



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Ver- besserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungs- gesetz – GPVG) – BT Drs. 19/23483

Eva Welskop-Deffaa
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

Datum 10. November 2020

Zusammenfassende Bewertung

Das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) stellt aus Sicht der Caritas wichtige Weichen für eine bessere pflegerische und medizinische Versorgung. Der Deutsche Caritasverband kommentiert die unterschiedlichen Regelungsbereiche gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD), Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG Müttergenesung). Das Gesetz schafft auch Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sondertatbestände. Der Caritasverband begrüßt, dass mit dem Gesetz beim Pflegeunterstützungsgeld die Folgen der Pandemie berücksichtigt werden, er dringt allerdings mit Nachdruck darauf, auch in anderen Bereichen – insbesondere bei den Schutzschirmen für die Rehaeinrichtungen und die Pflegeeinrichtungen – die entsprechenden notwendigen Regelungen zu schaffen. Insbesondere für den Ausgleich der mit der Umsetzung der Nationalen Teststrategie verbundenen Personalmehrkosten muss eine bundeseinheitliche Lösung gefunden werden. Der Schutz besonders vulnerabler Personengruppen ist eine originäre Aufgabe im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zusammenfassend bewerten wir die zentralen Punkte des Gesetzentwurfs, wie folgt:

1. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein erster Schritt zur Überbrückung bis zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfül-

len muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss. Der Deutsche Caritasverband setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistent_innenausbildung auf das Niveau QN 3 ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PfIBG Rahmenvorgaben schaffen. Nachbesserungsbedarf sehen wir bei den Fristen für die Weiterqualifizierung der Pflegekräfte nach QN 1 und QN 2. Deren berufs begleitende Qualifizierung sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein.. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr , dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

2. Die Caritas begrüßt ausdrücklich die weitere **Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI** bis zum 31.3.2020, der DCV hat dies in den letzten Wochen mit Nachdruck gefordert. Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregulungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne oder Kohortierung nicht belegt werden können. Neben den Mindereinnahmen kommt es auch weiterhin zu Mehraufwendungen. Diese entstehen z.B. für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie für den aufgrund des Abstandsgebots und kleinerer Gruppen- oder Kohortenbildung erforderlichen zusätzlichen Personaleinsatz. Es hat sich herausgestellt, dass **Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen** wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst wurden, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.
3. Der DCV und seine Fachverbände für Rehabilitation (kkvd, CaSu, CKR und die KAG Müttergenesung) begrüßen nachdrücklich, dass im Rahmen eines Änderungsantrags zum GPVG nun für die **Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen eine Vereinbarungslösung** rückwirkend zum 1.10.2020 geschaffen wird. Diese Regelung kann aufgrund ihres paradigmatisch zielgenauen Charakters grundsätzlich als Vorbild für zukünftige Pandemieschutzregelungen angesehen werden.
4. Die Versorgung in den Rehabilitations- und Vorsorge-Einrichtungen kann derzeit nur im eingeschränkten pandemiebedingten Regelbetrieb stattfinden, sodass es in vielen Einrichtungen aufgrund geringerer Auslastungsquoten zu erheblichen Mindereinnahmen kommt. Das GPVG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die **Gefahr einer Insolvenz vor allem der kleineren Einrichtungen**. Um dies zu vermeiden, ist es **dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum**

31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern.

