßt die geplante Verpflichtung des Spitzenverbands Bund der Pflegeversicherungen, bis zum 31. Dezember 2025 einen Bericht über die Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzulegen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wendet sich von der reinen Aufzählung einzelner Einrichtungen und pflegebezogener Tätigkeiten ab und legt stattdessen einen stärkeren Fokus auf rehabilitative und präventive Aufgaben, die die Befähigung zur Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen fördern.

Ungleichbehandlung der ambulant betreuten Wohnform gegenüber dem stationären Setting und prinzipiell nunmehr ebenso gegenüber der nun geplanten Einführung einer weiteren gemeinschaftlichen Wohnform, die sich zwischen dem stationären und ambulanten Setting bewegt. Wir befürchten, dass zukünftig die Kostenträger nicht mehr bereit sind, eine Unterbringung in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft als förderfähig anzuerkennen. Es besteht das Risiko, dass diese bewährte Lebensform wieder verschwinden wird oder aber nur noch der wohlhabende Teil der Bevölkerung sich ein Leben in einer Wohngemeinschaft leisten kann.

Der VKAD fordert die Anhebung des Wohngruppenschlags auf 1.000 Euro monatlich, um einen Entlastungseffekt für die Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer Wohnform zu erreichen. Des Weiteren fordert der VKAD eine jährliche Dynamisierung dieses Beitrags.

§ 45j SGB XI: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Der VKAD begrüßt alternative Pflege- und Wohnsettings jenseits der rein häuslichen und stationären Versorgung. Das Angebot der ambulant betreuten Wohngruppen vereint gegenüber ambulanten und stationären Versorgungssettings viele Vorteile. Es fördert die Selbstbestimmung und Teilhabe des Pflegebedürftigen. Trägern ist es möglich, eine individuelle, quartiersnahe und zielgruppenspezifische Versorgung anzubieten und Konzepte, die bspw. im Hinblick auf Menschen mit Demenz im stationären Setting nicht möglich sind, vorzuhalten. Mehrere Wohngruppen unter einem Dach ermöglichen dem Träger zudem eine flexible Personaleinsatzplanung. Anders als in der ambulanten Versorgung entfällt für Mitarbeitende die Wegezeit. Die steigende Nachfrage nach dieser Wohnform spiegelt sich in der wachsenden Zahl der Wohngruppen in den letzten Jahren wider (vgl. Bewertung § 45h).

Der VKAD spricht sich seit langem für eine Auflösung der Sektorengrenzen und somit eine Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Versorgungsformen für Pflegebedürftige aus. Eine Versorgung, die am Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsbedarf des Versicherten unabhängig der Wohnform ausgerichtet ist, muss das Ziel von Reformen des Pflegesystems sein. Der VKAD gibt zu bedenken, dass die Einführung einer neuen Versorgungsform nach § 45 j der Durchlässigkeit und dem Abbau der Sektorengrenzen entgegensteht. Zwischen bereits bestehenden ambulanten Wohngemeinschaften und vollstationärer Versorgung steht nun die gemeinschaftliche Wohnform, was statt mehr Flexibilität neue Abgrenzungsdiskussionen bringen wird.

Der VKAD sieht in § 45j für Träger neue bürokratische Herausforderungen, bspw. im Hinblick auf Qualitätsanforderungen, Pflegesatzverhandlungen sowie die Bundesempfehlungen nach § 92c, Absatz 2, die die Vertragspartner auf Bundesebene noch beschließen müssen. Ebenso sieht der Verband auch auf die Pflegebedürftigen und deren Angehörige bürokratische

Herausforderungen, bspw. Erhöhung der Intransparenz des Leistungsangebotes des sechsten Abschnitts im vierten Kapitel des SGB XI.

