



Deutscher  
Caritasverband e.V

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**20(14)53(11)**  
gel. VB zur öffent. Anh am  
28.09.2022 - GKV-FinStG  
27.09.2022



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

## Stellungnahme

### **Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

#### **(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG (Drs. 20/3448))**

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zum GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz Stellung beziehen zu können. Aufgrund der kurzen Stellungnahmefrist behält sich die Caritas eine ausführlichere Kommentierung vor und nimmt mit dieser Stellungnahme nur eine Kurzbewertung vor.

Die GKV ist aufgrund der Pandemie in eine schwierige finanzielle Lage geraten. Während die Einnahmen zwischen 2011 und 2019 weitgehend proportional zu den Ausgaben wuchsen, lagen die Zuwächse der Beitrags-Einnahmen in den beiden Pandemiejahre 2020 und 2021 unter den Ausgaben, die gleichzeitig anstiegen. Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs würde in den folgenden Jahren zwischen Einnahmen und Ausgaben eine Lücke klaffen, die ohne Gegensteuerung zu einem Anstieg des Zusatzbeitrags von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten führen wird. Beitragssatzsteigerung und steigende Zusatzbeiträge stellen vor allem für Menschen mit geringem Einkommen eine erhebliche Belastung des ohnehin schmalen Budgets dar. Dies gilt es zu verhindern, zumal sowohl die Pandemiefolgen als auch der Inflationsanstieg im Kontext des Ukrainekriegs gerade die vulnerablen Personengruppen besonders hart trifft. Der Mix von Maßnahmen zur Deckung des Defizits in der GKV muss aus Sicht der Caritas daher so gestaltet sein, dass die Lasten gerecht verteilt werden, indem breitere Schulden größere Lasten tragen.

Es besteht kein Zweifel, dass das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren vor großen finanziellen Herausforderungen stehen wird. Daher gilt es umso mehr, Effizienzen in der Versorgung zu heben und unser Gesundheitswesen entsprechend zukunftsfest umzubauen. Das für den Herbst geplante Versorgungsgesetz muss dieses Ziel verfolgen. Ansätze müssen sein: eine Stärkung der multiprofessionellen und teambasierten Versorgung durch alle Gesundheitsfachberufe mit Aufwertung der Rolle der Pflege, die Sicherstellung eines einfachen niedrighwelligen wohnortnahen Zugangs zur Versorgung, Koordinierung durch gezielte Lotsenstrukturen



und die Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Angebote - bei Erhalt einer wettbewerbsfördernden Trägervielfalt und einer im Sinne der regionalen Daseinsvorsorge organisierten Strukturreform der Krankenhauslandschaft.

Zu den einzelnen Reformelementen nimmt der Deutsche Caritasverband wie folgt Stellung:

### **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Abschmelzen der Finanzreserven und Absenkung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, Begrenzung der Anhebung des Zusatzbeitrags (§§ 242, 260, 271, 272)**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass vorhandene Finanzreserven der Krankenkassen im Jahr 2023, sofern diese abzüglich eines Freibetrags von 3 Mio. Euro 0,2 Monatsausgaben überschreiten, in zwei Stufen anteilig abgeschmolzen werden und den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt (§ 272b SGB V) werden. Nach § 242 Absatz 1 SGB V wird die Absenkung der gesetzlichen Obergrenze für die Finanzreserven korrespondierend auf das Zusatzbeitragsanhebungsverbot übertragen, indem die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag nicht anheben dürfen, solange sie über Finanzreserven verfügen, die das 0,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe übersteigen. Insgesamt sollen die Reserven der gesetzlichen Krankenkassen um 4 Mrd. Euro abgeschmolzen werden. Die Mindestreserve in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird um 2,4 Mrd. Euro abgesenkt und erstmals wird in die GKV ein zinsloses Darlehen von 1 Mrd. Euro eingeführt.

Die Intention des Gesetzgebers, den Zusatzbeitrag auf das Mindestmaß des Notwendigen zu begrenzen und gleichzeitig das Anheben des Zusatzbeitrags zu begrenzen, ist dem Grundsatz nach durchaus positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch in den vergangenen Jahren im Rahmen der gesetzlichen Obergrenze des gegenwärtig 0,8-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe so festgelegt haben, dass sie im Wettbewerb der Krankenkassen bestehen können und für ihre Mitglieder in Bezug auf das Preis-Leistungs-Verhältnis attraktiv sind. In der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber viele Leistungsverbesserungen für die Versicherten statuiert, die der Deutsche Caritasverband begrüßt hat. Auch bei einer Absenkung der Obergrenze



für die Finanzreserven der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass es weder zu Leistungskürzungen noch zu einer Leistungsgewährung „nach Kassenlage“ kommt, denn viele Leistungen in der GKV, wie z.B. die häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel oder auch Rehabilitation und Vorsorge einschließlich Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen. Von den negativen Folgen einer schlechteren Versorgung in Folge der Schaffung einer Obergrenze für die Finanzreserven wären vor allem sozial benachteiligte Menschen und vulnerable Patientengruppen wie chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung, die viele Leistungen aus dem Gesundheitssystem benötigen, besonders betroffen. Denn sind die Reserven erst einmal drastisch abgeschmolzen, führt jede Ausgabenschwankung und Planungsabweichung unweigerlich zu einer Anpassung des Zusatzbeitrags, auch unterjährig.

