



Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd.**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

## Stellungnahme

### **Zu Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Personalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) Ausschuss-Drs. 20(14)63.2 vom 8. November 2022**

#### **ÄA 1: Anpassung der Abgabefrist des Berichts des GVK-SV zur Verordnung der geriatrischen Reha**

Die Verschiebung der Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands zu den Verordnungen von geriatrischer Reha vom 30. Juni 2024 auf den September 2024 ist sinnvoll, da durch die Fristverschiebung der Bezug zur KG-5-Statistik hergestellt werden kann.

#### **ÄA 2: Heil- und Hilfsmittelpaket**

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) begrüßen nachdrücklich, dass mit § 125 Absatz 7 auch der Bestand von bereits geschlossenen regionalen Sonderverträgen zur Heilmittelversorgung von Menschen mit Behinderung gesichert wird. Hiervon betroffen sind zum Beispiel alle Förderschulen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die Versorgung erfolgt in diesen Fällen durch angestellte Therapeuten und Therapeutinnen als Teil eines interdisziplinären Teams nach einem integrierten Konzept von pädagogischer und teilhabeorientierter Versorgung, das von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) als Versorgungsform ausdrücklich empfohlen wird und bislang auch wirksam zur Versorgung von Menschen mit Behinderung praktiziert wurde („Überlegungen aus der DVfR zur Heilmittelerbringung für Menschen mit Behinderungen durch Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach Änderung der §§ 124 ff. SGB V durch das TSVG“, 22.09.2020). Die Änderung ist erforderlich, weil die Kompetenz zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit dem TSVG grundsätzlich auf Bundesebene verlagert wurde. Durch eine weitere Änderung wird ermöglicht, dass die Krankenkassen





grundsätzlich auch Verträge mit Trägern von Schulen, Kitas und anderen Angeboten der Eingliederungshilfe sowie deren Verbänden schließen können. Damit ist die Gesetzeslücke rechtssicher geschlossen.

### **§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankverordnungen)**

Wenn die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringenden künftig entscheiden können, ob sie einen Vertrag zur Blankverordnung in ihrem Bereich schließen oder darauf verzichten wollen, haben Patient\_innen, die von ihrer Vertragsärztin oder ihrem Vertragsarzt eine Blankverordnung ausgestellt bekommen, Hürden bei der Auswahl ihres Heilmittelerbringenden, denn sie wissen nicht, in welcher Praxis sie die Verordnung einlösen können und in welcher nicht. Daher sind die Heilmittelerbringerpraxen zu verpflichten, auf ihren Homepages zu informieren, ob sie auf der Grundlage von Blankverordnungen behandeln oder nicht. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass die Blankverordnung im Bereich der Heilmittelerbringer begünstigt und nicht gehemmt werden sollten. Die Blankverordnung ist der erste Schritt hin zum Direktzugang, für den sich der Deutsche Caritasverband stets eingesetzt hatte. Diesbezüglich stellen die mit diesem Gesetzentwurf vorgelegten Regelungen eher einen Rückschritt vor. Begrüßt wird jedoch, dass der K(Z)BV bei der Prüfung der Eignung der Indikation nur noch ein Stellungnahmerecht statt des Einvernehmens eingeräumt wird.

### **ÄA 4: Auftrag an den GBA zur Lang-COVID-Versorgung**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der GBA angesichts der Vielzahl von Long-COVID-Patient\_innen, den Auftrag für den Erlass einer Richtlinie zu einer berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung erhält. Ausweislich der Begründung sollen auch Rehabilitationskliniken in die Versorgung einbezogen werden. Rehakliniken kommt schon heute in der Versorgung von Post- und Long-COVID-Fällen eine herausragende Bedeutung zu. Das Erfordernis einer intersektoralen Versorgung muss daher konkret im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung verankert werden:





## **Änderungsbedarf**

§ 92 Absatz 6c neu Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen - Zugang zu einem multimodalen **und intersektoralen** Therapieangebot sicherstellen.“

## **ÄA 7: Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe – und -assistenzbildungen am Krankenhaus**

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass ergänzend zur alten Krankenpflegeausbildung nun die neuen generalistischen Assistenzberufe in die Regelungen des KHG übernommen werden nach § 17a KHG finanziert werden, sofern das Krankenhaus Träger der Ausbildung ist. Durch die Abschaffung der alten, gesonderten Helferausbildungen in der Krankenpflege ab dem Jahr 2029 entsteht der erforderliche Druck auf die Länder, die nach Altenhilfe, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege gesonderten Helferberufe zugunsten der neuen generalistischen Ausbildung abzuschaffen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Jahren für ein bundesweit einheitliches System einer zweijährigen Pflegeassistenzausbildung ein. Angesichts der unterschiedlichen Dauer der Assistenzbildungen in den Ländern (12, 18, 23 oder 24 Monate) ist allerdings zu regeln, wie der Finanzausgleich zwischen den Ländern hergestellt werden soll.

