



Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Personalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) BT Drs. 20/3876

A. Vorbemerkung und Zusammenfassung

Der Deutsche Caritasverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) unterstützen mit Nachdruck das Ziel des Gesetzgebers, die Personalsituation in der Pflege kurz- und langfristig zu verbessern. Dieses Ziel kann mit den im Gesetzentwurf vorgelegten Vorschlägen allerdings nicht erreicht werden. Wir erwarten, dass im Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge getragen wird, dass die Entwicklung, Erprobung und Einführung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments auf Grundlage der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) vorangetrieben wird und diese bis dahin als Interimslösung genutzt wird. Dazu sind eine schnelle und vollständige Umsetzung der Pflegepersonalregelung und die Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die durch aus dem Bedarf abgeleitete Korridore ersetzt werden, notwendig.

Bezüglich der Änderungen zum Digitalisierungsteil des vorliegenden Gesetzentwurfs sieht der Deutsche Caritasverband einmal mehr die dringende Notwendigkeit, die vielen unübersichtlichen und nicht miteinander verzahnten Digitalisierungselemente zu einer kohärenten Digitalisierungsstrategie zusammenzuführen, wie sie der Koalitionsvertrag vorsieht. Die zahlreichen Fristverschiebungen, die mit diesem Gesetzentwurf vorgenommen werden und welche die Caritas mit großer Sorge zur Kenntnis nimmt, sind nur ein Indikator für dieses Erfordernis. Ein besonderer Wermutstropfen sind die Verzögerungen bei der Einführung des elektronischen Heilbe rufsausweises für die Pflege, aber auch die Verschiebung der Fristen für die Eingabemöglichkeiten pflegerischer Daten in die ePA. Die Caritas setzt sich dafür ein, dass die Anforderungen an die Einwilligung der Patient_innen in die Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen Verordnungen nicht nur den Bereich der Krankenhäuser, sondern auch den der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen umfassen muss.



Die von uns vertretenen Krankenhäuser befinden sich seit zweieinhalb Jahren im pandemiebedingten Stresstest. Es kann noch immer keine Rede vom Normalbetrieb sein!

Nicht nur auf den Stationen der Krankenhäuser herrscht – nach wie vor – Personalmangel in der Pflege, sondern auch in der Verwaltung, bei den IT-Dienstleistungsunternehmen, die die Krankenhäuser unterstützen und in den Landesbehörden, die beispielsweise vereinbarte Budgets genehmigen oder KHZG-Bescheide erlassen müssten. Die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zu Budgetverhandlungen werden diesem Umstand nicht gerecht. Sie werden vielmehr zur Folge haben, dass zusätzlich auch die Schiedsstellen überlastet sein werden. Deshalb braucht es einfachere Verhandlungsgrundlagen und eine einfachere Vergütungssystematik anstelle einer praxisfernen Sanktionswut.

Der Gesetzentwurf enttäuscht die katholischen Krankenhäuser, weil erneut die Chance vertan wird, den Krankenhäusern - einerseits angesichts enorm steigender Kosten durch einen Energiekosten- und Inflationsausgleich und andererseits für die pandemiebedingten Leistungsschwernisse und Belastungen - durch eine adäquate Ausgleichsregelung Finanzierungssicherheit zu geben. Stattdessen werden Unsicherheiten geschürt und den Krankenhäusern zusätzliche Lasten auferlegt.

Weitergehenden dringenden Änderungsbedarf sieht der Deutsche Caritasverband bei den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Nach § 111 und 111c SGB V werden die Krankenkassen nur für den Fall, dass der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 S. 1 IfSG feststellt, verpflichtet, Vergütungen zu vereinbaren, die coronabedingten Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen. Die Deutsche Rentenversicherung ist mit gutem Beispiel vorangegangen, die GKV muss für den Leistungsbereich des SGB V nachziehen. Dafür bedarf es einer gesetzlichen Grundlage, für die sich der Deutsche Caritasverband mit seinen Fachverbänden angesichts weiterhin hoher Infektionszahlen vehement einsetzt. Die bisherige gesetzliche Regelung für pandemiebedingte Sondervereinbarungen läuft komplett ins Leere und birgt ein nicht hinnehmbares Risiko vieler Insolvenzen von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, die dann für die Versorgung in dieser Krisenlage nicht mehr zur Verfügung stehen.

