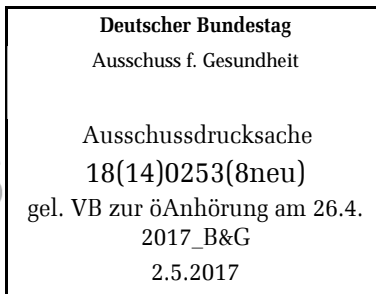


caritas



Deutscher
Caritasverband e.V.

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

www.caritas.de

Datum 19. April 2017

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vor- schriften (BT-Drs. 18/11488)

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zu den fachfremden Änderungsanträgen zum Blut- und Gewebegesetz Stellung nehmen zu können. **Zu den Änderungsanträgen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im SGB XI (ÄA 7 bis 10) nehmen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege wortgleich Stellung.**

I. Fachfremde Änderungsanträge

Änderungsantrag 7

§ 113 Absatz 1b SGB XI: Datenauswertungs- und aufbereitungsstelle

Der Änderungsantrag sieht die Einführung von Fristen für das Vergabeverfahren für eine fachlich unabhängige Institution vor, welche die entsprechend den Festlegungen nach Abs. 1a erhobenen Daten zusammenführt und auswertet. Dieses Vergabeverfahren ist bis spätestens zum 15. November 2017 einzuleiten. Die Vertragsparteien werden verpflichtet, dem BMG auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitungen der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 4 zu geben sowie bis zum 30. November 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der Aufgaben mit einzelnen Umsetzungsschritten vorzulegen.

Bewertung

Das gesetzliche Anliegen, einen möglichst reibungslosen Übergang in ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsberichterstattung und -prüfung zu gewährleisten, ist nachvollziehbar und grundsätzlich zu begrüßen. Richtig ist auch, dass hierbei vor allem vergaberechtliche Fristen in die konkrete Zeitplanung einzubeziehen sind. Hinweise, dass es hier zu Verzögerungen kommen könnte und daher eine konkrete Fristsetzung für die Vertragsparteien notwendig würde, gibt es allerdings nicht. Kritisch ist ferner der gewählte Termin der Einleitung des Vergabeverfahrens zum 15. November 2017 zu sehen, da der Auftrag nach § 113b Absatz 4 Nr. 1 und 2 noch bis zum 20. Juli 2018 läuft. Unklar ist somit, ob alle Spezifikationen, die für eine entspre-

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Vorstand Sozialpolitik

chende Ausschreibung benötigt werden, bis dahin überhaupt vorliegen. Somit besteht die virulente Gefahr, dass die hier vorgegebene Zeitschiene unrealistisch und nicht haltbar ist.

Die Vertragsparteien sehen sich auch ohne konkreten gesetzlichen Auftrag verpflichtet, dem BMG auf Verlangen jederzeit Auskunft zum Bearbeitungsstand aller Aufträge zu geben und haben dies bisher auch stets getan. Daher haben sie grundsätzlich auch keinen Einwand gegen die in Absatz 1b Satz 3 neu formulierte generelle Auskunftspflicht. Mit dieser generellen Auskunftspflicht gegenüber dem Ministerium werden aber spezielle Auskunftspflichten, wie z.B. zur Erstellung von Zeitplänen nach § 113 Absatz 1b Satz 4 neu entbehrlich.

Lösungsvorschlag

§ 113 Absatz 1b Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Das Vergabeverfahren ist **zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzuleiten, sobald die Informationen aus dem Auftrag nach § 113b Absatz 4 Nr. 1 und 2 vorliegen**, und es ist sicherzustellen, ...“

§ 113 Absatz 1b Satz 4 ist ersatzlos zu streichen.