5. Im SGB V-Bereich begrüßt der Deutsche Caritasverband mit Nachdruck die innovativen Neuregelungen zu den **Selektivverträgen nach § 140a**. Besonders positiv zu bewerten ist die **Einbeziehung anderer Gesundheitsfachberufe** als der ärztlichen Leistungserbringer sowie die Ermöglichung **regionaler Innovationen**. Ein großes Potenzial zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen insbesondere bei vulnerablen Patient_innengruppen bietet zudem die Möglichkeit, **Verträge mit anderen Sozialleistungsträgern** zu schließen, wie z.B. mit den Leistungsträgern des SGB VIII oder SGB XII. Für die vorgesehene Zulassung von nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer sollte eine klare Ausnahmeregelung für die in Frage kommenden Fallkonstellationen formuliert werden.
6. Der **Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und –fachabteilungen** wird nachdrücklich begrüßt, um den drohenden und schon eingetretenen Versorgungsengpässen in der pädiatrischen stationären Versorgung entgegenzuwirken. DCV und kkvd setzen sich dafür ein, auch das **Instrument der Besonderen Einrichtungen** für die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nutzbar zu machen.
7. Das **Hebammenförderprogramm** ist ebenfalls ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung mit Geburtshilfe. Allerdings sollte beim Förderprogramm ein Schlüssel **von 1 VZ auf 500 Geburten** statt des hier vorgesehenen Schlüssels 0,5 VZ auf 500 Geburten angestrebt werden. Zudem sollte die **starre Begrenzung auf 500-Schritte** durch Einführung von Zwischenschritten modifiziert werden, und es sollten nicht ausgeschöpfte Fördermittel auch über die Förderperiode von 2021 bis 2023 hinaus abgerufen werden können. Dringend gestrichen werden muss die Regelung, wonach **Pflegefachkräfte zur Entlastung von Hebammen** im Kreißaal eingesetzt werden können. Dies ist vor dem Hintergrund des gravierenden Fachkräftemangels in der Pflege nicht verantwortbar.
8. Wie schon in mehreren Stellungnahmen dargelegt, setzen wir uns zur Verbesserung der Versorgung von Patient_innen in meist sehr vulnerablen und prekären Lebenssituationen mit **Familienpflege/Haushaltshilfen** dafür ein, dass diese Dienste wirtschaftlich betrieben werden können. Dazu ist es notwendig, wie in allen anderen Bereichen des SGB V und SGB XI üblich, auch in § 132 SGB V die Anerkennung der Tarifbindung in den Vergütungsverhandlungen gesetzlich zu verankern.
9. **Nachbesserungsbedarfe sehen wir auch im Bereich der Eingliederungshilfe:** Zum einen sind durch die Änderungen im TSVG **Verträge**, die Einrichtungen zur Betreuung und Versorgung von Kindern mit Heilmitteln auf Landesebene abgeschlossen haben und auf deren Grundlage sie Heilmittelerbringer beschäftigen, mit Verweis auf die neue Rechtslage des § 125 SGB V gekündigt worden. Diese Lücke muss rechtssicher geschlossen werden. Des Weiteren sollte Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Möglichkeit gegeben werden, analog zur Erbringung von Kurzzeitpflege im Einzelfall auch **Tages- und Nachtpflege** erbringen zu können gegeben werden. Dies könnte Familien mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwerstmehrfacher Behinde-

rung, die in vielerlei Hinsicht unter großen Belastungen leiden, wirksam entlasten. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass für die **pandemiebedingten Mehraufwendungen** in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie für die Durchführung der Antigen-Schnelltests dringend eine Finanzierungsgrundlage zu schaffen ist.

10. Die positiven und bewährten pandemiebedingten Regelungen zur **Flexibilisierung von Pflegezeit und Familienpflegezeit** sollten während der Pandemie fortgelten und über die Pandemie hinaus verstetigt werden, solange der Gesetzgeber das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz noch nicht zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt hat, was wir nachdrücklich empfehlen.
11. Wir begrüßen, dass mit diesem Gesetz die bestehende pandemiebedingte **Finanzierungslücke in der GKV** geschlossen werden soll. Unterstützt wird auch das Ziel der weiteren Stabilisierung des Zusatzbeitrags. Für ungeeignet halten wir jedoch das hierfür gewählte Mittel einer weiteren Abschmelzung der Finanzreserven der Krankenkassen.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen

Der Verzicht auf das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen für Heilmittelverordnungen erleichtert den Versicherten den Zugang zu Leistungen und wird daher begrüßt.

§ 125 Heilmittelverträge

Aus verfahrenstechnischen Gründen wird das Inkrafttreten der neuen bundesweiten Heilmittelverträge auf der Grundlage des § 125 SGB V auf den 1.1.2021 verschoben.