Der VKAD schlägt vor, anstelle der Einführung neuer Versorgungsmodelle die bestehenden Modelle, wie die ambulant betreute Wohngruppe (§ 45h, neue Verortung im SGB XI) sowie die gemeinschaftliche Wohnform der Hausgemeinschaften weiter zu fördern und weiterzuentwickeln. [vgl. ([Hausgemeinschaften - St. Raphael \(st-raphael.de\)](http://st-raphael.de)) – Die Versorgungsform Hausgemeinschaft, die nach einer vierjährigen Erprobungsphase im bestehenden (landes-)rechtlichen Rahmen (WTPG, SGB XI, SGB V) regefinanziert wird, entspricht einer individuellen Wohnform, ähnlich der Konzipierung des § 45j.]

Der VKAD sieht im Konzept des Gesamtversorgungsvertrages Potential für eine umgehend zu erreichende notwendige Verzahnung der Sektoren ambulant, teilstationär sowie stationär durch einen Leistungserbringer. Dort, wo das Konzept umgesetzt werden konnte, zeigen sich positive Effekte auf die Wirkung ins Quartier, als auch auf die Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden. Den Trägern räumt das Konzept eine höhere Flexibilität im Personaleinsatz und eine bessere Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Pflegebedürftige erhalten eine Versorgung aus einer Hand. Der Übergang von ambulant, teilstationär und vollstationär wird erleichtert. Träger berichten von Hürden wie einem komplizierten Verhandlungsgebaren bis hin zur Weigerung der Leistungsträger Konzepte verhandeln zu wollen. Um eine flächendeckende Etablierung zu befördern, sollte dort, wo die Einführung eines Gesamtversorgungsvertrages sinnvoll ist und Träger zu dessen Umsetzung bereit sind, bundesweit Vorschub geleistet werden, indem die Leistungsträger zur Zustimmung aufgefordert werden und das Verfahren bundesweit ausgerollt wird, in dem den Bundesländern, die bisher nicht umgesetzt haben, eine entsprechende Frist gesetzt wird.

§ 73 a SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

§ 73a überträgt die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und bis zum 30. April 2023 befristete Regelung in § 150 Absatz 1 in erweiterter Form ins Dauerrecht zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung.

Der VKAD merkt zu § 73 Absatz 1 an, dass die Pflegeeinrichtungen bereits derzeit bei wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung umgehend die entsprechenden Aufsichtsbehörden informieren. Außerdem sind Träger von Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 4 verpflichtet, den Versorgungsauftrag, den sie mit der Pflegekasse geschlossen haben, auszufüllen.

Die durch die Corona-Pandemie etablierten Informations- und Meldewege sind durch landesrechtliche Regelungen (bspw. durch das WTG) weiter verpflichtend. Dazu muss angemerkt werden, dass diese Meldungen oftmals ohne Reaktion seitens der Behörden blieben. Durch die Erfahrungen der Coronakrise, aber auch durch die Herausforderungen, die durch

den Fachkräftemangel auftreten, ist den Träger bekannt, bei unvorhergesehenen wesentlichen Änderungen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung durchzuführen und entsprechend der vorliegenden Situation anzupassen.

Eine Verstetigung der Regelung nach § 73 Absatz 1 sieht der VKAD als unnötige bürokratischen Mehraufwand für die Pflegeeinrichtungen an. Der VKAD schlägt vor, die Absätze 1 und 2 zu streichen.

§ 86a SGB XI: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Es ist wichtig, dass die Kostenträger bei Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen dem Träger der Pflegeeinrichtung unverzüglich einen Ansprechpartner benennen müssen, die Nachweisforderungen zeitnah nach Antragsstellung zu stellen und vor allem auch zu bedienen sind. In Absatz 1 muss unbedingt die Ergänzung aufgenommen werden, dass der bevollmächtigte Ansprechpartner auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen. Außerdem sollte der Begriff "rechtzeitig", bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind, in Absatz 1 Satz 1, präzisiert werden, z.B. auf vier Wochen.

§ 92c SGB XI: Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Trotzdem sich der VKAD aus o.g. Gründen gegen eine Etablierung einer weiteren Versorgungsform ausspricht, sollen folgende Aspekte zum § 92c angemerkt werden:

Die Verortung der gemeinschaftlichen Wohnform als neue Versorgungsform soll zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfolgen, was der Schaffung eines weiteren Sektors entspricht. Diese Zwischenform der Versorgung sollte folglich sowohl ambulanten als auch stationären Leistungserbringern zugänglich sein. Eine Einschränkung auf ambulante Pflegeeinrichtungen ist somit nicht sachgerecht.