Ebenso muss es den Krankenkassen möglich sein, in Zeiten noch nicht überwundener Pandemien beispielsweise pandemiebedingte Hygienezuschläge zu finanzieren. In diesem Zusammenhang weisen der Deutsche Caritasverband und seine Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (CKR), die Caritas Suchthilfe (CaSu) und der Katholische Krankenhausverband (kkvd) darauf hin, dass die zum 30. Juni 2022 ausgelaufene Möglichkeit zur Vereinbarung von pandemiebedingte Hygienezuschlägen in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, die in §§ 111 und 111c SGB V verankert war, dringend wieder aufgenommen werden muss, um eine adäquate Versorgung der Patient\_innen im Coronaherbst und -winter 2022/2023 nicht zu gefährden. So muss es den Einrichtungen möglich sein, hygienebedingte Mehraufwendungen wie Masken oder Mehrpersonalisierung für kleinere Therapiegruppen oder Speisenversorgung refinanziert zu bekommen. Des Weiteren entstehen gerade im Bereich der Reha durch infektionsbedingte Nichtanreisen oder erforderliche Therapieabbrüche Mindererlöse.

Die Caritas weist darauf hin, das Darlehens von 1 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds, die Liquiditätsprobleme nicht lösen wird, denn dieses Darlehen ist im Jahr 2026 aus Mitteln der Beitragszahlenden zurückzuzahlen. Die Einführung eines Darlehens ist auch unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten kritisch zu sehen, da es im Widerspruch zur Umlagefinanzierung der GKV steht.



Es ist insgesamt sicherzustellen, dass der Gesundheitsfonds seine zentrale Funktion, Schwankungen in den Ausgaben ausgleichen zu können, auch weiterhin wahren kann.

### **Bundeszuschuss (§ 221 Absatz 1 SGB V)**

Nach der aktuellen Gesetzeslage entfällt der zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV in der Pandemie beschlossene ergänzende Bundeszuschuss für 2022 in Höhe von 14. Mrd. Euro im Jahr 2023, obwohl die Pandemie noch nicht vorüber ist. Nach § 221a Absatz 1 SGB V dieses Gesetzentwurfs werden für 2023 nur noch 2 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds überwiesen. Es kann daher nicht davon die Rede sein, dass dieser Entwurf die Lasten gerecht auf verschiedene Schultern verteilt. Denn die größten Lasten des zu deckenden Defizits von 17 Mrd. Euro tragen die Beitragszahlenden mit insgesamt 12,5 Mrd. Euro, kalkuliert man auch die vorgesehene Anhebung der Zusatzbeitrags von 0,3 Prozentpunkten, die 5 Mrd. Euro entsprechen und die hälftig von den Arbeitnehmer\_innen getragen werden muss, ein. Somit trägt die Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden mehr als zwei Drittel der Lasten. Daher unterstützt der Deutsche Caritasverband die Forderung des Bundesrats, den ergänzenden Bundeszuschuss für 2023 von 2 Mrd. Euro auf 5 Mrd. Euro zu erhöhen sowie den regulären Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 SGB V zu dynamisieren, so wie im Koalitionsvertrag vorgesehen.

Auch die Steuerzahlenden – darunter viele Gutverdienende, die in der PKV versichert sind – müssen stärker herangezogen werden. Der Koalitionsvertrag der laufenden Legislaturperiode nennt eine konkrete Maßnahme: Die Erhöhung des Bundeszuschusses zur Finanzierung der Beiträge für ALG-II-Empfänger\_innen. Für das Jahr 2022 beträgt die Pauschale, die auf der Grundlage des § 232a SGB V berechnet wird, nur 106,34 Euro. Die Krankenkassen beklagen seit Jahren, dass die Kostenpauschale auf der Berechnungsgrundlage des § 232a SGB V zu niedrig angesetzt ist und fordern eine Erhöhung des Bundeszuschusses um ca. 8 bis 10 Mrd. Euro. Das GKV-Stabilisierungsgesetz sollte daher diesen im Koalitionsvertrag vorgesehenen Schritt jetzt umsetzen. Das fordert auch der Bundesrat im Beschluss seiner Stellungnahme zum GKV-FinStG vom 16. September 2022.