Weitergehenden drängenden Änderungsbedarf sieht die Caritas auch beim IfSG. Auch der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf gefordert, die Maskenpflicht in Gemeinschaftsräumen für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen, in denen diese Menschen wohnen und leben, aufzuheben. Dafür setzt sich auch die Caritas ein. Des Weiteren sind Klarstellungen und Nachbesserungen in Bezug auf die Neuregelungen zu den §§ 28b und 35 i.V. mit der Sonderleistung nach § 150c SGB XI erforderlich: So sollen nicht-überwachte Selbsttests auch für Mitarbeitende in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen, Hospizen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor Dienstantritt möglich sein. Des Weiteren sollte klargestellt sein, dass das Personal FFP2-Masken – natürlich abhängig vom Infektionsgeschehen – in der Regel nur bei körpernahem Kontakt tragen muss. Des Weiteren muss es auch möglich sein, dass Pflegedienstleitungen, die als verantwortliche Personen für Hygiene, Impfen, Testen oder Paxlovid benannt sind, in den Genuss des Bonus kommen, wenn in kleineren Einrichtungen der Pflegedienstleitung auch die Einrichtungsleitung obliegt.



B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

Personalbedarf vor Ort ermitteln

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist eine zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und attraktive Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern. Aus dem Pflegeberuf ausgeschiedene Personen mit Pflegeausbildung geben zu einem erheblichen Teil an, einen Wiedereinstieg nur bei einer verbesserten Personalsituation in Erwägung zu ziehen. Es ist dringend erforderlich, die angespannte Personalsituation in der Pflege dadurch zu entschärfen, dass die Attraktivität des Pflegeberufs durch entlastende Maßnahmen gesteigert werden kann.

Die Ampel-Koalition hat sich deshalb in ihrem Koalitionsvertrag von 2021 dazu verpflichtet, eine verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) kurzfristig als Interimsinstrument einzuführen. Wir begrüßen, dass nun endlich ein Gesetzgebungsverfahren in Gang gesetzt wird, in dem eine Personalbemessung thematisiert wird, sehen allerdings erheblichen Nachbesserungsbedarf.

Aber selbst eine sachgerechte Ermittlung des Personalbedarfs allein ist nicht ausreichend, um die Situation der Pflegenden zu verbessern. Krankenhäuser müssen auch in der Lage sein, den Personaleinsatz angemessen und flexibel zu gestalten. Denn um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen, muss das Zusammenwirken der Gesundheitsfachberufe gestärkt und zu einer flexiblen Zusammenarbeit ausgebaut werden. Organisationale Begebenheiten sind ebenso wie regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Eine Personalbemessung muss einen flexiblen Personaleinsatz im Rahmen eines Grade-Skill-Mixes ermöglichen und einem Ganzhausansatz folgen. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie das Bundesministerium für Gesundheit mit dem vorgelegten Gesetzentwurf für Entlastung für die Pflegefachpersonen im Krankenhaus sorgen will, während es durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Möglichkeit des Einsatzes von Pflegehilfskräften erheblich eingeschränkt hat.



Einheitliche Bemessungsgrundlage ohne Ausnahme

Die in der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) vorgesehene Definition von Erreichungsgraden basiert auf im Bundesdurchschnitt ermittelten Werten. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Einrichtungen aus der Kalkulation herausgenommen werden, wenn ein entlastender Tarifvertrag vereinbart ist. Die Herausnahme dieser Einrichtungen aus der Kalkulation von bundesdurchschnittlichen Werten führt jedoch nicht zu sachgerechten Ergebnissen. Das ist insofern kritisch zu sehen, als die in Tarifverträgen festgelegten Personalausbauvorgaben eine Herleitung aus dem Pflegebedarf vermissen lassen. Entlastungstarifverträge zielen darauf ab, dem Personal nach Überlastungssituationen einen zeitlichen Ausgleich zukommen zu lassen. Das Ziel muss allerdings sein, Überlastungssituationen durch einen am Bedarf ausgerichteten Personaleinsatz von vornherein zu vermeiden.