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie weisen in diesem Kontext auf einen wichtigen Ergänzungsbedarf hin. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ist die Vertragskompetenz im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert worden. Bestehende Verträge auf der Landesebene, die zur Heilmittelversorgung von Kindern mit Behinderung, die in Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch Anstellung von Heilmittelerbringern im multiprofessionellen Team geschlossen wurden, haben mit Verweis auf die neue Rechtslage ihre Gültigkeit verloren. Daher wurden sie von den Krankenkassen, wie z.B. in NRW und Rheinland-Pfalz, gekündigt. Wir bitten den Gesetzgeber, diese sicher durch die Neuregelung nicht-intendierte Wirkung aufzuheben und wieder eine rechtssichere Grundlage für das Fortgelten der bestehenden und in der Praxis sehr bewährten Verträge zu schaffen. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme zum GKV-FKG bereits auf diesen Punkt hingewiesen und gefordert, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die ergänzend zu den Bundesverträgen sowohl für bewährte regionale Verträge als auch für die Fortgeltung der Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen eine sichere Rechtsgrundlage geschaffen werden sollte.

Änderungsbedarf:

In § 125 Absatz 7 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können auch weitere Verträge schließen, die ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 zur Sicherstellung der Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und für Bedarfe von Menschen mit Behinderung erforderlich sind.“

§ 140a Besondere Versorgung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz des Gesetzes, Selektivverträge als Erprobung innovativer Ansätze für die Überführung in die Regelversorgung auszubauen, die intersektorale und interprofessionelle Versorgung zu stärken und Versorgungsformen zu flexibilisieren.

Absatz 1: Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe in die Selektivverträge

Sehr positiv bewertet wird, dass neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern gemäß § 140a Absatz 1 Satz 2 künftig auch nicht-ärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften besondere Versorgungsformen in Abweichung der für sie geltenden Bestimmungen in der Regelversorgung der Krankenkassen ermöglicht werden. Diese Regelung befördert die Erprobung neuer interprofessioneller Versorgungsformen zur Behebung von Versorgungsdefiziten und Lücken in den Versorgungsketten der Patient-innen und kann so einen wertvollen Beitrag zur dringend gebotenen neuen Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen leisten.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt auch nachdrücklich, dass die Selektivverträge regionale Versorgungsinnovationen abbilden können. Dies hatte der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Fairen-Kassenwettbewerb-Gesetz gefordert, und die Caritas hatte diese Forderung mit Nachdruck unterstützt.

Absatz 2: Fiktionsregelung Innovationsfondsprojekte

Selektivverträge sollten vornehmlich die Funktion erfüllen, Versorgungsinnovationen zu erproben mit der Stoßrichtung, sinnvolle Ansätze in die Regelversorgung und somit in das Kollektivvertragssystem zu überführen. Vor diesem Hintergrund wird die Fiktionsregelung begrüßt, dass neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die vom Innovationsausschuss gefördert werden und in der Regel über § 140a-Verträge umgesetzt werden, grundsätzlich das Potenzial haben, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Nicht befürwortet wird die Streichung der Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Selektivverträge, gerade vor dem Hintergrund der Übertragung in die Regelversorgung.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass angesichts der angepassten Laufzeit des Innovationsfonds auf das Jahr 2024 auch die wissenschaftliche Evaluation der Förderungen verlängert werden sollte.

Änderungsbedarf

§ 92a Absatz 5 Satz 3 soll ergänzt werden:

„Einen ~~abschließenden~~ **ersten** Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das BMG dem Deutschen Bundestag zum 31.3.2022 vor, **einen abschließenden Bericht zum 31.3.2026.**