## **Stabilisierung der Arzneimittelausgaben der GKV**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Leitplanken für die Begrenzung der Ausgaben für Arzneimittel. Die Ausgaben für Arzneimittel sind 2021 erneut überdurchschnittlich um 7,8 Prozent gestiegen. Hier haben sich die unterjährig festgestellten Ausgabenzuwächse im Jahresverlauf stetig erhöht. Der Ausgabenanstieg ist dabei nur zu einem geringeren Anteil auf die Rücknahme der Mehrwertsteuerabsenkung zu Beginn des Jahres zurückzuführen. Die Einsparungen durch Rabattverträge sind, wie auch im Vorjahr, nur sehr moderat um rund 2,2 Prozent gewachsen. Daher werden Maßnahmen zur Bremsung der Ausgabendynamik wie die Verlängerung des Preismoratoriums um weitere 4 Jahre, oder niedrigere Erstattungsbeträge für neue Arzneimittel, die gegenüber patentgeschützten Vergleichstherapien keinen Zusatznutzen haben sowie Preismilderungen bei unwirtschaftlichen Verpackungsgrößen als Schritte in die richtige Richtung bewertet.

### **§ 120 Absatz 2 Satz 7: Anbindung der Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen an den EBM**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die bereits im GVWG vorgesehene Anbindung der Vergütungen für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) an die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung im EBM von einer „Soll“-Regelung in eine „Muss“-Regelung überführt. Dies lehnen der Deutsche Caritasverband und sein Krankenhausverband kkvd auf das Schärfste ab.

Die PIAs stellen ein wichtiges Versorgungselement zwischen der ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten und stationären Versorgung psychisch schwer kranker Menschen mit besonderem Hilfebedarf dar. Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass es inhaltlich falsch ist, die neuen Koordinationsleistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V, die Vertragsärzte und Psychotherapeuten künftig erbringen dürfen und im vertragsärztlichen Bereich künftig besser vergütet werden sollen, mit dem Auftrag und der Arbeitsweise der psychiatrischen Institutsambulanzen analog zu setzen. Diesen Ansatz kritisiert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 16. September 2022.

Die psychiatrischen Krankenhäuser haben mehrfach auf die Probleme, die sich aus dieser Vergütungsnorm ergeben, hingewiesen. Zum einen stehen die



Vergütungsregelungen nach dem EBM im Widerspruch zu den Vergütungen nach § 120 SGB V, die auf Landesebene zu verhandeln sind, zum anderen unterscheiden sich die Funktionen der PIA und PsIA, die als Bestandteil der Krankenhausorganisation zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, von den Aufgaben des vertragsärztlichen Bereichs. Im Ergebnis ist die hier vorgesehene verschärfende Regelung des § 120 Absatz 2 Satz 7 abzulehnen.

Die Verschiebung der Richtlinie zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs bei der Notfallversorgung im Krankenhaus nach § 120 Absatz 3b Satz 1 vom 20. Juli 2022 auf den 30. Juni 2023 erachten wir als sachgerecht, da derzeit kein geeignetes Software-System für diese Ersteinschätzung vorliegt. Die weitergehende Änderung des § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2, wonach ärztliches Personal in die Ersteinschätzung nur einbezogen werden soll, sofern das nicht-ärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, erachten wir als problematisch, insoweit die haftungsrechtlichen Folgen dieser Regelung nicht geklärt sind.

#### **Änderungsbedarf:**

Streichung des § 120 Absatz 2 Satz 7

§ 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 soll wie folgt formuliert werden: „2. Zur Einbeziehung ärztlichen Personal, sofern das nicht-ärztliche Personal zu keiner abschließenden Ersteinschätzung in der Lage ist“

#### **§ 219a Absatz 6: Behandlung schwer an Covid-19 erkrankter Patient\_innen aus EU-Staaten in deutschen Krankenhäusern**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Verlängerung der Regelung, dass schwer an Covid-19 erkrankte Patient\_innen aus europäischen Staaten, deren Gesundheitssystem pandemiebedingt überlastet ist, weiterhin in deutschen Krankenhäusern behandelt werden können, nachdrücklich als Akt europäischer Solidarität und Zeichen, dass die europäischen Staaten die aus der Pandemie entstandenen Herausforderungen des Gesundheitssystems gemeinsam überwinden wollen.



## **§ 305 Absatz 3 Satz 1 SGB V: Auskünfte an Versicherte**

Die Neuregelung, dass Krankenkassen ihre Versicherten auch über die Möglichkeit, die Terminservicestellen (TSS) in Anspruch nehmen zu können, unterrichten sollen, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, um Wartefristen auf ärztliche Termine zu verkürzen. Dabei ist jedoch sicherzustellen, dass diese Information die Versicherten nicht nur über die Mitgliedermagazine der Krankenkassen, sondern auf direktem Wege, z.B. mittels Versichertenschreiben, bei Beratungen oder digital über Apps erreicht. Dies ist in der Begründung zu ergänzen.

## **Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Beabsichtigte Regelung**

In § 17b soll ein neuer Absatz 4a eingefügt werden. Dort werden die im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigenden Berufsgruppen abschließend aufgezählt. Die Aufzählung entspricht zwar der Definition von Pflegekräften und Pflegehilfskräften in § 2 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Sie geht jedoch hinter die Definition zurück, die durch die Selbstverwaltungspartner in der nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbarten Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2022 gefunden wurde und schränkt den Kreis der im Rahmen des Pflegebudgets abrechenbaren Personalkosten erheblich ein.