Die Personalausbauvorgaben, die in den bisher bekannten Entlastungstarifverträgen vereinbart werden, sind zudem nicht aus dem Pflegebedarf abgeleitet. Insofern ist eine Festlegung des einzusetzenden Personals am Verhandlungstisch weder sinnvoll noch zielführend. Die Personalausstattung der Krankenhäuser ist überdies Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge, die nicht den Vereinbarungen von Tarifparteien überlassen werden kann. Nach einer Überlassung an Tarifparteien kann der Staat die Daseinsvorsorge nicht gewährleisten, wenn er etwa bei unzureichenden Tarifverträgen aufgrund der Tarifautonomie nicht eingreifen kann. Durch die Herausnahme mancher Einrichtungen aus der Bemessungssystematik sorgt der Gesetzentwurf für einen regulatorischen Flickenteppich und schreibt den Status quo insbesondere in den Krankenhäusern fest, die durch eine Opt-out-Option nicht unter die Regelungen der Pflegepersonalregelung fallen würden. Ein Nachweis, dass Tarifverträge die krankenhausindividuellen Erfüllungsgrade übertreffen, ist nicht gegeben. Wir fordern deshalb, den Tarifvorbehalt unbedingt zu streichen.

Gesamtstrategie statt Verzögerungstaktik

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Entwicklung eines wissenschaftlichen Personalausbauinstrumentes nach § 137 k SGB V bislang nicht beauftragt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Entwicklung nun noch einmal verschoben werden soll. Wir haben Zweifel daran, dass die Bundesregierung eine pflegepolitische Gesamtstrategie verfolgt. Damit das Pflegepersonal, die Krankenhäuser und die IT-Dienstleister nicht mit ständigen Neuerungen überfrachtet werden,



fordern wir eine zügige Beauftragung sowie eine gesetzliche Klarstellung, dass das zu entwickelnde Personalbemessungsinstrument (§ 137k SGB V) auf der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) aufgesattelt wird.

Budgetverhandlungen

Grundsätzlich begrüßen wir Maßnahmen, die eine prospektive Verhandlung der Budgets ermöglichen und den entstandenen Verhandlungsstau auflösen. Der Ansatz des Gesetzentwurfs, dies über sanktionierte Fristen und eine „automatische“ Einschaltung der Schiedsstellen zu lösen, verkennt die Ursachen des Verhandlungsstaus und wird die Situation nicht verbessern. Das Problem liegt nicht darin, dass die Krankenhäuser die Verhandlungen verschleppen und notwendige Unterlagen zurückhalten. Nur in diesem Fall wären die vorgesehenen sanktionierten Fristen gerechtfertigt.

Vereinfachung statt Fristen

Nach unserer Bewertung führen in erster Linie die sich kontinuierlich ändernden und komplexer werdenden Vorgaben für die Verhandlung der Budgets zu langwierigen Verhandlungen. Die Komplexität lässt sich nicht durch die Vorgabe sanktionierte Fristen lösen. Auch Schiedsstellen können dann keine sachgerechten Entscheidungen treffen. Hier sind vielmehr deutliche Vereinfachungen notwendig, die eine klare und transparente Grundlage für Verhandlungen schaffen. Die im GKV-FinStG umgesetzten Maßnahmen führen jedenfalls nicht zu einer sachgerechten Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen des Pflegebudgets, sondern werden diese vielmehr erschweren. Dies haben wir in unserer Stellungnahme zum GKV-FinStG ausführlich dargelegt.

Hinzu kommt, dass eine sachgerechte Zusammenstellung – und auf der anderen Seite eine inhaltliche Überprüfung - der Unterlagen innerhalb der gesetzlichen Frist nicht möglich sein wird. Zum einen ist dabei nicht berücksichtigt, dass bis zu diesem Zeitpunkt wesentliche Daten und Rahmenbedingungen noch nicht festgelegt, verhandelt oder erstellt sind (z.B. Landesbasisfallwert, IST-Werte, Testate).

Zum anderen unterliegen die Krankenhäuser in dem Zeitraum, den sie für Vorbereitungen oder Verhandlungen nutzen sollen, bereits anderen gesetzlichen Verpflichtungen, die weitere aufwändige Tätigkeiten nach sich ziehen und erhebliche Personalressourcen binden. Dazu zählen die Erstellung des Wirtschaftsplans,



des Jahresabschlusses, die Meldung von Kalkulationsdaten an das InEK sowie das jährliche Einpflegen der neuen externen Kataloge (Preise, Abrechnungsziffern / -kataloge, individuelle Entgelte wie NUBs) sowie neue Zahlbeträge. Wir weisen darauf hin, dass wir längst nicht mehr nur von einem Fachkräftemangel des Gesundheitspersonals betroffen sind. Fachkräfte fehlen genauso – durch pandemiebedingte Ausfälle verstärkt – in der Verwaltung. Wir bezweifeln im Übrigen, dass die durch das Gesetz erforderlichen personellen Ressourcen in den Krankenkassen, Genehmigungsbehörden und Schiedsstellen zur fristgerechten Bearbeitung zur Verfügung stehen werden.