Änderungsantrag 8

§ 113b SGB XI: Qualitätsausschuss

Der Änderungsantrag sieht vor, dass alle Entscheidungen der Vertragsparteien nach § 113 zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten im Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung nach § 113b Absätze 4 bis 8 durch den Qualitätsausschuss getroffen werden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt das Ziel, dem Qualitätsausschuss die Entscheidungen nach § 113b Absätze 4 bis 8 zu übertragen, denn die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen führen in der Praxis dazu, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und der Qualitätsausschuss in Bezug auf alle Entscheidungen nach den Absätzen 4 bis 8 inhaltsgleiche Abstimmungsprozesse durchführen müssen. Dies führt zu unnötiger Bürokratie. Darüber hinaus kann dieses Prozedere zu verschiedenen, sich widersprechenden Abstimmungsergebnissen führen, da die Mitglieder der beiden Gremien zwar weitgehend, aber nicht vollständig identisch sind. Mit einer gesetzlichen Klarstellung soll vermieden werden, dass es, wie bisher, zu solchen Doppelstrukturen kommt. Dieses Ziel wird jedoch durch die vorgeschlagene Neuregelung noch nicht erreicht. Der Qualitätsausschuss wird zwar zum alleinigen Entscheidungsfindungsorgan in Bezug auf die Aufgaben nach Absatz 4, die Vereinbarungen, Entscheidungen und Beschlüsse selbst müssen jedoch weiterhin die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI treffen. Damit kann es auch zukünftig ggf. zu gegenläufigen Beschlusslagen kommen, die zu Blockaden im Entscheidungsprozess und damit zu Verzögerungen im Zeitplan führen können. Der Deutsche Caritasverband schlägt als Lösung vor, dass die Vertragsparteien dem Qualitätsausschuss die Aufgabe übertragen, die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, nach den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a und 1c sowie § 115a Absatz 1 und 2 zu treffen. Den Vertragsparteien nach § 113 oblägen dann, wie bisher, die Aufgaben, die Geschäftsordnung, die das Nähere zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle regelt, zu überwachen.

Lösungsvorschlag

§ 113b SGB XI wie folgt anzupassen:

§ 113b Qualitätsausschuss

- (1) Die ~~von den Vertragsparteien nach § 113 errichten einen im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als~~ Qualitätsausschuss. ~~nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113~~ **Der Qualitätsausschuss trifft** treffen die Vereinbarungen und ~~erlässtassen~~ die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a und 1c sowie § 115a Absatz 1 und 2. ~~durch diesen Qualitätsausschuss.~~
- (2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.
- (3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen ~~von mindestens einer Vertragspartei nach § 113,~~ eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unpartei-

ischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse ~~der Vertragsparteien nach § 113~~ fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, von den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a.

- (4) ~~Die Vertragsparteien nach § 113~~ **Der Qualitätsausschuss** beauftragten zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere
1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
 - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
 - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
 2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;
 3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
 4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
 5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und ~~den Vertragsparteien nach § 113~~ **Qualitätsausschuss** Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
 6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können ~~den~~

~~Vertragsparteien nach § 113~~ dem **Qualitätsausschuss** weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

- (5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.
- (6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7.
- (7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere
 1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
 2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
 3. zum Vorsitz,
 4. zu den Beschlussverfahren,
 5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
 6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
 7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
 8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
 9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
 10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Feb-

ruar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

- (8) ~~Die Vertragsparteien nach § 113 sind~~**Der Qualitätsausschuss** ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 zu erteilenden Aufträge sowie über erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Fristen zu geben. ~~Die Vertragsparteien~~**Der Qualitätsausschuss** legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Januar 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach Absatz 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ~~Die Vertragsparteien nach § 113 sind~~**Der Qualitätsausschuss** ist verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.
- (9) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.

Im Weiteren ist noch zu prüfen, inwieweit auch die Regelungen in den §§ 112, 113, 113a, 114, 114a, 115 und ggf. auch 118 analog anzupassen sind.