Ausweislich der Gesetzesbegründung geschieht dies, um Unstimmigkeiten auf der Ortsebene hinsichtlich der Anerkennung und Zuordnung der Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation zu vermeiden und die Verhandlung des Pflegebudgets zu vereinfachen. Außerdem soll die Konkretisierung dazu dienen, die Versorgungsqualität in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch qualitative Mindestanforderungen abzusichern.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) lehnt die vorgeschlagene Regelung ab. Die laut der Gesetzesbegründung verfolgten Ziele - Verbesserung der Versorgungsqualität und Vereinfachung der Verhandlung der Pflegebudgets - sind mit den vorgeschlagenen Regelungen nicht zu erreichen. Zudem wird der Regelungsweg – Bundesgesetz statt Vereinbarung der Selbstverwaltung - abgelehnt. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt vom Charakter der



Selbstverwaltung. Mit Vereinbarungen auf Selbstverwaltungsebene wird sichergestellt, dass komplexe Sachverhalte realitätsnah und sachgerecht geregelt werden können. Eine solche Regelung findet sich in der noch geltenden Pflegepersonal-kostenabgrenzungsvereinbarung. Die nun als Gesetzentwurf vorliegende Einschränkung ist dagegen nicht sachgerecht.

#### Gute Pflege braucht Grade- und Skillmix

Wir sehen nicht, wie die Versorgungsqualität mit der vorgesehenen Regelung gesichert werden kann. Zentrales Anliegen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) war es, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Dies sollte unter anderem durch die Entlastung der beruflich Pflegenden erfolgen. Auch mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz, das das Pflegebudget eingeführt hat, sollten „spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege“ erreicht werden. Notwendig dafür ist die Umsetzung guter und moderner Pflegeprozesse mit einem ausgewogenen Grade- und Skillmix. Die im vorliegenden Entwurf vorgenommene Aufzählung der Berufsgruppen spiegelt ein Verständnis der „Krankenhauspflege“ wider, das dem Verständnis moderner Pflegeprozesse in keinsten Weise entspricht.

Bemühungen zur Entlastung der Pflege würden mit den vorgesehenen Einschränkungen ad absurdum geführt. Auch eine „bettenführende Abteilung“ kann nicht monoprofessionell betrieben werden, moderne Pflege ist multiprofessionell und erfordert einen guten Grade- und Skillmix. Dieser kann mit einer starken Einschränkung berücksichtigungsfähiger Berufe nicht erreicht werden. Der Ansatz, in einer gesetzlich festgelegten Aufzählung berücksichtigungsfähige Qualifikationen zu regeln, verhindert generell eine kreative Weiterentwicklung von Prozessen und Personalstrukturen.

#### Auflistung greift zu kurz

Besonders bedauerlich ist, dass die Liste noch nicht einmal den aktuellen Stand der Praxis umsetzt. Die vorgenommene Definition von Pflegefach- und Pflegehilfskräften greift zu kurz und ist nicht ausreichend, um das Spektrum von Krankenhauspflege sachgerecht zu beschreiben.





Insbesondere fehlen in der Auflistung:

- Hebamme/n

In der Auflistung fehlen Hebammen als auch professionell Pflegende. Hebammen übernehmen auf den Wöchnerinnenstationen pflegerische Aufgaben. Sie werden eingesetzt, um eine hochwertige Versorgung der Schwangeren und Entbundenen, aber auch des Neugeborenen zu gewährleisten. Wochenbettpflege ist eine originäre Aufgabe von Hebammen (§ 9 Abs. 4 Nr. 1o Hebammengesetz). Durch die Akademisierung des Hebammenberufs ist die Praxisanleitung durch examinierte Hebammen auf den Wöchnerinnenstationen zudem gesetzlich vorgeschrieben. Die Nichtberücksichtigung dieser Tätigkeit würde zudem den durch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beschriebenen Zielen der nachhaltigen Stärkung der fachspezifischen Pflege und des Hebammenberufs sowie der ausreichenden Finanzierung der Geburtshilfe zuwiderlaufen.

- Ergotherapeuten

Ergotherapeuten übernehmen im Rahmen der aktivierenden Pflege – etwa in der Geriatrie - originäre Pflegetätigkeiten.

- OTA

Unverständlich ist, warum ATA als Pflegehilfskräfte gelistet werden, OTA aber nicht. Hier ist ebenfalls eine Anpassung notwendig und sachgerecht.