Auch die zur Auflösung des Verhandlungsstaus vorgesehene Schaffung immer neuer Fristen ist in unseren Augen gänzlich widersinnig. Hier ist eine pragmatische Lösung notwendig. Das vorgesehene Verfahren, über die Schiedsstellen zu Lösungen zu kommen, ist nicht zielführend. Die dafür notwendigen personellen Ressourcen stehen – auch, aber nicht nur pandemiebedingt - in den Krankenhäusern nicht zur Verfügung.

Keine Sanktionen

Die durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehenen Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die Unterlagen nicht fristgerecht oder vollständig vorlegen, lehnen wir ab. Sanktionierungen von Verfahrensschritten haben in einer Verhandlungssituation zwischen Vereinbarungspartnern(!) nichts zu suchen.

Krankenhauszukunftsfonds

Die beabsichtigten Änderungen zeigen, dass die Fristen im Rahmen von KHZG-Verfahren nicht erfüllbar sind. Zurecht werden daher Änderungen vorgenommen, um dem Umstand gerecht zu werden, dass der ursprünglich vorgesehene Zeitplan zur Umsetzung nicht eingehalten werden kann. Aus unserer Sicht sind neben der vorgesehenen Verschiebung der Reifegradmessung sowie der Reduzierung des Controllingaufwands der Behörden weitere Anpassungen erforderlich. So ist eine Anpassung der Frist für Abschläge in § 5 Abs. 3a KHG erforderlich. Außerdem kommt es vor, dass im Verlauf des Prozesses Änderungen in der Planung notwendig werden, die im Antrag noch nicht abgebildet sind. Hier fehlt Rechtssicherheit, wie damit umzugehen ist.



Krankenhausabrechnungsprüfung

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden Strafzahlungen eingeführt, die Krankenhäuser zu leisten haben, wenn bestimmte Quoten durch den MD beanstandeter Rechnungen überschritten werden. Zur Verwaltungsvereinfachung für die Krankenkassen, sollen diese Aufschlagszahlungen künftig nicht mehr als Verwaltungsakt ausgewiesen und vollzogen werden, sondern „im Wege der elektronischen Datenverarbeitung“ geltend gemacht werden. Eine Sanktionierung der Krankenhäuser ist nicht notwendig. Auch „im Wege der elektronischen Datenverarbeitung“ entsteht Verwaltungsaufwand zur Ermittlung und Überprüfung der Aufschlagszahlung. Ausweislich der Gesetzesbegründung haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, im Rahmen des Datenaustauschs bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der geltend gemachten Aufschläge diese mit den Krankenkassen auszuräumen. Wir haben große Bedenken, dass im Rahmen des Datenaustauschs, der lediglich eine Kommunikationsplattform darstellt, die Möglichkeit besteht, eine Korrektur fehlerhaft berechneter Aufschläge zu erreichen und sich faktisch gegen die Einbehaltung von Aufschlägen zu wehren.

Änderungsbedarf: Die Aufschlagszahlung (§ 275c Absatz 3 SGB V) ist ersatzlos zu streichen.

Digitale medizinische Versorgung

§ 139e Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Fristen für den Nachweis der Datenschutzanwendungen für die zugelassenen DiGas, die das Bundesamt für Informationstechnik vorlegen muss, werden um 1 Jahr auf den 31. Dezember 2022 verschoben. Damit wird der normativen Kraft des Faktischen Rechnung getragen, da die Frist des 31. Dezember 2021 nicht eingehalten werden konnte. Als im Sinne der Patientensicherheit nicht hinnehmbar erachtet die Caritas, dass zugleich auch die Frist der Hersteller zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz nach § 139e Absatz 11 vom 1. April 2023 um mehr als 1 Jahr auf den 1. August 2024 verschoben wird.

