

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)53(24)
gel. VB zur öffent. Anh. am
28.09.2022 - GKV-FinStG
27.09.2022



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Entwurf der Fraktionen SPD,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP eines**

**Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzli-
chen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz –
GKVFinStG)**

BT-Drucksache 20/3448

und zum

Antrag der Fraktion CDU/CSU

**Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorher-
sehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen**

BT-Drucksache 20/2375

Berlin, 27. September 2022

Stellungnahme zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Einleitung

Das GKV- Finanzstabilisierungsgesetz befasst sich im Kern mit der Sicherstellung stabiler Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen. Es sollte darüber hinaus jedoch auch genutzt werden, um die finanzielle Stabilität der Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen vor dem Hintergrund der erheblichen steigenden Energiekosten zu sichern.

Der bpa schlägt hierfür ein unkompliziertes und schnelles Verfahren vor: eine Direkterstattung der Energie-Mehrkosten, die sich am Abrechnungsverfahren beim Pflege-Rettungsschirm in der Corona-Pandemie orientiert (siehe S. 9). Die Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen müssen höhere Abschläge ihrer Energieversorger direkt bei den Kostenträgern geltend machen können und die Mehrkosten umgehend erstattet bekommen. Dabei geht es nur um die aktuellen Mehrkosten. Zum Ende der Pflegesatzperiode erfolgte eine Spitzabrechnung. Eine zusätzliche Berücksichtigung der Kosten bei künftigen Pflegesatzverhandlungen wäre ausgeschlossen.

Dieses Verfahren hätte auch den Vorteil, dass viele Pflegebedürftige vor erheblichen Nachforderungen – nach einem Abschluss des üblichen Pflegesatzverfahrens – geschützt wären. Ein zusätzlicher Anstieg der Eigenanteile würde so vermieden. Dadurch würde auch verhindert, dass noch mehr Menschen in die Sozialhilfeabhängigkeit rutschen.

Darüber hinaus regt der bpa gemeinsam mit den anderen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene eine gesetzliche Übergangsregelung zur Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen vor (siehe S. 5).

Änderungsantrag 1

§ 64d SGB V – Erstreckung der Modellvorhaben auf stationäre Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Rahmenvertrag für die Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen soll erweitert werden. Ab 1. April 2023 sollen dann auch Modellvorhaben mit Pflegefachpersonen in Pflegeheimen durchgeführt werden können, was bisher nicht möglich ist. Die Anpassung des Rahmenvertrags soll bis 31. Dezember 2022 erfolgen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erstreckung der Modellvorhaben auf Pflegeheime.

Der bpa hatte sich für eine entsprechende Möglichkeit auch schon in den Verhandlungen zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V ausgesprochen. Allerdings wurde damals mitgeteilt, dass nach Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Beteiligung von Pflegefachpersonen in Pflegeheimen nicht möglich sei. Der bpa begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit hier seine Position geändert hat. Es ist richtig, alle Möglichkeiten zu nutzen, um diese Modellvorhaben „an den Start“ zu bringen.

Das Ziel eine zügige Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte sicherzustellen, wäre gleichwohl erheblich schneller und effizienter zu erreichen, wenn die Modellvorhaben komplett gestrichen und die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte per Gesetz geregelt würde.

Die Rahmenbedingungen für die Modellvorhaben sind äußerst schwierig. Sie müssen ab 1. Januar 2023 (bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen ab 1. April 2023) beginnen. Bis dahin müssten entsprechende Pflegefachkräfte die Qualifikation der notwendigen Module nach § 14 Abs. 4 PfIBG eigentlich bereits absolviert haben – mit einem Umfang von 300 bis 400 Stunden. Das ist angesichts der derzeitigen Belastungssituation für die Pflegedienste und Pflegeheime kaum zu schaffen. Diese sehen sich einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber:

- die Umsetzung der Tariftreueregelung,
- die Umsetzung der Infektionsschutzvorgaben,
- die Etablierung von Impf-, Test-, Hygiene- und Paxlovidbeauftragten,

- die Bewältigung der extrem gestiegenen Energie- und Kraftstoffpreise und dadurch erforderliche neue Pflegesatzvereinbarungen.