Änderungsantrag 9

§ 113c SGB XI: Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Bei der Umsetzung des Auftrags zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens ist u. a. der durchschnittliche Versorgungsaufwand für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie zur Hilfen bei der Haushaltsführung zu erheben. Der Änderungsvorschlag sieht vor, im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels, das u. a. die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI umfasst sowie von § 36 abgewichen werden kann, sofern

für die Entwicklung und Erprobung dieses Verfahrens eine modellhafte Vorgehensweise erforderlich ist.

Bewertung

Die Erweiterung in § 113c Absatz 1 Satz 6 folgt exakt dem Wortlaut von § 8 Absatz 3 Satz 3 SGB XI, der die Finanzierung der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen, regelt und in diesem Zusammenhang ausdrücklich im Einzelfall Abweichungen von bestehenden Regelungen zulässt.

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als sachgerecht, dass es zur Entwicklung und Erprobung des neuen Personalbemessungssystems Ausnahmeregelungen geben muss. Die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungssystems muss sich am Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fachlichen Neukonzeptionierung der Leistungen orientieren. Dieses neue fachliche Verständnis spiegelt sich noch nicht in allen Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI wider. Zudem beinhalten die Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 die Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs und der Pflegezeiten oder regeln die Leistungskomplexe als Anlage zu den Rahmenverträgen. Allein diese Vorschrift würde somit die Möglichkeit zur Entwicklung und Erprobung von Personalbemessungsverfahren behindern. Des Weiteren sind die Landesrahmenverträge auch in Bezug auf die Konkretisierung der Inhalte der Pflegeleistungen heterogen, was einer einheitlichen Entwicklung und Erprobung der Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entgegensteht.

Warum von § 36 bei der Entwicklung und Erprobung der Personalbemessung abgewichen werden können soll, erschließt sich dem Deutschen Caritasverband nicht, regelt doch § 36 die Leistungen des SGB XI auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Leistungsinhalte des SGB XI, die in § 36 definiert sind, müssen die Grundlage für die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstruments sein. Das zu erprobende Instrument der Personalbemessung muss so konzipiert sein, dass seine Ergebnisse nach Abschluss der Modellphase für den Abschluss von Vereinbarungen und Verträgen nach dem SGB XI unmittelbar nutzbar sind. Der Hinweis auf Ausnahmeregelungen von § 36 ist daher ersatzlos zu streichen.

Besonders wichtig ist die Möglichkeit, im ambulanten Bereich andere Leistungskomplexe/-formen erproben zu können und Möglichkeiten zur Zeitvergütung oder von Pflegebudgets zur Stärkung der Nutzerautonomie zu ermöglichen. Es bedarf daher dringend einer Erweiterung der in § 113c Absatz 1 Satz 5 vorgesehenen Ausnahmeregelung um § 89. Nicht erforderlich hingegen ist eine Ausnahmeregelung von § 84 Absatz 2 Satz 2, betreffend besonders pauschalisierte Vergütungsformen im stationären Bereich, denn dort sieht die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments weder die Erprobung neuer Leistungspakete noch neuer Vergütungsformen vor. Die Erprobung kann im gegebenen Rahmen der stationären Pflege ohne weitere Ausnahmen erfolgen. Daher bedarf es der Regelung einer Ausnahme von § 84 Absatz 2 Satz 2 zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze nicht.

Lösungsvorschlag

§ 113c Absatz 1 Satz 6 neu wird wie folgt formuliert:

„Soweit bei der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens eine modellhafte Vorgehensweise erforderlich ist, kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels und von § 89 abgewichen werden.“

Änderungsantrag 10

§ 115 SGB XI: Vergütungskürzung bei Personalunterdeckung

Nach § 115 Absatz 3 können Pflegeeinrichtungen die Vergütungen gekürzt werden, wenn sie ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung, nicht einhalten. Grundsätzlich gilt, dass eine Vergütung danach nur gekürzt werden kann, wenn Qualitätsmängel nachgewiesen sind (Bachem/Klie in LPK-SGB XI, § 113, Rn. 38).