§ 142 Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass der Aufgabenbereich des Sachverständigenrats Gesundheit explizit auf den Bereich der Pflege



ausgeweitet wird. Durch diese Klarstellung wird der herausragenden Rolle der Pflege in unserem Gesundheitswesen angemessen Rechnung getragen. Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass der Bericht künftig im Jahresrhythmus statt alle zwei Jahre vorgelegt werden muss, da dadurch die vielen aktuellen Themen wissenschaftsbasiert rascher von der Politik aufgegriffen werden können

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte

Nach § 291 Absatz 3 Satz 2 sind die Krankenkassen verpflichtet, Versicherten auf Verlangen unverzüglich eine eGK mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen. Um dieses Verfahren in Gang zu bringen, regelt der neue Absatz 3a, dass die Krankenkassen bei Ausgabe der eGK mit kontaktloser Schnittstelle die Versicherten über die Möglichkeit der Beantragung einer PIN, den Antragsweg und die Nutzungsmöglichkeiten zu informieren, was begrüßt wird. Nur mittels einer eGK mit kontaktloser Schnittstelle können die wichtigen Anwendungen wie elektronischer Medikationsplan, E-Rezept, elektronische Verordnungen und elektronische Patientenkurzakte genutzt werden. Daher ist dieser Schritt dringend erforderlich.

Wie von uns gefordert, sieht der Gesetzentwurf nun vor, dass die Krankenkassen die Versicherten grundsätzlich über die Nutzungsmöglichkeiten der PIN informieren müssen und nicht mehr nur auf deren Verlangen.

Änderungsbedarf:

In Absatz 3 ist Satz 2 wie folgt zu ändern:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten ~~auf deren Verlangen~~ unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

§§ 291a und b: Versichertenstammdatenmanagement

Mit großem Bedauern nimmt der Deutsche Caritasverband zur Kenntnis, dass die Realisierung der Onlineprüfung der Versichertenstammdaten aufgrund des Fehlens bestimmter Elemente in der technischen Struktur der TI um 3 Jahre nach hinten verschoben werden muss. Solange diese Lücke besteht, kann die eGK weder als Versichertennachweis noch als Bescheinigungsmöglichkeit für die Abrechnung der Leistungen durch die Arztpraxen genutzt werden.



§ 304 Absatz 2: Weiterleitung von Daten über Arbeitsunfähigkeit bei Kassenwechsel

Die automatische Weiterleitung von Daten über vertragsärztlich ausgestellte AU-Bescheinigungen bei Kassenwechsel von der alten an die neu zuständige Krankenkasse entlastet Versicherte und Ärzt_innen erheblich und sichert einen bruchlosen Versorgungsprozess.

§ 332a/b: Aufhebung unzulässiger Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie für Krankenhäuser und Apotheken

In der Praxis hat sich vielfach gezeigt, dass Anbieter von KIM-Diensten und Konnektoren entgegen den Interoperabilitätsvorgaben der gematik gemäß § 325 Absatz 2 und 3 SGB V bevorzugt Anwender aus dem eigenen Softwarebereich bedienen. Anbieter von Diensten und Komponenten bieten teilweise ihr System nur als Komplettangebot in Kooperation mit bestimmten Primärsystemanbietern an. Einzelne Primäranbieter verlangen dann zudem Anschlussgebühren und regelmäßige Wartungsgebühren, wenn ihre Kunden Komponenten und Dienstleistungen von einem anderen Anbieter nutzen wollen. Dieser Praxis schiebt nun der Gesetzentwurf einen Riegel vor, was sehr zu begrüßen ist. Durch die Wahl eines anderen Softwareanbieters dürfen nun keine zusätzlichen direkten oder indirekten Kosten mehr entstehen und die Wahlfreiheit der Anbieter von Komponenten und Dienstleistungen zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten wird nicht mehr eingeschränkt. Des Weiteren wird der Wechsel des Primärsystems erleichtert, der erforderlich sein kann, wenn dieses nicht mehr mit den erforderlichen Diensten und Komponenten für neue gesetzliche Pflichten, wie z.B. die Ausstellung einer eVerordnung, erforderlich ist.

Grundsätzlich müssen die Regelungen der §§ 332a/b auch für die Leistungserbringenden in der Pflege sowie anderen nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen gelten.