- Sonstige Berufe/ Personen ohne Berufsabschluss

Ein erheblicher Mangel des Gesetzentwurfs ist darüber hinaus die viel zu kurz greifende Liste der Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte benötigen Pflegehilfskräfte, um eine qualitative hochwertige Versorgung zu gewährleisten. In vielen Häusern werden pflegefremde Personen in die Stationsabläufe eingebunden, damit sich die Pflegefachkräfte auf spezifische Pflegeaufgaben konzentrieren können und im Sinne einer arbeitsteiligen Organisation von allgemeineren Pflege-Aufgaben (z.B. nachts bei Transportprozessen, Unterstützung der examinierten Personen in ihren





Durchgängen, Materialbestellungen, Versorgung der Patient\_innen mit Getränken, Verteilung von Essen bei der Essensausgabe, Bettenaufbereitung, Reinigungsdienste, Stationssekretariat) entlastet werden. Die Erfüllung dieser Aufgaben ausschließlich durch Pflegefach- und -hilfskräfte halten wir für einen erheblichen qualitativen Rückschritt.

Die vorgesehene Änderung würde auch nicht zu einer Vereinfachung der Verhandlungen des Pflegebudgets führen. So beobachten unsere Mitglieder, dass die grundlegende Abgrenzung der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auch im Bereich des qualifizierten Personals durchaus strittig und kontrovers diskutabel bleibt.

Es ist daher notwendig, als Pflegehilfskräfte auch „sonstige Berufe“ sowie Personen „ohne Berufsabschluss“ anzuerkennen, wobei hierbei auch FSJ und BFD sowie die Auszubildenden im Rahmen der einjährigen Ausbildung zu berücksichtigen sind. Auch mit Blick auf die anstehende Einführung der PPR 2.0 sollte eine zeitgemäße, breite Definition der (Pflege)Assistenzberufe gewählt werden.

Der Deutsche Caritasverband und der kkvd unterstützen in diesem Zusammenhang die wichtige Ergänzung des Bundesrats in seinem Beschluss vom 16. September 2022 zu § 2 neuer Buchstabe n) des KHG, der sicherstellt, dass bei den Pflegehilfskräften alle aktuellen und zukünftigen Berufsbezeichnungen generalistischer Pflegeassistenten- und -helferausbildungen der Länder erfasst werden sowie, dass Berufsausbildungen in der Krankenpflegehilfe weiterhin über KHG finanzierbar bleiben.

Der Umstand, dass die vorgeblichen Ziele des Gesetzentwurfs - Behandlungsqualität und Vereinfachung der Verhandlungsprozesse - nicht erreicht werden können, lässt befürchten, dass ein nicht genanntes Ziel der Regelungen darin liegt, Einsparungen zu Lasten der Pflegenden und des weiteren Krankenhauspersonals umzusetzen. Dem entspricht auch die Tatsache, dass keine Anpassung von Absatz 4 Satz 4 vorgesehen ist, der regelt, dass die Bewertungsrelationen des DRG-Vergütungssystems um die ausgegliederten Kosten zu mindern sind. Bei der nun beabsichtigten Wiedereingliederung relevanten Personals wäre eine Regelung zur entsprechenden Anpassung notwendig.





## **Änderungsbedarf:**

In § 2 Nummer 1a wird nach Buchstabe n) folgender Buchstabe o) eingefügt:

„sowie für die Berufe, die die als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ in der jeweils aktuell im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung erfüllen“.

### Bestandsschutz

Sollte die einschränkende Formulierung beibehalten werden, ist zumindest dringend der Bestandsschutz für die o.g. Personengruppen, die bereits in die etablierten Prozesse eingebunden sind und im Rahmen bereits verhandelter, abgeschlossener Budgetvereinbarungen anerkannt sind, zu regeln.

### **Weitergehender Handlungsbedarf beim Pflegebudget**

Zur Vereinfachung der Verhandlungen zum Pflegebudget sind andere Änderungen erforderlich:

1. Pflegeentlastende Maßnahmen mit 4 % pauschalieren

§ 6a KHEntgG sieht vor, dass die Vertragsparteien aushandeln müssen, in welcher Höhe pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die Umsetzung dieser Vorgabe erweist sich in der Praxis als äußerst kompliziert und langwierig. Von den Kliniken wird in den Verhandlungen gefordert, den Effekt pflegeentlastender Maßnahmen minutengenau nachzuweisen. Häufig werden dann diese Nachweise in Verhandlungen angezweifelt und nicht akzeptiert. Krankenhäuser haben angesichts des Fachkräftemangels einen hohen Handlungsdruck, pflegeentlastende Maßnahmen einzuführen und umzusetzen. Die zeit- und ressourcenfressende Vorgabe des Nachweises und Aushandelns pflegeentlastender Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets ist daher nicht erforderlich und bindet wichtige Ressourcen.

Wir schlagen daher vor, pflegeentlastenden Maßnahmen pauschal in Höhe von vier Prozent zu berücksichtigen. Dies würde eine erhebliche Beschleunigung der Verhandlungen ermöglichen.





## 2. Relevanz der Testate im Verhandlungsprozess stärken

Obwohl die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet sind, im Zusammenhang mit den Verhandlungen der Pflegebudgets Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer vorzulegen, werden die dort testierten Umstände in den Verhandlungen nicht akzeptiert. Die erneute Vorlage und Dokumentation der relevanten Umstände bindet jedoch unnötige Ressourcen. Wir fordern daher, gesetzlich klarzustellen, dass die vorgelegten Testate im Rahmen der Verhandlungen zu berücksichtigen sind.