In der gemeinschaftlichen Wohnform bleibt der Rechtsanspruch auf § 37 SGB V erhalten (§ 45j Absatz 3 Satz 3). Somit ist auch die Organisation dieser Leistungen im SGB V und nicht über das Basispaket zu regeln, das ein Leistungsanspruch im SGB XI darstellt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jede pflegebedürftige Person, die in einer gemeinschaftlichen Wohnform lebt, auch Leistungen des § 37 SGB V in Anspruch nimmt – das hängt einzig und allein vom behandlungspflegerischen Bedarf der einzelnen Person ab. Dieser Bedarf ist dann ausschließlich über das SGB V sicherzustellen. Daher kann und sollte das Basispaket nur Leistungen der Pflegeversicherung und nicht der Krankenversicherung abdecken.

In der Praxis gibt es die Unterscheidung zwischen Basispaket und Serviceleistungen dem Grunde nach schon im Betreuten Wohnen. Die langjährigen Erfahrungen in diesem Bereich zeigen, dass empfehlenswert ist, im Basispaket nur solche Leistungen aufzunehmen, die von

allen Bewohner:innen gleichermaßen häufig als Gruppenangebote in Anspruch genommen werden können und individuelle Leistungen auch individuell berechnet werden sollten. Ein Beispiel aus den o.g. Konzept der Hausgemeinschaften St. Raphael zu der Kostenzusammensetzung:

Die Kosten in den Hausgemeinschaften variieren durch den individuellen Bedarf eines jeden einzelnen Bewohnenden. Insbesondere Art und Umfang von Betreuungs- und/oder Pflegeleistungen können maßgeblichen Einfluss auf die monatlichen Gesamtkosten haben. Die Hausgemeinschaftsentgelte folgen einem konsequenten Prinzip: Möglichst wenige Leistungen pauschalisieren, möglichst viele Leistungen nach individuellen Erfordernissen und Wünschen erbringen. Hinzu kommen somit Kosten für Pflegesachleistungen und individuellen Betreuung nach Bedarf.

Pauschale Grundkosten Hausgemeinschaft Felsele pro Monat gültig ab 01.06.2024:

<i>Wohnraum (Warmmiete)</i>	<i>629,00 €</i>
<i>Alltagsbegleitung pauschal</i>	<i>1.459,00 €</i>
<i>Hauswirtschaftliche Sachkostenpauschale</i>	<i>428,00 €</i>
<i>Betreuungsleistungen pauschal</i>	<i>195,00 €</i>
<i>Grundkosten gesamt</i>	<i>2.711,00 €</i>

Darüber hinaus stehen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zur Verfügung. Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI, derzeit 125,00 €, ist ebenso eine Leistung der Pflegekasse und steht monatlich zur teilweisen Refinanzierung der Betreuungsleistungen pauschal zur Verfügung.

Der VKAD erkennt den Versuch des Gesetzgebers, Trägern einen Einstieg in ein ambulantes, individuelles Angebot zu ermöglichen. Eine konkrete Ausgestaltung und Umsetzung dieses Wohnmodells ist aufgrund der fehlenden Bundesempfehlungen nicht abschließend einzuschätzen.

In Bezug auf die Finanzierung der Behandlungspflege nach § 37 SGB V fordert der VKAD für die neue Versorgungsform eine strikte Trennung aller angebotenen Leistungen und deren Abrechnung nach entsprechendem Sozialgesetzbuch V und XI. Alle Maßnahmen der Behandlungspflege müssen durch die Krankenversicherung übernommen werden. Diese Forderung hält der VKAD schon seit Jahren für das stationäre Setting aufrecht. Da der Referentenentwurf zu der Änderung der Finanzierungssystematik der Leistungen nach SGB V im stationären Sektor keinen Vorschlag unterbreitet, hält der VKAD an dieser Forderung weiter fest.