§ 340 Ausgabe von elektronischen Heilberufe- und Berufsausweisen sowie von Komponenten von Leistungserbringerinstitutionen

Da die elektronischen Heilberufeausweise SMC-B an Angehörige der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe immer noch nicht ausgestellt sind, verlängert der



Gesetzgebern die Frist für die vereinfachte Nachweiserbringung der Berechtigungen zum Erhalt eines elektronischen Institutionenausweises vom 30. Juni 2022 bis zum 30. Juni 2023. Ursache ist, dass die erforderlichen bestätigenden Stellen für die Ausgabe der SMC-B durch das eGBR immer noch nicht etabliert sind. Der Deutsche Caritasverband kritisiert dieses Säumnis scharf. Um den Druck auf die Etablierung der bestätigenden Stellen aufrechtzuerhalten, sollte die Frist auf das Jahresende 2022 begrenzt werden.

Änderungsbedarf:

In § 240 Absatz 1 Satz 2 ist die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „**31. Dezember 2022**“ zu ersetzen.

§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte – pflegerische Daten

Der Deutsche Caritasverband nimmt mit Bedauern zur Kenntnis, dass sich auch die Nutzung der ePA zur Speicherung von Daten zur pflegerischen Versorgung der Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und c sowie nach dem SGB XI erneut verzögert und vom 1.1.2023 auf den 1.1.2024 verschiebt.

Wiederholt weist der Deutsche Caritasverband auch darauf hin, dass die Daten der pflegerischen Versorgung auch die Leistungen zu § 37a sowie die Haushalts hilfen nach den §§ 38 und 42h SGB V umfassen sollen. Auch sollte die ePA Daten zu den DMP sowie zu den Angeboten der Selbsthilfe sowie für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g enthalten. § 341 Absatz 2 Nummer 10 ist, um diese Leistungen zu ergänzen.

§ 361a: Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung

Entgegen der Überschrift für den neuen § 361a SGB V, der auf elektronischen Verordnungen insgesamt abstellt, beschränkt sich der Anwendungsbereich des § 361a auf Verordnungen über Arzneimittel. Dies ist erklärbungsbedürftig. Diese Angaben dürfen der Einwilligung des Betroffenen und dürfen übermittelt werden an: Hersteller von DiGas, gesetzliche und private Krankenkassen, Apotheken, Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte, sofern sie in einem Behandlungsver hältnis mit den Versicherten stehen. Zu ergänzen sind in dieser Aufzählung auch

die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, Leistungserbringende in der Pflege sowie Vertragspsychotherapeut_innen. Die Übermittlung der Daten zwischen behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzten wird ausdrücklich begrüßt, denn die Übermittlung von Daten über verordnete Arzneimittel durch den Versicherten an seine Behandelnden in der haus- und fachärztlichen Versorgung ist für ihn von hohem Nutzen und Mehrwert. Dies gilt auch für die Informationen im Falle einer Krankenhausbehandlung oder der Behandlung in einer Reha- und Vorsorgeeinrichtung.

Bezüglich der Übermittlung solcher sensitiven Daten an die Hersteller von DiGas, die im vorliegenden RefE erstaunlicherweise an erster Stelle der Aufzählung nach Absatz 4 stehen, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien entschieden werden kann, dass die Nutzung von Daten über die Arzneimittelversorgung für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der DiGA erforderlich ist. Diese Kriterien sind zu benennen bzw. der Zweck ist näherhin zu konkretisieren.

Zu begrüßen ist, wenn der Versicherte Daten an seine Krankenkasse bzw. sein Krankenversicherungsunternehmen übermitteln kann, um schneller entsprechende Leistung bewilligt zu bekommen. Zu unbestimmt ist jedoch, dass die Daten auch zu einem nicht näher spezifizierten Zweck eines individuellen Angebots zur Verbesserung der Versorgung übermittelt werden sollen. Dies ist entweder zu konkretisieren oder zu streichen.

Der Versicherte muss zudem die Möglichkeit erhalten, der Übermittlung der Daten jederzeit widersprechen zu können oder Zeitraum sowie Datenbereich der Leistungsübermittlung zu beschränken. Absatz 7 ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf

In die Auflistung des Absatzes 4 sind folgende neue Nummern aufzunehmen:

„7. Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, zur Unterstützung der Behandlung

8. Pflegerische Einrichtungen, die den jeweiligen Versicherten versorgen, zur Unterstützung der ärztlichen Versorgung.“

In Nummer 5 sind Psychotherapeut_innen zu ergänzen.