Absatz 3 wird nun um einen Absatz 3a ergänzt, dem zufolge Vergütungskürzungen unabhängig vom Vorliegen von Qualitätsmängeln erfolgen können, wenn der Einrichtungsträger planmäßig und zielgerichtet gegen seine Pflichten zur Einhaltung der vereinbarten Personalausstattung verstoßen hat (Absatz 3a Satz 1 Nr. 1) oder wenn die Personaldeckenunterschreitung nicht nur vorübergehend erfolgt ist (Absatz 3a Satz 1 Nr. 2).

Bewertung

In beiden Fällen nimmt der Gesetzgeber auf das BSG-Urteil vom 12. September 2012 (Az B 3 P 5/11 R) Bezug. Nach dem BSG-Urteil sind Vergütungskürzungen auch ohne Vorliegen von Qualitätsmängeln nach § 115 Abs. 3 ausnahmsweise erlaubt, wenn die Pflegeeinrichtung die vereinbarte Personalmenge über mehrere Monate – also nicht nur vorübergehend – erheblich (BSG legt dafür eine Personalunterdeckung bei mindestens 8 % fest) unterschritten hat oder auch, wenn sie die vereinbarte Personalmenge planmäßig und zielgerichtet, d.h., vorsätzlich unterschritten hat.

Es ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands absolut sachgerecht, vorsätzliches Handeln, das eine Schädigung von Personen – in diesem Fall pflegebedürftigen Menschen - bewusst ins Kalkül zieht, scharf zu sanktionieren. Ein solches vorsätzliches Handeln stellt eine planmäßige Unterschreitung der einzuhaltenden Personalmenge dar und nimmt in Kauf, dass Heimbewohner die Leistungen nicht in vereinbarter Qualität erhalten. Es ist auch richtig, dieses Verhalten unabhängig vom Vorliegen von Qualitätsmängeln zu sanktionieren, da in diesem Fall der Vorsatz ausschlaggebend ist.

Das BSG hält diese Fallkonstellation allerdings von § 115 Abs. 1 abgedeckt (Rn. 39). Ein planmäßiger, zielgerichteter und vorsätzlicher Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Pflichten – in diesem Fall die Pflicht zur Vorhaltung des nach § 84 Absatz 5 Nr. 2 vereinbarten Personals – „steht nachgewiesenen Qualitätsmängeln gleich“ und kann daher bereits nach der gegenwärtigen Rechtslage nach § 115 Absatz 3 zu Vergütungskürzungen führen. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass in schweren Fällen auch die Kündigung des Versorgungsvertrags möglich ist. Letzteres ist in § 74 Absatz 1 bzw. bei gröblichen Verstößen in § 74 Absatz 2 geregelt. Auf genau diese Vorschrift als Sanktionsmechanismus nimmt entsprechend auch Satz 3 des geplanten Absatzes 3a Bezug. Es bedarf also keiner weiteren Regelung eines neuen Absatzes 3a Nr. 1.

Auch die Fallkonstellation des geplanten Absatzes 3a Nr. 2 - eine nicht nur vorübergehende Personalunterschreitung - ist bereits durch § 115 Absatz 3 SGB XI gedeckt, wie das BSG in seinem Urteil vom 12. September 2012 festgestellt hat: „Die grundsätzlich notwendige Feststellung von Qualitätsmängeln ist aber ausnahmsweise entbehrlich, wenn ein Personalabgleich zu dem Ergebnis kommt, dass in dem Pflegeheim über mehrere Monate hinweg so wenig Personal vorhanden gewesen ist, dass Qualitätsmängel praktisch unvermeidlich waren. In solchen

Fällen ist das Auftreten von ernsthaften, ahndungswürdigen Qualitätsmängeln unwiderlegbar zu vermuten, sodass auf eine zusätzliche Qualitätsprüfung verzichtet werden kann. Als Anhaltspunkt für eine derartige unwiderlegbare Vermutung ist die Unterschreitung des vereinbarten Personalsolls von monatlich mindestens 8 % anzunehmen.“

Demnach kann bereits nach geltender Rechtslage in Ausnahmefällen auf die Prüfung von Qualitätsmängeln verzichtet werden. Für eine Nachbesserung durch den Gesetzgeber besteht kein Bedarf.