§ 75 SGB XI: Inhalte der Rahmenverträge

Der VKAD begrüßt die geplante Überarbeitung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI und fordert ergänzend, dass § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI um die

Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen erweitert wird. Eine solche Ergänzung stellt sicher, dass die Pflegeprozesssteuerung nicht nur als wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Versorgung im Sinne der Vorbehaltsaufgaben anerkannt wird, sondern auch in den Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen der Pflege Berücksichtigung findet.

Eine explizite Verankerung in § 75 SGB XI würde die Bedeutung dieser Aufgabe in den Landesrahmenverträgen unterstreichen und gewährleisten, dass Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, wie z.B. interdisziplinäre Fallbesprechungen, entsprechend vergütungsrelevant berücksichtigt werden.

Änderungsbedarf:

In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„der Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der **Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen**, der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen“.

§ 113 c Abs. 5 Nummer 4 (neu) i.V.m Absatz 4: Erweiterung der Bundesrahmenempfehlungen um Aufgabenbereiche beim Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Die Regelungen des § 113c SGB XI, die sich auf die Anrechnung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen beziehen, bewertet der VKAD positiv. Es wird begrüßt, dass Pflegefachpersonen, die mindestens zu 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, als sachlicher Grund herangezogen werden können, um die Personalanhaltszahlen zu erhöhen. Dies bietet die Möglichkeit, den Personaleinsatz in Pflegeeinrichtungen flexibler zu gestalten und den Qualifikationsmix in Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten.

Eine klare Regelung, welche Fachkräfte auf Basis der landesrechtlichen Bestimmungen angerechnet werden können, unterstützt ebenfalls diese Flexibilität. In diesem Zusammenhang betonen wir die Notwendigkeit, klare Aufgaben- und Kompetenzbereiche für Pflegefachkräfte mit hochschulischer Ausbildung zu definieren. Dies ist entscheidend, um die Einsatzmöglichkeiten und die Vergütung hochschulisch qualifizierter Fachkräfte nachvollziehbar zu gestalten und die Anerkennung durch Kostenträger bei Verhandlungen über Pflegesätze und Vergütungsvereinbarungen zu sichern, insbesondere da höhere Vergütungssätze zu erwarten sind.

§ 113c Absatz 3 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 Nummer 3: Andere „Assistenzberufe“ als QN 3

Der VKAD begrüßt die Möglichkeit, zusätzliches Personal mit mindestens einjähriger medizinischer, sozialer oder kaufmännischer Ausbildung zur Entlastung der Pflegefachkräfte. Angesichts des Bedarfs an Pflegeassistenzkräften halten wir diese Maßnahme für sachgerecht, da

sie die Handlungsspielräume für Pflegeeinrichtungen erhöht. Es muss jedoch klargestellt werden, dass diese Unterstützungskräfte ausschließlich ergänzend zur professionellen Pflege eingesetzt werden.

Zudem begrüßt der VKAD die Ergänzung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 3, die klarstellt, welche weiteren Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können. Die Regelungen in Absatz 3 und Absatz 5 verdeutlichen den dringenden Bedarf an Pflegeassistentenkräften.

Ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung, um die Attraktivität der Pflegeassistentenausbildung zu erhöhen, ist die Einführung einer bundeseinheitlichen Ausbildung, die sich bereits im Gesetzgebungsverfahren befindet. Um Ausbildungsabbrüche zu minimieren, fordern wir zusätzliche Maßnahmen, wie die Refinanzierung der Schulsozialarbeit an Pflegeschulen. Zudem ist eine Ausbildungsoffensive für nach Landesrecht ausgebildete Pflegefachassistenten notwendig. In diesem Zusammenhang müssen die Länder Verantwortung für die Schaffung ausreichender Schulplätze übernehmen und den Lehrermangel beheben.

§ 118a SGB XI in Verbindung mit § 8 Absatz 3c SGB XI (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Im Referentenentwurf wird die Notwendigkeit einer klaren Regelung zur Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im § 118a SGB XI aufgenommen. Allerdings bleibt weitgehend unklar, welche spezifischen Aufgabenbereiche der Vertretung zugewiesen werden.