Absatz 3 Nummer 3a: Selektivverträge mit anderen Sozialleistungsträgern

Besonders positiv hervorzuheben ist das Ziel, künftig auch Sozialleistungsträger außerhalb des SGB V in Selektivverträge einbinden zu können (§ 140a Absatz 3 neue Nummer 3a SGB V). Dadurch können Versorgungsbrüche, die unserem fragmentierten Sozialsystem inhärent sind, besser vermieden werden. Große Potenziale sozialträgerübergreifender Verträge sehen wir im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vulnerabler und sozial benachteiligter Patient-innengruppen wie Kindern und Jugendlichen, die z.B. SGB VIII-Leistungen beziehen, Menschen mit Migrationshintergrund, Geflüchteten oder Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus, arbeitslosen Menschen im SGB II-Leistungsbezug sowie Sozialhilfeempfänger-innen im Bereich des SGB XII. Deren gesundheitliche Ressourcen und soziale Fähigkeiten gilt es zu stärken, was nur durch einen sozialleistungsübergreifenden Ansatz gelingen kann. Insoweit stellt die Neuregelung des Referentenentwurfs einen Meilenstein hin zu einem in unserem Sozialsystem generell notwendigen Paradigmenwechsel dar.

Absatz 3 Nummer 3b: Beteiligung der PKV

Kritisch bewerten wir die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an Selektivverträgen, die von der GKV entwickelt werden und denen die PKV beitreten kann, da die PKV an den Gestehungskosten der innovativen Verträge nicht beteiligt ist, sondern nur von den Versorgungsinnovationen profitieren würde.

Absatz 3b: Verträge mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern

Verträge nach dem SGB V sollten grundsätzlich nicht mit nicht-zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, da die Qualitätssicherung in diesem Fall nicht gewährleistet ist. Die Gesetzesbegründung zielt darauf ab, dass dies Fälle von nicht erfolgreichen Behandlungsversuchen zugelassener Leistungserbringer, z.B. im Falle seltener Erkrankungen, umfassen könne. Gerade bei seltenen Erkrankungen, die eine hochspezialisierte Diagnostik erfordern, sollte die Behandlung nur durch zugelassene Leistungserbringer erfolgen.

Änderungsbedarf

Streichung von Absatz 3b Satz 3.

Steuerzuschuss und Anpassung des Zusatzbeitrags zur Deckung der durch COVID 19 verursachten Mindereinnahmen in der GKV (§§ 221a, 242, 260, 271 und 272)

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Sonderregelung eines zusätzlichen Bundeszuschusses aus Steuermitteln zur Deckung der durch Mindereinnahmen entstandenen Liquiditätslücke in der GKV. Insgesamt besteht durch die Pandemie bedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben für die Jahre 2020 und 2021 voraussichtlich ein Defizit von 16,6 Mrd. Euro in der GKV. Dies soll durch einen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds in Höhe von 5 Mrd. durch Abschmelzen der Reserven der Krankenkassen und Überführung der Mittel in den Gesundheitsfonds in Höhe von 8 Mrd. und die Begrenzung der Anhebung des durchschnittlichen

Zusatzbeitrags auf 0,2 Prozent gedeckt werden. Zur Verbesserung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds hat der Bund bereits im Juli im Rahmen des Nachtragshaushalts weitere 3,5 Mrd. an den Gesundheitsfonds überwiesen.

Der Deutsche Caritasverband teilt das Ziel des Gesetzgebers, den durchschnittlichen Zusatzbetrag bzw. seine weitere Anhebung zu begrenzen. Das hierfür gewählte Mittel, die weitere Abschmelzung der Finanzreserven, lehnt er jedoch, wie bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ab.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Hebammenförderprogramm

Wir begrüßen das Anliegen, die stationäre Hebammenversorgung zu verbessern. Gefördert werden sollen jeweils 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten. Damit das Förderprogramm bedarfsgerecht auch in den Kliniken wirken kann, die zwischen 500 und 1000 Geburten versorgen, regen wir an, dass eine Förderung in der im Entwurf vorgesehenen Relation auch in Zwischenschritten möglich ist: 0,6 Vollzeitstellen pro 600 Geburten, 0,7 pro 700 usw.

Als einmaliger Bezugspunkt für die Förderfähigkeit soll die durchschnittliche Anzahl der Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 gelten. Der gewählte Zeitraum war durch die Schließung stationärer Geburtshilfen geprägt, die zu Leistungsverschiebungen hin zu den übrig gebliebenen Krankenhäusern führten. Daher kann dieser Wert in Einzelfällen nicht mehr sachgerecht sein, so dass hier eine Ausnahme möglich sein muss.