Gleichzeitig ist ungeklärt, wie die Ausfallzeiten für die Pflegedienste und Pflegeheime finanziert werden, wenn ihre Pflegefachkräfte die Qualifizierung absolvieren. Schließlich müssen die Interessen von Pflegefachkräften, Pflegediensten und Pflegeheimen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen pro Bundesland zusammengebracht werden. Wenn beispielsweise eine Pflegefachkraft mit Zustimmung des Pflegedienstes die Qualifizierung für das Modul Diabetes machen möchte, aber die Krankenkassen in dem Bundesland nur ein Modellvorhaben für den Bereich Wundversorgung anbieten, passt das nicht zusammen. Der bpa schlägt deshalb vor, auch bundesländerübergreifende Modellvorhaben zu ermöglichen. Sollen die Modellvorhaben zum Erfolg führen, ist ein maximales Maß an Unterstützung und Flexibilität erforderlich!

Änderungsvorschläge

Grundsätzlich sollten die Modellvorhaben komplett gestrichen und die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte per Gesetz geregelt werden. Sofern es dennoch bei der bisherigen Regelung bleibt, sind die folgenden Änderungen notwendig:

§ 64d Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. **Länderübergreifende Modellvorhaben sind möglich.** In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten fest. **Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Bis zum 31. Dezember 2022 sind in dem Rahmenvertrag nach Satz 4 unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen nach dem Elften Buch zu treffen, die eine Teilnahme von Pflegeheimen an Modellvorhaben spätestens ab dem 1. April 2023 ermöglichen.**

Neu:

§ 113c SGB XI – Übergangsregelung zur Umsetzung der Bundesempfehlungen nach § 113c Abs. 4 SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung

Um die Umsetzung des vollstationären Personalbemessungsinstruments zu ermöglichen, schlagen die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Schaffung einer zeitlich begrenzten Übergangslösung für das Pflegehilfspersonal des Qualifikationsniveau 3 (ein- und zweijährig nach Landesrecht ausgebildet) vor, bis diese im ausreichenden Maße ausgebildet wurden bzw. auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Die fehlenden nach Pflegehilfskräfte des QN 3 sollen durch vorhandene langjährig beschäftigte und erfahrene Pflegehilfskräfte mit den Qualifikationsniveaus 1 und 2 zeitlich befristet ersetzt werden können.

Stellungnahme

Derzeit 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. Sie folgen damit dem gesetzlichen Auftrag. Teil des neuen Personalbemessungsinstruments ist ein neuer Qualifikationsmix. In diesem nehmen nach Landesrecht ein- und zweijährig ausgebildete Pflegehilfskräfte (Qualifikationsniveau 3 - QN 3) mit bis zu 33 Prozent des Pflegepersonals eine essentielle Rolle ein.

In der Praxis herrscht allerdings ein gravierender Mangel an diesem Personal. In den Einrichtungen liegt der Prozentsatz aktuell in der Regel im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Vielerorts dürfte es keinen einzigen Mitarbeiter mit einer solchen Qualifikation geben. Im Land Berlin wird überhaupt erst zum November 2022 mit der Ausbildung erstmals und in sehr kleinem Umfang begonnen. Eine Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI in der vollstationären Langzeitpflege wäre deshalb nicht flächendeckend möglich. 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 das QN 3 vor, bis diese im ausreichenden Maße ausgebildet wurden bzw. auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Konkret sollen die fehlenden Pflegehilfskräfte des QN 3 durch vorhandene langjährig beschäftigte und erfahrene Pflegehilfskräfte mit den Qualifikationsniveaus 1 und 2 zeitlich befristet ersetzt werden können. Diese Übergangslösung wird im Weiteren als „Substitution“ bezeichnet.

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 PflBG 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 01.07.2023) 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 hier vorliegenden Lösungsvorschlag in Anspruch, dass dieser Ansatz dem gleichen Ziel und Zweck Rechnung trägt.

Um abschließend noch mehr Flexibilität zu schaffen sollten QN 3-Kräfte wo möglich auch 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 SGB XI 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 und QN 2-Kräften. Es ist in vielerlei Hinsicht kurz- und mittelfristig nicht darstellbar, diesen großen Mitarbeitendenpool (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“ Mitarbeitende (Dauer der Betriebszugehörigkeit usw.) dafür eingesetzt werden sollen. Häufig liegt auch bereits eine Basis-schulung vor (QN 2). Es sind zudem perspektivisch die

Mitarbeitenden die in Pflegehelferausbildung nach Landesrecht gebracht werden sollen. Allerdings fehlen derzeit entsprechende Schulplätze.