In Absatz 7 ist folgender Satz anzufügen:



„Versicherte können ihre Einwilligung in die Datenübermittlung nach Absatz 5 Satz 1 jederzeit widerrufen oder auf bestimmte Zeiträume und bestimmte elektronische Verordnungen beschränken“.

C. Ergänzende Regelungen des Bundesrats (Drs. 460/22) zu Artikel 8a IfSG

Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Verabschiedung der Novellierung des Covid-19SchG für eine klarstellende Änderung ein, dass Bewohner_innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen und besonderen Wohnformen sowie Gäste von Tagespflegeeinrichtungen keiner Maskenpflicht unterliegen. Diese Menschen leben in der Einrichtung und dürfen nicht verpflichtet werden, in Gemeinschaftsräumen, die für sie Wohnräume darstellen, Masken zu tragen.

Des Gleichen dürfen auch Menschen mit Behinderung, die in WfbM beschäftigt sind, nicht verpflichtet werden, Masken zu tragen. Eine entsprechende Maskenpflicht besteht auch nicht in anderen Unternehmen und Betrieben. Die Beschäftigten in WfBMs werden durch diese Regelung gegenüber anderen Gruppen von Beschäftigten ungleich behandelt und somit diskriminiert. Dies ist nicht hinnehmbar.

Die Caritas dankt dem BMAS, das im Einvernehmen mit dem BMG eine Auslegung der Regelungen des § 28b Absatz 1 Satz 6 dahingehend erwirkt hat, dass die Maskenpflicht in den besonderen Wohnformen und der WfbM nicht gelten soll. Eine vergleichbare Auslegung wurde jedoch seitens des BMG für den Bereich der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nicht getroffen. Daher bedarf es einer eindeutigen und klarstellenden Regelung. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Gesetzesbegründung darauf verweist, dass sich die Ausnahme von der Maskenpflicht auf die reinen Privaträume der betroffenen Personen beschränkt. Die Caritas unterstützt daher mit Nachdruck den vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungsbedarf im Rahmen seiner Stellungnahme zur vorliegenden Gesetzentwurf.

Änderungsbedarf:

In § 28b Absatz 1 Satz 6 IfSG werden nach dem Wort „Personen“ die Wörter „in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumen“ gestrichen und durch die Wörter „in Einrichtungen nach Satz 1 Nummer 3b“ eingefügt.



D. Weiterer Änderungsbedarf am IfSG

1. Ermöglichung nicht überwachter Eigentests auch für stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, Hospize und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

§ 28b Absatz 1 Satz 8 ermöglicht nicht-überwachte Eigentests als Voraussetzung zur Betretung der Einrichtung nur für Pflegekräfte, die in ambulanten Pflegediens-ten tätig sind, nicht jedoch für Pflegekräfte, die in voll- oder teilstationären Pflege-einrichtungen oder Hospizen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe tätig sind. Dies ist nicht sachgerecht. Es ist sowohl für das Personal als auch für die Einrichtung eine Entlastung, wenn der Antigentest bereits vor Dienstantritt zu-hause absolviert werden kann. Gegenwärtig müssen die Einrichtungen für die Überwachung des Tests Personal abstellen, das dann für dringend benötigte an-derweitige Einsätze nicht zur Verfügung steht.

Änderungsbedarf:

§ 28b Absatz 1 Satz 8 wird wie folgt formuliert:

„Bei Personen, die in einer oder einer in Satz 1 Nummern 3b und 4 genannten Ein-richtung oder tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, kann die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Ab-satz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfol-gen.“

1. Einsatz von FFP2-Masken

Das Tragen von FFP2-Masken ist bei körpernahen Einsätzen auch im Coronaherbst- und -winter 2022/23 weiterhin geboten. In allen anderen Fällen ist das Tragen eines MNS als ausreichend zu erachten.

Änderungsbedarf:

In § 28b ist in Absatz 1 Nr. 3b) sind vor den Wörtern „eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) die Wörter „bei körpernahem Einsatz“ zu ergänzen.