Da unklar ist, ob dem Markt kurzfristig überhaupt genügend nicht-freiberufliche Hebammen zur Verfügung stehen, um das Förderprogramm füllen zu können, sollte die vorgesehene Förder-summe von rund 200 Mio. Euro auch über den Förderzeitraum 2021 bis 2023 hinaus verausgabt werden können.

So berechtigt das Anliegen der Entlastung von Hebammen, z.B. für die Dokumentation ist, so verfehlt ist der Ansatz, Pflegefachkräfte hier als unterstützendes Fachpersonal heranzuziehen. (Kinder-)Krankenpflegekräfte haben eigenständige Aufgaben im Rahmen der Geburtshilfe und der begleitenden Prozesse zu leisten. Des Weiteren erlaubt der gravierende Pflegefachkräftemangel nicht, Pflegefachkräfte für die Kompensation von Tätigkeiten einzusetzen, die aufgrund des Fachkräftemangels in anderen Gesundheitsfachberufen - in diesem Fall bei den Hebammen – entstehen. Begrüßt wird hingegen der gegenüber dem RefE im Gesetzentwurf ergänzte Einsatz von Dokumentationskräften nach Satz 4 Nummer 2.

Änderungsbedarf

Streichung von § 4 Absatz 10 Satz 4 Nummern 3 bis 6.

§ 9 Absatz 1a Nummer 6: Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und -fachabteilungen

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin noch für das Jahr 2020 in die Vereinbarung Sicherstellungszuschläge einzubeziehen sind. Angesichts der Schließung der Kinderkliniken und -fachabteilungen an den Krankenhäusern ist die Daseinsvorsorge in vielen Regionen nicht mehr

gewährleistet und der Sicherstellungszuschlag dringend erforderlich. Mit den geringen Fallzahlen können innerhalb des DRG-Systems die für die Versorgung notwendigen Vorhaltungen nicht adäquat refinanziert werden. Neben der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sollte daher das Instrument der Besonderen Einrichtungen, wie in der Kinderrheumatologie oder für Palliativstationen auch in der stationären Kinder- und Jugendmedizin genutzt werden können.

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittellempfehlung

Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom MD empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 84 Absatz 9 SGB; § 85 Absätze 9 bis 11 XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Assistenzkräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner_innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept des ermittelten Personalbedarfs zur Umsetzung fehlt. In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte und die durchschnittliche Pflegegradverteilung ggf. nur unzureichend abgebildet würde. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungsleitungen und damit zu flächendeckenden Nichtinanspruchnahmen der Leistung führen.

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohen bürokratischen Aufwands wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegeassistentinnen nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfüllen muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss.

Vorweg möchten wir auf Folgendes hinweisen: Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Um sicherzustellen, dass im Rahmen des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms Pflegekräfte nach QN 3 möglichst schnell zur Verfügung stehen, sofern sie nachqualifiziert werden müssen, sollte die berufsbegleitende Qualifizierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein.. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr, dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen nach Absatz 11 wird begrüßt. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal die Voraussetzungen nach Absatz 9 Nummer 1 Buchstaben a) bis c) erfüllt. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation und Entlohnung zu machen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zu den Absatz 11 Sätzen 3 und 4 möglichen Beanstandungen nicht kommt.

Änderungsbedarfe

Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 c) sollte wie folgt gefasst werden:

„für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es **in den ersten sechs Monaten, jedoch** spätestens zum Ablauf des ~~dritten~~ **ersten** Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist.“

In Absatz 11 Satz 1 soll Nummer 3 wie folgt formuliert werden:

„die tatsächlichen Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal“

In Absatz 11 Satz 1 Nummer 5 soll der Punkt aufgehoben und durch folgenden Halbsatz ergänzt werden:

„und dass die Anforderungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) bis c) erfüllt sind“.

„Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis

Die Hinzuziehung von technischer Expertise bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der digitalen oder technischen Assistenzsysteme wird begrüßt. Es muss sich jedoch um unabhängige Sachverständige handeln; dies ist ausdrücklich zu ergänzen. Zudem sollte im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung klargestellt werden, dass ablehnende Entscheidungen auf der Grundlage der Expertise einer gesonderten Begründung bedürfen. Neben der technischen Expertise ist zudem dringend der Einbezug der Nutzerexpertise zu er-

gänzen. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist zudem das Kriterium des barrierefreien Zugangs zu verankern.

Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeit der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

Änderungsbedarf

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI.

In Satz 4 wird das Wort „können“ durch „sollen“ ersetzt.

Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegekraftstellen-Förderprogramm

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von 4 Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Nicht angemessen ist jedoch, dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen. Der Vergütungszuschlag nach § 8 Absatz 6 Satz 1 wird für die Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinische Behandlungspflege gezahlt und aus dem SGB V refinanziert. Daher muss das Gesundheitsfachpersonal, das mit dem Vergütungszuschlag refinanziert wird, auch über die Kompetenz zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege verfügen. Dies ist bei den in der Begründung genannten Berufsgruppen wie z.B. Altentherapeut_innen oder Sozialpädagog_innen ganz überwiegend nicht gegeben.

Keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Kodierung sieht der Deutsche Caritasverband bei den halbjährlichen Bestätigungsmeldungen, die die Fortgeltung der bestehenden Anspruchsvoraussetzungen belegen sollen. Dieser Punkt ist untergesetzlich in den Festlegungen zwischen den Verbänden und dem GKV geregelt. Eine untergesetzliche Regelung bietet den Vorteil einer flexiblen Anpassungsmöglichkeit bei auftretenden Problemen.

Änderungsbedarf

In § 8 Absatz 6 Satz 4 werden die Worte „kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie“ gestrichen.

Streichung der Neuregelung in § 8 Absatz 6 Satz 7.

Änderungsantrag 8: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.

Änderungsantrag 9: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Die Änderung ist im Zusammenhang mit ÄA 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis zu sehen und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, regelmäßig fortgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird ange-regt zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen. Zudem geben wir zu bedenken, dass die meisten digitalen AAL eher den Status eines Pflegehilfsmittels denn einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme, die fest verbaut wird, zuzuordnen sind. Von daher ist zu prüfen, ob § 78 Absatz 2a obsolet ist.

Änderungsbedarf

In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Änderungsantrag 11: Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Der Deutsche Caritasverband und seine für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge zuständigen Fachverbände, der Katholische Krankenhausverband e.V. (kkvd), der Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG Müttergenesung) begrüßen ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag die Möglichkeit zu Vereinbarungen über die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen geschaffen wurde. Die Ausgleichsmechanismen des Schutzschirms für die Reha und Vorsorge nach § 111d SGB V sind zum 30. September ausgelaufen. Die nunmehr vorgesehene Verhandlungsmöglichkeit rückwirkend zum 01.10.2020 und prospektiv bis zum 31.3.2021 mit Verlänge-

rungsmöglichkeit bis zum 31.12.2021 wird ausdrücklich begrüßt; diese Vereinbarungslösung entspricht einem Vorschlag des Deutschen Caritasverbands, auch während des laufenden Vergütungszeitraums pandemiebedingte Mehrkosten und Mindereinnahmen geltend machen zu können.

Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass mit dem Änderungsantrag auch die ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen die Möglichkeit zur Verhandlung coronabedingter Mindereinnahmen und Mehraufwendungen erhalten. Sie konnten entsprechende Belastungen seit der seit März anhaltenden Pandemie bislang noch gar nicht geltend machen.

Das GVPG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die Gefahr, dass vor allem kleinere Einrichtungen, die während der Periode vom 30. September bis zum 31. Dezember 2020 keine Möglichkeiten weiterer Ausgleichszahlungen durch Auslaufen der Regelung des § 111d haben, in der Übergangsphase insolvent geht. Um dies zu vermeiden, ist es dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern. Dieser ist für eine Überbrückungsphase zwingend erforderlich. Dafür kann § 111d Absatz 8 genutzt werden, der eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats ermöglicht. Durch den Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

Nach wie vor sind in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erhebliche Mehrkosten und gleichzeitig Mindereinnahmen zu verzeichnen. Mehraufwendungen konnten im Rahmen der Ausgleichsregelungen nach § 111d SGB V bislang gar nicht geltend gemacht werden. Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygieneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