## 3. Anreiz zum Budgetabschluss

Hindernis bei der Verhandlung der Pflegebudgets ist zudem ein auf Seiten der Krankenkassen zu beobachtender Unwille, Vereinbarungen tatsächlich abzuschließen. Wir schlagen daher als Lösung in § 15 Abs. 2a KHEntgG eine Erhöhung des Pflege-Entgeltwerts auf 250 € vor. Auch sind zusätzliche Anreize zum Abschluss der Pflegebudgetvereinbarungen notwendig. Diese können zum Beispiel gesetzt werden, indem Steigerungsraten festgelegt werden, die abhängig davon sind, für welchen Zeitraum die letzte Vereinbarung des Pflegebudgets abgeschlossen wurde. Sofern der aktuelle Abschluss länger zurückläge, würde eine höhere Steigerungsrate gelten.

## C. Ergänzender Handlungsbedarf

### 1. Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI: Übergangslösung für in der vollstationären Langzeitpflege fehlende nach Landesrecht ausgebildete Pflegehilfskräfte

Für die Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI in den Ländern verhandeln der GKV-SV und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene „Gemeinsame Empfehlungen“ nach § 113c Absatz 4 SGB XI i. V. m. § 113c Absatz 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI.

In der Praxis herrscht ein gravierender Mangel an nach Landesrecht 1. u. 2-jährig ausgebildeten Pflegehilfskräften (Qualifikationsniveau 3 - QN 3), deren zahlreiches Vorhandensein aber für eine Umsetzung und zur Darstellung des neuen Qualifikationsmixes in der vollstationären Pflege essentiell ist (vgl. auch Rothgang et al. (2020): *Abschlussbericht zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in*





*Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); <https://www.gs-gsa-pflege.de/dokumente-zum-download/>)*

Die Trägervereinigungen schlagen daher für den Start der Umsetzung des § 113c SGB XI ab dem 01.07.2023 die Schaffung einer zeitlich begrenzten Übergangslösung für QN 3 vor, bis diese im ausreichenden Maße ausgebildet wurden bzw. auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Allerdings scheitert die Verankerung dieser Übergangslösung in den o.g. Gemeinsamen Empfehlungen an der geltenden Rechtslage.

Konkret sollen nach Vorstellung der Trägervereinigungen die fehlenden nach Landesrecht 1. u. 2-jährig ausgebildeten Pflegehilfskräfte (QN 3) durch vorhandene langjährig beschäftigte und erfahrene Pflegehilfskräfte mit den Qualifikationsniveaus 1 und 2 (QN 1 und 2) zeitlich befristet anerkannt werden. Diese Übergangslösung wird im Weiteren als „Substitution“ bezeichnet.

Im Prozess gestaltet sich dies wie folgt: Nach Festlegung der mindestens vorzuhaltenden Personalanhaltswerte erhalten die vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 01.07.2023 die Möglichkeit einer personellen Aufwuchsphase und zwar bis zu den in § 113c Absatz 1 SGB XI genannten personellen Höchstwerten. D.h. ab dem Zeitpunkt des Aufwuchses gehen die Einrichtungen oberhalb der festgelegten Mindestausstattung PeBeM-systematisch in den neuen Qualifikationsmix über. Dies kann entsprechend nur abgebildet werden, wenn die rechnerisch erforderliche Anzahl von Mitarbeiter\*innen mit QN 3 vorgehalten wird. Je nach Belegungsstruktur kann der Anteil von QN 3 -Kräften an der einzubeziehenden Personalausstattung 33% und mehr betragen. Gegenwärtig liegt in den Einrichtungen der Anteil an vorhandenen Pflegehilfskräften mit dem Niveau QN 3 im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

In § 113c Absatz 3 SGB XI ist derzeit lediglich vorgesehen, dass die Pflegeeinrichtung für die QN 3 - Stellenanteile, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten können, das eine Ausbildung nach § 12 Absatz 2 PfIBG berufsbegleitend absolviert. Dies ist jedoch keine quantitativ hinreichende Lösung für das Problem. Die Lösung ist mithin, dass in einer Übergangszeit von zunächst fünf Jahren (beginnend mit dem





1.7.2023) ermöglicht wird, dass QN 3-Kräfte durch QN 1-2 -Kräfte mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der Pflege (mindestens Halbtagsbeschäftigung) substituiert werden und zwar in der Erwartung, dass in dieser Übergangszeit alle Bundesländer die unter quantitativen und qualitativen Bedingungen notwendige Ausbildungsinfrastruktur im Bereich der Langzeitpflege ausbauen und perspektivisch vorhalten. Der Gesetzgeber hatte bereits eine vergleichbare „Übergangsregelung“ auch bei den Personalstellenprogrammen nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 i.V.m. § 85 Absatz 9-11 SGB XI vorgesehen, um mit vertretbarer Flexibilität Mehrpersonalisierung zu ermöglichen, ohne Qualitätsstandards zu unterlaufen. Die Trägervereinigungen nehmen für den unten genannten Lösungsvorschlag in Anspruch, dass dieser Ansatz dem gleichen Ziel und Zweck Rechnung trägt. Um abschließend noch mehr Flexibilität zu schaffen sollten auch QN 3-Kräfte durch Pflegefachkräfte (QN 4) substituiert werden können, wenn diese im neuen Personalmix „rechnerisch“ überhängig sind. Die Fachkraftquote muss ohnehin für die Mindestausstattung eingehalten werden und überdies ist auch kein Abbau von Fachkräften vorgesehen.