Darüber hinaus ist es wichtig, klarzustellen, dass die berufsständischen Vertretungen nicht die Beteiligung der Leistungserbringerverbände in der Pflege ersetzen können. Eine präzise Abgrenzung der Aufgaben und Funktionen dieser Verbände innerhalb der Selbstverwaltung ist erforderlich. Dies umfasst sowohl die Bereiche, in denen sie eigenständig agieren, als auch die Bereiche, in denen eine Zusammenarbeit notwendig und sinnvoll ist.

Wir begrüßen die in § 8 Absatz 3c SGB XI vorgesehene Förderung einer systematischen und umfassenden, qualifikationsbezogenen Darstellung der Aufgaben der Pflege (Scope of Practice). Dabei ist es unerlässlich, auch die Aufgaben und Tätigkeiten von hochschulisch qualifizierten Pflegefachkräften (AQP) einzubeziehen und die formalen Unterschiede zu Pflegefachpersonen mit einer fachschulischen Ausbildung herauszuarbeiten. Derzeit liegt die Akademisierungsquote im Langzeitpflegesektor unter 2 Prozent, was eng mit der mangelnden Differenzierung der Tätigkeiten zwischen den verschiedenen Qualifikationsniveaus zusammenhängt.

Verfahrensvorschlag:

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollten in 118 a SGB XI definiert werden. Dabei sollten die Aufgaben und Funktionen der

Pflegewissenschaft, der berufsständischen Vertretungen und die der Leistungserbringerverbände eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Diese Abgrenzung ist entscheidend, um eine konstruktive und effektive Zusammenarbeit zu fördern.

§ 125a SGB XI – Modellprogramm Telepflege:

Die Kürzung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für das Modellprogramm Telepflege um 5 Millionen EUR wirft Fragen zur Bedeutung des Themas Telepflege auf. Zudem bleibt unklar, warum nur zwölf Bewerbungen in das Projekt aufgenommen wurden.

Die VKAD begrüßt jedoch den neuen Absatz 3, der dem Modellvorhaben eine langfristige Perspektive eröffnet. In den Empfehlungen zur Umsetzung sollten zwingend die technischen Rahmenbedingungen und die Finanzierungsmöglichkeiten für Telepflege berücksichtigt werden. Dabei muss sichergestellt werden, dass telepflegerische Leistungen zu einer Entlastung führen und keine zusätzliche Belastung für Pflegeeinrichtungen darstellen.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15a SGB V – Legaldefinition Pflegefachperson

Wir begrüßen, dass der Pflegeberuf im SGB V erstmals als Heilberuf mit spezifischen beruflichen Kompetenzen anerkannt wird und dass in Absatz 2 eine klare Definition der Pflegefachperson eingeführt wird. Diese Regelung ermöglicht es Pflegefachpersonen, die ihre Berufserlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes erworben haben, grundsätzlich heilkundliche Tätigkeiten auszuüben und, nach Erwerb einer entsprechenden Zusatzqualifikation, auch erweiterte heilkundliche Aufgaben zu übernehmen.

Besonders hervorzuheben ist, dass die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Leistungsrecht widergespiegelt werden. § 15a SGB V greift die Pflegeprozessverantwortung als zentrale Aufgabe der Pflege auf und setzt sie in Beziehung zu drei zentralen Aufgabenbereichen der Pflege: pflegerische Aufgaben, heilkundliche Aufgaben, und erweiterte heilkundliche Aufgaben. Die Anerkennung, dass Pflegefachpersonen als Heilberufsangehörige heilkundliche Aufgaben verantworten, ist ein wichtiger Fortschritt.

Die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben stärken die Behandlungsqualität und Patientensicherheit, in dem sie sicherstellen, dass zentrale Elemente des Pflegeprozesses in der Verantwortung von Pflegefachpersonen liegen. Aus unserer Sicht sind jedoch noch weitere Änderungen im Leistungs- und Leistungserbringerrecht notwendig, um dieses an die Vorbehaltsaufgaben anzupassen:

Forderung

Um sicherzustellen, dass ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, sollte der Gesetzgeber die Anerkennung bereits bestehender Weiterbildungen, die zur Qualifikation für die erweiterte Heilkunde führen, gemäß den Vorgaben nach § 14 Pflegeberufgesetz einführen.