Eine Vollauslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist unter den erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen jedoch angesichts unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten nicht an jeder Einrichtung möglich. Vor diesem Hintergrund ist der Auslastungsgrad der Einrichtungen von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Auch können die Reha- und Vorsorgekliniken die Belegung nicht vollständig steuern. So kommt es nach wie vor zu Belegungsausfällen aufgrund von kurzfristigen Patientinnenabsagen, kurzfristigen Anamnesekontakten vor der Anreise und zu Abreisen aus Kliniken. In Folge dieser Entwicklungen kommt es nach wie vor zu Mindereinnahmen, teilweise unterhalb der Wirtschaftlichkeitsgrenze.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen nach sich ziehen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen bislang nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patient_innen, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand_in.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Änderungsbedarf

Erlass einer Rechtsverordnung des BMG auf der Grundlage des § 111d Absatz 8, befristet bis zum 1.1.2021.

Folgeänderung der Rechtsverordnung:

In § 111 Absatz 5 wird die Frist „1.10.2020“ durch den „1.1.2021“ ersetzt.

Änderungsantrag 14: Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass klar geregelt wird, dass die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 bis einschließlich 31.3.2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen können, wenn die betroffene pflegebedürftige Person dies wünscht. Beratungsbesuche stellen eine wichtige Unterstützungsleistung für häuslich gepflegte Personen und insbesondere für die reinen Pflegegeldempfänger_innen dar.

Unklar ist allerdings, wann die vom Gesetzgeber geforderte Anforderung der „Datensicherheit“ erfüllt ist und welche Nachweise hierfür auch seitens des pflegebedürftigen Menschen geführt werden müssen. Hinweise dazu sind zumindest in der Begründung anzuführen.

Änderungsantrag 16: Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

Die Caritas begrüßt die weitere **Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI** bis zum 31.3.2021 mit Nachdruck. Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregulungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne, Infektionsgeschehens oder wegen notwendiger Kohortierung nicht belegt werden können.

Neben den Mindereinnahmen kommt es in allen Einrichtungen und Diensten auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. **Auch die Durchführung der Antigen-Testungen zieht Mehraufwendungen in Form des zusätzlich einzusetzenden Personals nach sich.**

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass auch die Regelung zur Fortgewährung des Pflegeunterstützungsgelds für einen Zeitraum von bis zu 20 Tagen vom 31.12.2020 bis zum 31.12.2021 verlängert wird.

Es hat sich seit März herausgestellt, dass **Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen** wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst sind, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Es fehlt an einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.

Änderungsbedarf.

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen.“

In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

D. Weitergehende Änderungsbedarfe

Weitere Änderungsbedarfe im SGB V

1. Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Coronapandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die

Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer_innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwerst erkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

2. Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Quali-

tätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. **Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.**

Änderungsbedarf:

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen.“

3. Finanzierung coronabedingter Mehrbelastungen der Eingliederungshilfe

Die Übernahme von Mehrkosten aufgrund der Corona-Krise ist in der Eingliederungshilfe vielerorts noch nicht oder nur unzureichend geregelt. Angesichts der hohen Priorität der Versorgungssicherstellung für Menschen mit Behinderung muss aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Lage schnellstmöglich eine solide Kostenübernahme getroffen werden. Gerade Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe sind durch die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu deren Eindämmung stark beansprucht. Für die Zeit des Lockdowns, in der die Bewohnenden angehalten waren, ihre häusliche Umgebung nicht zu verlassen, und in der Werkstätten für behinderte Menschen sowie Tagesförderstätten nicht betreten werden durften, musste in Wohneinrichtungen mehr Personal zur ganz täglichen Unterstützung der Bewohnenden zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich kommt es zu Aufwendungen für Ersatzpersonal oder Mehrarbeitsstunden, wenn Ausfälle von krankheits- oder quarantänebedingt abwesenden Mitarbeitenden kompensiert werden müssen. Darüber hinaus sind die gestiegenen Bedarfe an hygienischer Schutzausrüstung der Mitarbeitenden nicht gedeckt, dazu zählen zum Beispiel Desinfektionsmittel und Mund-Nasen-Bedeckungen. Aufgrund der pandemischen Situation und der Zuständigkeit für Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung und den Infektionsschutz sieht der Deutsche Caritasverband zusammen mit seinem Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie auch das BMG in der Pflicht, auf eine Regelung für die coronabedingten Mehrbelastungen der Eingliederungshilfe hinzuwirken.