An dieser Stelle wird die geplante Neuregelung zudem in sich inkonsistent, denn die Rechtsfolgen des Absatzes 3 und des Absatzes 3a unterscheiden sich. Im Unterschied zu Absatz 3 soll bei Vergütungskürzungen nach Absatz 3a ein beschleunigtes Verfahren zur Erzielung des Einvernehmens über den Kürzungsbetrag herbeigeführt werden, über das die Schiedsstelle ggf. binnen von drei Monaten zu entscheiden hat. Eine eventuelle Klage der Einrichtung gegen die Entscheidung soll nach der vorgeschlagenen Regelung im Unterschied zu den Rechtsfolgen nach Absatz 3 keine aufschiebende Wirkung haben. Die Rechtsfolgen des Absatzes 3 sehen bei nicht nur vorübergehender Unterschreitung der Personaldecke hingegen ein nicht durch Fristen beschleunigtes Verfahren zur Vergütungskürzung vor. Diesen Widerspruch muss der Gesetzgeber auflösen.

Sollte der Gesetzgeber beabsichtigen, die Fallkonstellation des planmäßigen, zielgerichteten und somit vorsätzlichen Verstoßes (Absatz 3a Nr. 1) mit der Rechtsfolge eines beschleunigten Verfahrens zu verbinden, so findet dies die Unterstützung des Deutschen Caritasverbands. Bei der Fallkonstellation der nicht nur vorübergehenden erheblichen Personalunterdeckung (ohne Nachweis eines Qualitätsmangels; Absatz 3a Nr. 2) sehen wir hierfür jedoch keine Rechtfertigung, denn es ist nicht nachvollziehbar, warum dies schärfer bzw. schneller sanktioniert werden soll als ein nachgewiesener Mangel in der Versorgungsqualität.

Aber auch bei einem beschleunigten Verfahren der Vergütungskürzung ist es nicht angemessen, eine einheitliche Rechtsanwendung durch den Erlass von Richtlinien des Spitzenverbands der Pflegekassen, wie in Absatz 3b vorgesehen, herbeizuführen. Über die Höhe der Vergütungskürzung sollen auch beim beschleunigten Verfahren weiterhin die Selbstverwaltungspartner entsprechend der Situation des Einzelfalls befinden. An dieser Stelle zeigt sich eine weitere Inkonsistenz der geplanten Regelung: Absatz 3b kollidiert mit Satz 2 des Absatzes 3a, wonach über den Kürzungsbetrag Einvernehmen herzustellen ist. Wir schlagen vor, auch bei einem beschleunigten Verfahren den Regelungen des § 115 Absatz 3 zu folgen, wonach die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 das Einvernehmen über die Höhe des Kürzungsbetrags feststellen. Eine Frist von drei Monaten für die Herbeiführung einer ggf. notwendigen Schiedsstellenentscheidung wird als sinnvoll angesehen. Im Ergebnis sehen wir keinen Bedarf für eine Richtlinie über das Verfahren zur Vergütungskürzung, die durch den GKV erlassen wird.

Des Weiteren weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass es eine gesetzliche Grundlage für die Kalkulation der Jahresnettoarbeitszeit geben sollte. Die Gesetzesbegründung führt zu Recht aus, dass in der Pflegesatzvereinbarung regelmäßig vorkommende Ausfallzeiten des Personals wie z.B. Urlaub, Fort- und Weiterbildung oder Krankheit, Kur- und Heilverfahren, Mutterschutz, Pflegezeit und sonstige Dienstbefreiungen zwingend einbezogen werden müssen. In der Praxis werden diese Parameter jedoch nur unzureichend in die Pflegesatzverhandlungen einbezogen, nicht zuletzt auch mangels einer verbindlichen Grundlage.