Verankerung der Vorbehaltsaufgaben im SGB V

Die praktische Implementierung der in § 4 Pflegeberufgesetz festgelegten Vorbehaltsaufgaben der Pflege ist anspruchsvoll, da tradierte Prozesse in Frage gestellt und verändert werden müssen. Eine explizite Festschreibung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und die strukturelle Verantwortungsteilung würde die Rechtsstellung der Pflegefachpersonen stärken und für eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen Pflege und Medizin sorgen.

Wir begrüßen vor diesem Hintergrund die Klarstellung in § 39 SGB V und regen die nachfolgend benannten weiteren Klarstellungen an. Um auszuschließen, dass die Tätigkeit von Pflegefachpersonen als Teil der ärztlichen Behandlung missverstanden wird, regen wir

Ergänzungen in den §§ 15, 28 SGB V an. Um der unterschiedlichen fachlichen Kompetenz aller Heilberufe im Krankenhaus Rechnung zu tragen, schlagen wir ergänzend zur Klarstellung in § 39 auch eine Änderung von § 107 SGB V vor.

Für den Bereich der ambulanten Pflege lässt der Gesetzentwurf offen, wie die erweiterten heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen leistungsrechtlich abgebildet und durch die Gesetzliche Krankenversicherung vergütet werden können. Hier bitten wir um Klarstellung und Erläuterung.

Änderungsbedarf:

Ergänzung von § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V:

²Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben unberührt.

Ergänzung von § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V:

²Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden; dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz.

Ergänzung von § 107 Absatz 1 SGB V

- (1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die
1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegefachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,“

§ 63 Absatz 3b neu; § 64d Absatz 4 SGB V: Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Wir begrüßen die Entscheidung, ab dem Inkrafttreten des Gesetzes keine neuen Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3b/c und § 64d SGB V mehr zu initiieren. Die Modellvorhaben nach § 64 d SGB V werden über einen Rahmenvertrag nach § 73d SGB V zur selbständigen Erbringung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen in die Regelversorgung überführt. Das ist sachgerecht, da sich die bisherigen Modellvorhaben als ineffektiv erwiesen haben. Trotz einer gesetzlichen Verpflichtung zur bundesweiten Umsetzung wurde bis 2023 kein einziges Projekt gestartet.

Positiv hervorzuheben ist die Ausweitung des Kreises der Pflegefachpersonen, die erweiterte heilkundliche Aufgaben übernehmen können.

Dennoch fehlen im aktuellen Gesetzesentwurf differenzierte und konsequente Umsetzungsmaßnahmen. Mit der Integration von drei heilkundlichen Modulen (Diabetes, Demenz, chronische Wunden) in die primärqualifizierenden Bachelor-Studiengänge durch das Pflegestudienumstärkungsgesetz wurde zwar ein erster, wichtiger Schritt zur Förderung der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen gemacht. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass Heilkundemodule auch an die berufliche Pflegeausbildung angedockt werden. Diese Module könnten als Wahloption nach dem Examen oder für bereits erfahrene Pflegefachpersonen angeboten werden.

Verfahrensvorschlag

Module zur Heilkundeausübung nach § 14 Pflegeberufegesetz sollten als Wahloption nach dem Examen oder für bereits erfahrene Pflegefachpersonen angeboten werden, um die Qualifikationsmöglichkeiten zu erweitern.

§ 73d SGB V: Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Der VKAD unterstützt nachdrücklich die Forderung, dass Pflegefachpersonen ihre nach PflBG geregelten Vorbehaltsaufgaben, wie die Ermittlung, Planung und Evaluation des Versorgungsbedarfs, vollumfänglich wahrnehmen können. Daher begrüßt der VKAD die geplante Regelung in § 73d SGB V, die durch einen Rahmenvertrag die selbständige Erbringung heilkundlicher Leistungen und häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen definiert. Die vorgesehene Erstellung eines Katalogs erweiterter heilkundlicher Leistungen, unter Beibehaltung bereits vereinbarter Leistungen, ist sachgerecht. Die Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 SGB XI ist begrüßenswert.