- Es ist kein Qualitätsverlust zu erwarten, weil die Zuordnung oberhalb der festgelegten Mindestausstattung erfolgt, also mehr Personal eingesetzt wird, als vorher. Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG sind 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 Konvergenzhase im Rahmen der Umsetzung der vollstationären Personalbemessung 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 Mitarbeitenden umzusetzen, was nicht nur sachgerecht sondern notwendig erscheint.

Änderungsvorschläge

§ 113c Abs. 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarenden 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 Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegefachkräfte (QN 4) vorhalten.

~~2.3.~~ kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarenden 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, ~~Finanziert werden kann auch~~ 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.

Antrag der Fraktion CDU/CSU „Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen“

Forderungen des Antrags

Die Antragsteller fordern verschiedene gesetzliche Sofortmaßnahmen, mit denen die Krankenhäuser die inflationsbedingten Kostensteigerungen abdecken können sollen.

Stellungnahme

Die Antragsteller haben richtigerweise festgestellt, dass die erheblichen Preissteigerungen der letzten Monate das Gesundheitswesen besonders betreffen. Aufgrund der besonderen Refinanzierungssystematik können Kostensteigerungen nicht einfach weitergegeben werden. Es entstehen daher Finanzierungslücken, die eine außerordentliche wirtschaftliche Gefährdung der Einrichtungen bedeuten. Es wird daher ein Soforthilfeprogramm gefordert, welches die drohende wirtschaftliche Schieflage abwehren soll.

Bedauerlicherweise beziehen die Antragsteller ihre Forderungen jedoch ausschließlich auf die Krankenhäuser. Dabei sind Pflegeeinrichtungen und die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe gleichermaßen betroffen. Es bedarf daher dringend auch für diese eine unmittelbare Lösung.

Langwierige (Einzel-)Verhandlungen zur Refinanzierung der entstandenen Kosten wären dabei allenfalls die zweitbeste Lösung. Die Einrichtungen wären diesbezüglich in kompletter Abhängigkeit von den Kostenträgern und deren Verhandlungsbereitschaft. Die Verfahren sind zudem zeitaufwendig und bedeuten einen erheblichen Bürokratieaufwand. Bei tausenden von parallelen Verhandlungen ist zudem vorprogrammiert, dass sämtliche Verhandlungs- und Schiedsstellenkapazitäten überlastet wären.

Benötigt wird daher stattdessen ein unkompliziertes und schnelles Verfahren, mit dem die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe die rasant steigenden Energiepreise abrechnen können.

Ein solches hatte der bpa schon früh in die Diskussion gebracht und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt: **eine Direkterstattung der Energie-Mehrkosten**, die sich am geübten Abrechnungsverfahren beim Pflege-Rettungsschirm in der Corona-Pandemie orientiert. Die Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen müssen dafür höhere Abschläge ihrer Energieversorger direkt bei den Kostenträgern geltend machen können und diese Mehrkosten umgehend erstattet bekommen. Dabei geht es nur um eine Erstattung der aktuellen Mehrkosten. Zum Ende der

Pflegesatzperiode erfolgte eine Spitzabrechnung. Eine zusätzliche Berücksichtigung dieser Kosten bei künftigen Pflegesatzverhandlungen wäre ausgeschlossen. Die Direkterstattungen der Energie-Mehrkosten können im Rahmen des SGB XI – wie bisher auch die Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal – als zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung (entsprechend § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI) gewährt werden.

Dieses vom bpa vorgeschlagene Verfahren hätte auch den Vorteil, dass viele Pflegebedürftige vor erheblichen Nachforderungen – nach einem Abschluss des üblichen Pflegesatzverfahrens – geschützt wären. Ein zusätzlicher Anstieg der Eigenanteile würde so vermieden. Dadurch würde auch verhindert, dass noch mehr Menschen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit in die Sozialhilfeabhängigkeit rutschen. Denn ohne Direkterstattung der Energie-Mehrkosten könnten viele Pflegebedürftige mit ihrem Eigenanteil finanziell überfordert sein und müssten dann Hilfe zur Pflege beantragen.