Lösungsvorschlag

Absatz 3a ist wie folgt neu zu formulieren:

„Bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Einrichtungsträgers gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung seiner vereinbarten personellen Ausstattung nach § 84 Absatz 5 ist im Zuge eines beschleunigten Verfahrens und unter Abweichung von Absatz 3 das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag zwischen den –Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 unverzüglich herbeizuführen. § 84 Absatz 6 bleibt unberührt. Die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden; eine Klage gegen die Entscheidung hat abweichend von Absatz 3 Satz 4 keine aufschiebende Wirkung.“

Absatz 3b wird gestrichen.

II. Weitere Änderungsbedarfe aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes

Da das Blut- und Gewebegesetz als Omnibus-Gesetz angelegt ist, möchte der Deutsche Caritasverband in diesem Rahmen auf die zwei nachfolgenden Problemstellungen hinweisen, zu den er gesetzlichen Änderungsbedarf sieht.

§ 132a SGB V: Tarifierkennung in der Häuslichen Krankenpflege

Problembeschreibung

Bereits mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde eine Neuregelung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 eingeführt. Ausweislich der Gesetzesbegründung war damals intendiert, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßt die Caritas. Seit Jahren klafft eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Notwendigkeit der Anbindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnsumme. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt der Deutsche Caritasverband grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Absatz 1 SGB V). So wurde beispielsweise die Orientierung an der Grundlohnsumme für den Bereich der Heilmittel im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz jüngst ausgesetzt.

Die Leistungsvergütung muss grundsätzlich angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde bereits im 1. Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Caritasverband die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verbundene Neuregelung begrüßt, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht ta-

rifgebundener Leistungserbringer nachzuweisen sind. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar, sondern macht nur Sinn, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt ist, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext *expressis verbis* zu verankern und § 132a Absatz 4 neu ist entsprechend zu ergänzen.

In § 132a Absatz 2 alt bzw. Absatz 4 SGB V neu ist unseres Erachtens des Weiteren dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in Satz 5 des § 132a Absatz 2 alt und auch zusätzlich in § 132a Absatz 4 Satz 6 neu. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Das Wort „preisgünstig“ ist daher ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

Lösungsvorschlag

Absatz 4 neu wird wie folgt gefasst.

„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich ~~und preisgünstig~~ erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten.....“**

Kostenübernahme für notwendige Sehhilfen für SGB II- und SGB XII-Empfänger/innen

Problemstellung

Für ALG II- und Sozialhilfe-Empfänger/innen nach dem SGB XII stellt sich das Problem der Aufbringung von Kosten für eine Brille oder Kontaktlinsen. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) besteht nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein Anspruch auf Sehhilfen. Nur wenn die Betroffenen sehr schwere Sehbeeinträchtigungen aufweisen oder einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus, sieht § 33 SGB V vor, dass Sehhilfen auch für über 18jährige zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Eine Härtefallregelung existiert nicht. Das Jobcenter bzw. Sozialamt übernimmt auch keine Zuschüsse zu den Kosten der Brille. Dies bedeutet, dass die Brille aus dem

Regelbedarf zu zahlen ist. Im Regelbedarf der Regelbedarfsstufe 1 ist in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013 ein Anteil für therapeutische Geräte und Mittel in Höhe von monatlich 2,70 Euro enthalten.