Jedoch weist der VKAD auf einen Mangel in der aktuellen Ausgestaltung hin: Die Regelung § 73d Absatz 4 SGB V macht deutlich, dass die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen weiterhin von einer individuellen Übertragung durch Ärzt:innen abhängig ist.

Darüber hinaus fordert der VKAD eine klare und sachgerechte Regelung zur Vergütung der erweiterten heilkundlichen Leistungen. Zudem sollte ein Leistungskatalog erstellt werden, in dem klar definiert ist, welche HKP-Leistungen Pflegefachpersonen eigenständig erbringen dürfen.

Änderungsbedarf:

Streichung § 73d Absatz 4 SGB V

§ 37 Absatz 8 SGB V ist wie folgt zu ändern:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 die Rahmenvorgaben für bestimmte, nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie verordnungsfähige Maßnahmen fest. Pflegefachkräfte, ~~die die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 erfüllen, können innerhalb des von einem Vertragsarzt festgelegten Verordnungsrahmens~~ selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen entscheiden. Zudem werden Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontakts sowie zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die durchgeführten Maßnahmen festgelegt.

§ 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI ist wie folgt zu ändern:

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; ~~dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll.~~

§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 SGB V ist wie folgt zu ändern:

~~Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie~~ Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.

Artikel 5: Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 4 i.V. mit § 4 a und § 14 Pflegeberufgesetz- Pflegeplanung als Vorbehaltsaufgabe und Zusatzausbildung zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten

Wir begrüßen ausdrücklich die Klarstellungen in der Überschrift und in Absatz 2 des § 4 PflBG, dass die Pflegeplanung zu den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen gehört. Dies entspricht sowohl der pflegefachlichen Praxis als auch der juristischen Auffassung. Ebenso positiv wird die Ergänzung in § 4a PflBG gesehen, die verdeutlicht, dass der Pflegeberuf als Heilberuf anerkannt ist und Pflegefachpersonen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt sind.

Auch Pflegefachpersonen, die ihre Kompetenzen vor Inkrafttreten des PflBG erworben haben, sind zur selbständigen Heilkundeausübung befähigt. Dies wird in der aktuellen Formulierung von § 4a bislang nicht ausreichend deutlich. Wir regen daher eine Klarstellung in § 4a PflBG an.

Es gibt viele Pflegefachpersonen, die bereits in spezifischen Fachweiterbildungen z. B. in den Bereichen Diabetes, Demenz, Gerontopsychologie erweiterte heilkundliche Kompetenz erworben haben. Damit diese entsprechend ihren Kompetenzen eingesetzt werden können, ist eine Klarstellung im § 4 a PflBG erforderlich. Diese Fachweiterbildungen müssen entsprechend der jeweils erlangten Kompetenz anerkannt werden und zur Befugnis der selbständigen erweiterten Heilkundeausübung führen. Gleiches gilt auch für die Anrechnung von Weiterbildungen zur erweiterten Heilkundeausübung.

Lösungsvorschlag:

§ 4a (Selbstständige Heilkundeausübung) sollte wie folgt geändert werden:

„Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Ausübung Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz **bzw. dem Alten- oder Krankenpflegegesetz** erworbenen Kompetenzen befugt. **Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildungen, erworben wurden, sind davon mitumfasst.** Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur selbständigen Heilkundeausübung.

Weiterer Änderungsbedarf: Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind grundsätzlich für eine praktische Ausbildung geeignet. Die pflegerische Versorgung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses beinhaltet alle ausbildungs-relevanten Punkte. Denn das Patienten Klientel in der Rehabilitation ist häufig multimorbide und hat gerade in den Bereichen der Neurologie und Geriatrie einen hohen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf. Daraus ergibt sich, dass die Versorgung im Rahmen

der Grund- und Behandlungspflege sehr komplex ist. Dem Fokus der generalistischen Ausbildung auf Kommunikation und Beratung der Patientinnen und Patienten wird in der Rehabilitation vollumfänglich Rechnung getragen, denn gerade hier spielen die Aktivierung und Beratung der Patienten eine entscheidende Rolle. Durch diese umfassende Versorgung sind auch Rehabilitationseinrichtungen optimal dafür geeignet, in Zukunft die generalistische Pflegeausbildung durchzuführen.

Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 Pflegeberufgesetz wird um eine Nummer 4 ergänzt:

(1) „Die Pflichteinsätze in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulant Akut- und Langzeitpflege werden in folgenden Einrichtungen durchgeführt:

(...)

4. Zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

Zukunft der Pflege in den Ordensgemeinschaften. Rahmen-Versorgungsvertrag „kleiner Versorgungsvertrag“

Die Bundesverbände des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Pflegekassen BARMER und DAK-Gesundheit hatten 2023 angekündigt, den 2004 geschlossenen Rahmen-Versorgungsvertrag „kleiner Versorgungsvertrag“ beenden zu wollen. Es schlossen sich diverse Initiativen der DOK und vieler Ordensgemeinschaften für den Erhalt sowie mehrere Dialogrunden zwischen den Kassenverbänden und der DOK an.

Nun ist bekannt geworden, dass die Kündigung im 4. Quartal 2024 zugestellt werden sollen. Damit wird die Grundlage der Zulassung der ordensinternen Pflegebereiche als stationäre Einrichtungen entfallen.

Nach Jahrzehnten bewährter Praxis ordensinterner Pflege muss nun eine andere rechtskonforme Lösung gefunden werden.

Die Kündigung wirft für viele Ordensgemeinschaften massive Probleme auf, insbesondere weil nicht auf die im Pflegemarkt vorhandenen Ressourcen zurückgegriffen werden kann: Schon jetzt reduzieren Pflegedienste Touren und Angebote, Pflegefach- und Hilfspersonal ist nicht mehr in ausreichender Anzahl vorhanden. Angesichts der besonderen, staatskirchenrechtlich geschützten Lebensform der Ordensangehörigen muss eine gesetzliche Lösung gefunden werden.

Änderungsvorschlag

Dem SGB XI § 72 sollte ein Passus hinzugefügt werden, der die Pflege für Ordensmitglieder rechts- und systemkonform regelt. Bestandteil soll dabei auch eine Übergangslösung sein,

die alle Ordensgemeinschaften dazu befähigt, ihren Mitgliedern eine entsprechende Pflege im Rahmen der geschützten Lebensform auch zukünftig zu ermöglichen, bzw. ihre pflegebedürftigen Ordensmitglieder sozialverträglich und entsprechend der geschützten Lebensform in neue oder andere Settings zu überführen. Ordensgemeinschaften sollte weiterhin die Möglichkeit eingeräumt werden, auch Personen aus anderen Orden in entsprechende Pflege-settings aufzunehmen. Näheres hierzu sollten die Orden untereinander selbstständig regeln. Zum Verfahren schlagen wir eine gemeinsame gesonderte Anhörung der DOK und des VKAD vor, um Lösungen zu einer gesetzlichen Übergangsregelung zu finden.

Kontakt:

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Tel. 030 240 83 68-10

kkvd@caritas.de

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)

Sascha Andree

Referent Personal und Ausbildung

sascha.andree@caritas.de

Andreas Wedeking

Geschäftsführer

030 284 447 852

andreas.wedeking@caritas.de

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) vereint rund 500 Träger der katholischen Langzeitpflege in Deutschland. Dahinter stehen mehr als 2.200 Einrichtungen und Dienste mit rund 100.000 Mitarbeitenden, die täglich fast 360.000 pflegebedürftige Menschen versorgen. Der bundesweit tätige Fachverband innerhalb des Deutschen Caritasverbandes vertritt die Interessen seiner Mitglieder durch politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und fachliche Expertise.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V vertritt bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Die katholischen Krankenhäuser haben 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jedes Jahr versorgen sie stationär rund 3 Millionen Patientinnen und Patienten.