Für eine derartige Substitutionsregelung sprechen aus Sicht der Trägervereinigung zusammenfassend mindestens folgende Argumente:

- Der Qualifikationsmix ist ohne QN 3 in der Aufwuchsphase nicht darstellbar. Die allermeisten Einrichtungen könnten demzufolge keine Umsetzung von § 113c starten, weil derzeit diese Kräfte kaum oder nicht vorhanden sind.
- Begibt sich die Einrichtung in der Aufwuchsphase in den neuen Qualifikationsmix, erhält sie automatisch rechnerisch einen erheblichen Überhang an QN 1 u. 2-Kräften. Es ist in vielerlei Hinsicht kurz- und mittelfristig nicht darstellbar, diesen großen Mitarbeiter\*innenpool (fast 50 % der Beschäftigten) fachlich und inhaltlich nicht mehr wie vorher einsetzen zu können.
- Der Einsatz von Pflegehilfskräften mit dem QN 1 u. 2 für die Aufgaben des künftigen QN 3 ist der heutige und seit Jahrzehnten gelebte Standard. Zudem schlagen wir vor, dass nur entsprechend „erfahrene“ Mitarbeiter\*innen (Dauer der Betriebszugehörigkeit usw.) dafür eingesetzt werden sollen. Häufig liegt auch bereits eine Basisschulung vor (QN 2). Es sind zudem





perspektivisch die Mitarbeiter\*innen die in Pflegehelferausbildung nach Landesrecht gebracht werden sollen. Allerdings fehlen derzeit entsprechende Schulplätze.

- Es ist auch deswegen kein Qualitätsverlust zu erwarten, weil die Zuordnung oberhalb der festgelegten Mindestausstattung erfolgt, also mehr Personal eingesetzt wird, als vorher. Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG sind davon nicht betroffen.
- Die im Koalitionsvertrag angestrebte Vereinheitlichung der nach Landesrecht organisierten Pflegehilfskraftausbildungen läuft nur schleppend an und droht zum langwierigen Verfahren zu werden. Viele Länder signalisieren, dass sie diesen Prozess abwarten wollen und derzeit z.B. keine Investitionen in Schulplätze vornehmen. Somit ist nicht mit einer schnellen und umfassenden Verbesserung der Ausbildungsplatzsituation zu rechnen.
- Die Trägervereinigungen verstehen die Ausgestaltung der Konvergenzphase nicht nur als reine Rechenoption, sondern als Managementherausforderung in Sachen Personal- und Organisationsentwicklung. Eine Substitutionsregelung ermöglicht es den Einrichtungen, diesen Prozess frühzeitig mit den vorhandenen Mitarbeiter\*innen umzusetzen, was nicht nur sachgerecht sondern notwendig erscheint.

## **Änderungsbedarf**

Ergänzung des § 113c Absatz 3 SGB XI (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen) wie folgt:

[...]

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und





2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile nach Abs. 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegefachkräfte (QN 4) vorhalten.

3. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das **folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert**:

- a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes **berufsbegleitend absolviert und oder für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es mindestens über fünf Jahre Berufserfahrung in Halbtagsbeschäftigung verfügt und spätestens bis zum 30. Juni 2028 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist und**
- b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufgesetzes **berufsbegleitend absolviert.**

Bei Pflegehilfskräften, die sich nach der Nummer 2 Buchstabe a in Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden.

Bei Pflegehilfskräften, die sich nach der Nummer 2 Buchstabe b in Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, sofern die Pflegehilfskraft





mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden.

## **2. §§ 188 Absatz 4 i.V. mit § 191a SGB V: Sicherstellung der obligatorischen Anschlussversicherung**

Mit dem im GKV-VEG wurden mit Inkrafttreten ab dem 1.1.2019 Möglichkeiten für die Krankenkassen zur Mitgliederbereinigung geschaffen. Davon sind Personen betroffen, die vor der Gesetzesänderung gemäß § 188 Abs. 4 SGB V a.F. mit dem Ende einer bestehenden Versicherungspflicht in die obligatorische Anschlussversicherung kamen und bleiben. Seit der Gesetzesänderung entsteht die Anschlussversicherung gar nicht (§ 188 Abs. 4 S. 4 SGB V) oder endet rückwirkend (§ 191 Nr. 4 SGB V), wenn die Krankenkasse weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds feststellen kann.