Weiterer Änderungsbedarf im SGB XI

Tages- und Nachtpflege für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ermöglichen

Familien mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwerstmehrfacher Behinderung leiden in vielerlei Hinsicht unter großen Belastungen. Tages- und Nachtpflege könnte hier eine Entlastung schaffen, sofern sie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden kann. Eine vergleichbare Regelung existiert seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das 2008 in Kraft trat, für die Kurzzeitpflege. Der Gesetzgeber hat diese Ausnahmeregelung seinerzeit damit begründet, dass der Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die zugleich pflegebedürftig sind, in den meisten Fällen nicht genutzt werden kann, weil das Angebot der Kurzzeitpflegeeinrichtungen sich vorwiegend an ältere pflegebedürftige Menschen richtet. Eine vergleichbare Situation liegt in Bezug

auf die Tages- und Nachtpflege vor. Daher sollte die Ausnahmeregelung des § 42 Absatz 3 Satz 1 auch für die Tages- und Nachtpflege geschaffen werden.

Änderungsbedarf

§ 41 wird um einen neuen Absatz 2a ergänzt:

„Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Tages- und Nachtpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.“

Weitergehender Änderungsbedarf zur Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die Sonderregelungen zum Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz, die mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite befristet bis zum 30. September verlängert werden: So soll die Regelung des § 16 Absatz 4 bis 6 FamilienPZG sowie des § 9 Absätze 5 bis 7 PflegeZG, die eine Flexibilisierung der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit vorsieht, ohne dass die beiden Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen, zumindest pandemiebedingt verlängert und pandemieunabhängig entfristet wird.

Der Deutsche Caritasverband hatte sich für eine solche Flexibilisierung bereits im Rahmen der Einführung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes eingesetzt. Der Deutsche Caritasverband weist zudem darauf hin, dass die Betriebsgrößen für den Rechtsanspruch auf Auszeit von Familienpflegezeit und Pflegezeit von 25 Beschäftigten bei der Familienpflegezeit, aber 15 Beschäftigten bei der Pflegezeit, dringend und pandemieunabhängig harmonisiert werden sollten. Generell und mittelfristig setzt sich die Caritas dafür ein, die Regelungen aus beiden Gesetzen zu einem einheitlichen Gesetz zusammenzuführen.

Des Weiteren hat sich der Deutsche Caritasverband in den genannten beiden Gesetzgebungsverfahren für folgende Regelungen eingesetzt, die jetzt insbesondere im Rahmen der Pandemie Berücksichtigung finden sollten:

- keine Anrechnung der Sterbezeitkarenz auf die Höchstdauer der Familienpflegezeit
- Die Pflegezeit und Familienpflegezeit sollte auch Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen mit PG 1 zustehen.

Berlin/ Freiburg, den 10. November 2020

Eva Welskop-Deffaa

Vorstand Fach- und Sozialpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Berliner Büro, Referentin Rehabilitation, Pflege und Gesundheitspolitik,
Tel.: 030 28444746, elisabeth.fix@caritas.de

Deutscher
Caritasverband e.V.

Karoline Körber, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Bereichsleitung Rehabilitation & Recht, Tel. 030 240 836 817, karoline.koerber@caritas.de

Margot Jäger, Geschäftsführerin Katholische Arbeitsgemeinschaft Müttergenesung e.V, Tel. 0761 200-456; margot.jaeger@caritas.de

Alwin Baumann, Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (CKR), Tel. 07522 9302661, a.baumann@bkjr.de

Stefan Bürkle, Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Tel. 0761 200 303, stefan.buerkle@caritas.de

Andreas Wedeking, Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD), Tel. 030 28444782, andreas.wedeking@caritas.de