2. Sonderleistung nach § 150c für Pflegedienstleitungen in Personalunion mit der Einrichtungsleitung

Es ist sachgerecht, dass Einrichtungsleitungen keinen Anspruch auf Sonderleistungen nach § 150c Absatz 1 im Zusammenhang mit der Verantwortlichkeit für Hygienemanagement, Impfen, Testen und Paxlovid erhalten können. In der Praxis gibt es jedoch insbesondere bei sehr kleinen Einrichtungen die Konstellation, dass der Pflegedienstleitung auch die Aufgabe der Einrichtungsleitung obliegt. In diesen Fällen muss es möglich sein, dass die PDL bei Übernahme der Verantwortlichkeiten für Hygienemanagement, Testen, Impfen und Paxlovid die Sonderleistung nach § 150c SGB XI erhält.

Änderungsbedarf:

In § 150c Absatz 2 SGB XI wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Dies gilt nicht in Fällen, in denen der verantwortlichen Pflegefachkraft i.S. des § 71 Absatz 1 auch die Einrichtungsleitung obliegt.“

E. Änderungsbedarf im Bereich der Rehabilitation

Coronazuschläge im SGB V für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

§§ 111 und 111c SGB V: Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der stationären und ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an pandemiebedingte bedingte Sondersituationen

Nach § 111 und 111c SGB V werden die Krankenkassen nur für den Fall, dass der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 S. 1 IfSG feststellt, verpflichtet, Vergütungen zu vereinbaren, die coronabedingten Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen. Angesichts der Tatsache, dass die Ampelregierung die Feststellung der epidemische Lage von nationaler Tragweite im Winter 2021 trotz hoher Infektionszahlen aufgehoben hat, gehen der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (kkvd), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha,



Caritas Suchthilfe (CaSu) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung trotz der gegenwärtig bereits stark steigenden Infektionszahlen im Herbst/Winter 2022 und erster Überlastungsanzeigen der Krankenhäuser nicht davon aus, dass eine solche Feststellung getroffen wird. Die gesetzliche Regelung für pandemiebedingte Sondervereinbarungen läuft komplett ins Leere und birgt das Risiko, viele Insolvenzen von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach sich zu ziehen. Dies ist nicht hinnehmbar. Auch ohne Feststellung einer epidemischen Lage sind den Einrichtungen zum Schutz von Patienten und Mitarbeitenden besondere Hygiene-Mehraufwände abverlangt. (z.B. Testungen Patient_innen, Mitarbeitende und Besuchende, Masken, Prozessanpassungen). Die letzte Novellierung des IfSG im September 2022 hat neue Anforderungen an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gestellt. Unverändert ist auch die Auslastung Corona bedingt stark schwankend (kurzfristige Absagen oder Abreisen nach Positiv-Testungen) und entspricht zumeist nicht den Annahmen des früher getroffenen Vergütungsvertrages. Diese Situation ist für die Einrichtungen nicht steuerbar. Gerade für die WintEMONATE muss aufgrund der Dynamik des Infektionsgeschehens eine weitere Zunahme der kurzfristigen Corona bedingten Ausfälle befürchtet werden.

Die Deutsche Rentenversicherung hat bereits reagiert und zumindest für den Hygiene-Mehraufwand ab 01.10.2022 wieder entsprechende Vergütungszuschläge für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich auf den Weg gebracht. Im Bereich der GKV sind die Einrichtungen allein gelassen. Nach Auslaufen der vorhergehenden gesetzlichen Verordnungsregel klafft bereits seit 30.06.2022 eine Finanzierungslücke. Auf dem regionalen Verhandlungswege können keine Lösungen erreicht werden, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen. Die GKV Kassen verweisen darauf, dass keine gesetzliche Grundlage für eine Anpassung an die Sondersituation besteht. Es ist in keiner Weise vermittelbar, dass in Einrichtungen, die sowohl Patient_innen der Rentenversicherung als auch der Gesetzlichen Krankenversicherung aufnehmen, der für alle gleiche Aufwand nur von einem der Sozialversicherungsträger ausgeglichen wird. Deshalb muss eine vergleichbare Regelung wie in der Rentenversicherung auch seitens der GKV dringend auf den Weg gebracht werden. Dafür muss der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen entsprechend anpassen.



Änderungsbedarf

§ 111 Absatz 5 Satz 5 sowie § 111c Absatz 3 Satz 5 werden wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum bis zum 7. April 2023 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.“

In § 111 Absatz 5 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt:

„Die nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 bereits für die Zeit bis zum 30.06.2022 vereinbarten Grundsätze sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene fortzuschreiben.“

Freiburg/Berlin, 7. November 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, Deutscher Caritasverband,
Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, 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