Die Anschaffungskosten einer Brille oder anderen Sehhilfe liegen jedoch deutlich höher. Aus der GKV werden für die medizinisch notwendigen Leistungen Festbeträge erstattet. Diese Festbeträge variieren je nach Sehschwäche oder Hornhautverkrümmungen sowie nach dem Erfordernis von Ein-, Zwei- oder Dreistärkengläsern zwischen 10 Euro und 113,76 (Betrag pro Auge, geltende Fassung vom 1.3.2008, seither unverändert). In der Gesetzesbegründung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 ist nachzulesen, dass der Sachleistungsanteil für die medizinisch erforderlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach geltendem Recht im Durchschnitt 50 Euro betragen hat. Die Gesetzesbegründung zum GMG aus 2004 wies zudem aus, dass die Kosten für Entspiegelung und ggf. Tönung der Sehhilfen 70 bis 80 Prozent des Gesamtpreises einer Brille ausmachen, deren Wert damals mit ca. 150 Euro angegeben wurde. Der Festbetrag deckt somit 20 bis 30 Prozent der realen Kosten einer Brille ab. Eine entspiegelte Brille ist im Alltag und bei der Weiterqualifizierung für die Arbeitsaufnahme meist erforderlich. Die Kosten der Entspiegelung sind in jedem Fall aus dem Regelsatz zu tragen, in den monatlich 2,70 Euro für therapeutische Geräte und Mittel einkalkuliert sind.

Da sich viele SGB II-Empfänger somit keine Brillen leisten können, haben die Vinzenzkonferenzen im Erzbistum Paderborn im Juli 2012 das Projekt „Den Durchblick erhalten“ gestartet. Aktuell haben sie 550 Empfänger/innen von SGB II und SGB XII-Leistungen geholfen, eine Brille zu erstehen. Die dafür erforderlichen Gelder wurden aus Eigenmitteln der Vinzenzkonferenzen, Mitteln der Vinzentinischen Bundesstiftung, dem Armutsfonds des Erzbistums Paderborn und aus der Lotterie Spiel 77 aufgebracht. Das Projekt wird wegen des kontinuierlich hohen Bedarfs bis heute fortgeführt.

Lösungsvorschlag

Die Leistungsempfänger nach dem SGB II und dem SGB XII erhalten künftig ab dem vollendeten 18. Lebensjahr wieder einen Zuschuss für Sehhilfen nach den Festbeträgen des SGB V.

§ 33 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. **Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1, sofern sie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch haben oder wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden.**

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie

1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder

2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen. **In diesen Fällen besteht der Anspruch auf Sehhilfen ohne die Einschränkung nach Satz 2.** Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.“

Kostenschätzung

Nach den Daten der Allensbach-Studie des Kuratoriums Gutes Sehen e.V. „Sehbewusstsein der Deutschen“ (2015) tragen in Deutschland 63,5 Prozent der Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren eine Brille. Von der neuen Regelung des HHVG zur Kostenübernahme für Brillen ab 6 Dioptrien bei Myopie bzw. 4 Dioptrien bei Astigmatismus profitieren nach Schätzungen des Zentralverbands der Augenoptiker 3 Prozent aller Sehgeschädigten. Überträgt man diese Daten auf die Leistungsempfänger nach dem SGB II und SGB XII benötigen 3.470.620 Personen aus diesen Leistungskreisen eine Sehhilfe. Kalkuliert man für die Festbeträge einen Durchschnittswert von ca. 50 Euro (auf der Grundlage der Zahlen aus der Gesetzesbegründung zum GMG) und trifft man die Annahme, dass eine neue Brille ca. alle drei Jahre erforderlich wird, ergeben sich geschätzte **jährliche Kosten von knapp 58 Mio. Euro** (57.843.669 Euro) pro Jahr.

Berlin/ Freiburg, den 19. April 2017

Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46; elisabeth.fix@caritas.de

Karin Bumann, Referatsleiterin Alter, Pflege, Behinderung, Deutscher Caritasverband Freiburg, Tel. 0761 200-366; karin.bumann@caritas.de

Nora Roßner, Referentin Altenhilfe, Deutscher Caritasverband Freiburg, Tel. 0761-200-268, nora.rossner@caritas.de