Betroffen sind davon Wohnungslose, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort nicht ermittelt werden kann, und vor allem ausländische EU-Bürger/innen. Viele Betroffene fallen zwar zumindest unter die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sobald sie sich wieder bei der Krankenkasse melden. Das gilt aber nicht für jene ausländischen EU-Bürger/innen, die zu diesem Zeitpunkt als wirtschaftlich nicht aktiv gelten – also nicht (mehr) als erwerbstätig und auch nicht (mehr) arbeitsuchend gelten. Sie sind gem. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V aus der Auffangversicherung ausgeschlossen. Und auch die Aufnahme in eine freiwillige Versicherung wird ihnen (ohne gesetzliche Grundlage) in der Regel verwehrt.

Die Caritas hat in mehreren Gesetzgebungsverfahren deutlich gemacht, dass so ein neuer Personenkreis geschaffen wird, der in Deutschland ohne Krankenversicherung lebt. Nach den Erfahrungen aus der Praxis hat sich diese Befürchtung bestätigt. Das Anliegen der Krankenversicherung ihre Mitgliederbestände zu bereinigen, darf nicht dazu führen, dass EU-Bürger/innen aus dem KV-Schutz herausfallen, die diesen bereits einmal hatten. Auch der Bundesrat beim laufenden Gesetzgebungsverfahren mit dieser Problematik beschäftigt; die Vorschläge des BR-Gesundheitsausschusses zu § 188 Absatz 4 betrafen jedoch vor allem Verfahrensregelungen, die positiv zu bewerten sind, aber insgesamt zu kurz springen.





Die Caritas setzt sich zur Lösung dieses Problems für eine Ruhendstellung der Mitgliedschaft ein. Diese würde dann wieder aufleben, wenn die Betroffenen sich wieder bei der Krankenversicherung melden. Damit werden auch die Interessen der Krankenversicherungen berücksichtigt, denn eine Ruhendstellung bedeutet, dass in dieser Zeit keine Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis hergeleitet werden können. Daher sind die Personen, deren Mitgliedschaften ruhend gestellt werden, während dieser Zeit keine Versicherten im Sinne von § 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

### **Änderungsbedarf:**

#### Vorschlag einer Neuformulierung von §§ 188, 191 und 408 SGB V

In § 188 Absatz 4 wird nach Satz 4 wie folgt geändert:

„~~Satz 1~~ gilt nicht **Die Mitgliedschaft wird ruhend gestellt**, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“

§ 191 Nr. 4 wird gestrichen und folgender § 191a neu eingefügt:

#### **§ 191a Ruhen der freiwilligen Mitgliedschaft**

**Die Mitgliedschaft wird ruhend gestellt mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.**

In § 408 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung werden die (neuen) Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 wie folgt gefasst:

(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften





fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung ~~aufzuheben~~ **ruhend zu stellen**, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben. **Während der Ruhendstellung sind diese Personen keine Versicherten im Sinne des § 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.**

(3) Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr

1. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die nach Absatz 2 ~~aufgehoben~~ **ruhend gestellt** wurden, und
2. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung des betreffenden Berichtsjahres ~~aufgehoben~~ **ruhend gestellt** wurden und die die Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

### **1. § 203b SGB V: Meldepflicht bei Bezug von Asylbewerberleistungen**

Die Caritas unterstützt nachdrücklich die Forderung des Bundesrats nach Einführung eines neuen § 203b - analog zum Meldeverfahren von arbeitslosen Menschen durch die Agentur für Arbeit nach § 203a SGB V - zur Sicherstellung eines digitalen medienbruchfreien Verfahrens zur An- und Abmeldung von Personen, die nach § 264 SGB V Leistungen erhalten, bei den gesetzlichen Krankenversicherungen.

### **3. § 95 Absatz 1a SGB V: Berechtigung der KVen zur Begründung von MVZ, insbesondere in unterversorgten Regionen**

Der Deutsche Caritasverband hat sich in mehreren vorausgehenden Stellungnahmen dafür eingesetzt, dass neben den Kommunen auch Kassenärztliche Vereinigungen berechtigt werden, MVZ zu gründen und betreiben zu können. Dies ist insbesondere in von Unterversorgung bedrohten oder unterversorgten Planungsbereichen, in denen Haus- und Kinderärzte ihre Arztpraxis aufgeben sinnvoll. § 95 Absatz 1a ist entsprechend zu ergänzen und eine Fördermöglichkeit aus dem





Deutscher  
Caritasverband e.V.

Seite 20 von 20



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a Satz 3 ist vorzusehen. Die Caritas unterstützt dahingehend den Vorschlag des Bundesrats zu Nummer 7 der Drs. 366/22.

Freiburg/Berlin, 26. September 2022

Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband e.V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Katholischer Krankenhausverband  
Deutschlands e.V.

## Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleiterin Kontaktstelle Politik (Tandemleitung), Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, [Elisabeth.Fix@caritas.de](mailto:Elisabeth.Fix@caritas.de)

Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 030 240 83 68 -10 [bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