Eine vergleichbare Regelung, die Altenpflege betreffend, fehlt hier. Das darf nicht auf die lange Bank geschoben werden. Die Refinanzierung muss insgesamt über den Pflegeausbildungsfonds erfolgen. Die Studien zum Personalbemessungssystem nach Rothgang zeigen, dass wir einen riesigen Bedarf an Pflegehilfskräften bei gleichzeitigem erheblichen Mangel haben. Die Länder müssen daher dringen genügend Ausbildungskapazitäten in den Pflegeschulen und für die praktische Ausbildung in der Altenpflege zur Verfügung stellen. Daher sollten die Regelung mit einer konkreten Frist versehen werden, z.B. 2025. Dies ist angesichts der finanziellen Entlastung, die sie mit der Regelung erfahren, mehr als geboten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die generalistische Assistenzausbildung nurmehr





im Bereich der Ausbildungsträgerschaft der Krankenhäuser erfolgt. Das widerspricht dem generalistischen Ansatz.

Künftig sollte die generalistische Assistenzausbildung aus dem Pflegeausbildungsfonds finanziert werden. Dabei ist allerdings parallel das Problem zu lösen, dass die Kosten der Ausbildung den Eigenanteil in der Pflege noch stärker erhöhen als dies heute schon in Folge der generalistischen Ausbildung für die Pflegefachkräfte der Fall ist. Daher setzt sich der Deutsche Caritasverband dafür ein, dass die Kosten der Pflegeausbildung künftig nicht mehr den Eigenanteilen der pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten und stationären Pflege zugerechnet werden, sondern aus einem Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung refinanziert werden.

#### **ÄA 8: Verlängerung des Modellprogramms § 8 Absatz 3b**

Die Umschichtung von Mitteln aus dem Modellprogramm nach § 8 Absatz 3a auf die Mittel nach Absatz 3b wird ausdrücklich begrüßt, damit entsprechend Mittel für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung bis 2025 zur Verfügung stehen.

#### **ÄA 9: Aussetzung der Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds**

Der Deutsche Caritasverband hat den kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds aufgrund der Volatilität der Kapitalzinsentwicklung stets gemeinsam mit den anderen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege als ungeeignetes Mittel zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung angesehen. Über lange Jahre hat der Pflegevorsorgefonds nur negative Zinsen erbracht. Die hier verspätet erst zum Dezember 2023 erfolgende Mittelzuführung im Umfang von 0,1 Prozentpunkte bzw. einem Finanzvolumen von 1,7 Mrd. Euro zur kurzfristigen Liquiditätssicherung und Sicherstellung der Versorgung und dadurch erfolgende Teilzweckentfremdung des Fonds im Jahr 2023 sieht der Deutsche Caritasverband als kritisch, aber noch hinnehmbar an, sofern sich der Gesetzgeber entscheidet, den Pflegevorsorgefonds aufrecht zu erhalten. Denn ein zweckgebundenes Sondervermögen muss unantastbar sein und darf nicht für kurzfristige Defizitkompensationen herangezogen werden. Künftige Reformen und die Umset-





zung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur weitergehenden Berücksichtigung des wirtschaftlichen Kindererziehungsaufwands müssen im Rahmen einer nachhaltigen Reform der Finanzierung finanziert werden.

Der Deutsche Caritasverband hat sich gemeinsam mit den anderen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege für einen Systemwechsel hin zu einer solidarischen und paritätischen Finanzierung von Pflege über die Erweiterung der Einnahmebasis im Umlagesystem, für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bis hin auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung, für die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten sowie für die Einführung eines Bundeszuschusses zur Finanzierung von Aufgaben, die die gesamte Gesellschaft betreffen, wie die Finanzierung der Rentenbeiträge pflegender Angehöriger eingesetzt. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist in schwerem Fahrwasser, nicht zuletzt auch verursacht durch die hohen Kosten des Pflegeschutzschirms, der jedoch zur Sicherung der pflegerischen Leistungen und der pflegerischen Infrastruktur während der Pandemie dringend nötig war. Schon für die Refinanzierung dieser Leistungen hätte es eines höheren Steuerzuschusses bedurft als dieser gewährt wurde. Statt in Sondervermögen einzugreifen und weiter Löcher zu stopfen, bedarf es jetzt endlich eines mutigen Schrittes zu einer nachhaltigen Finanzierungsreform der Pflegeversicherung. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Expertenkommission, die bis 2023 konkrete Vorschläge für eine generationengerechte Ausgestaltung der Pflegeversicherung vorlegen soll, ist unverzüglich einzuberufen.

### **ÄA 11: Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts**

kkvd und DCV begrüßen die Regelung zur Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von 171 Euro auf 230 Euro ab dem 1. Januar 2023. Hiermit wird kurzfristig auf die Liquiditätsproblematik vieler Kliniken, die das Pflegebudget noch nicht abschließend verhandeln konnten, reagiert.

### **ÄA 13: Entnahme aus der Liquiditätsreserve für die Pädiatrie und Regelungen für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie**





Das grundsätzliche Vorhaben einer kurzfristigen finanziellen Verbesserung der Situation der Pädiatrien wird ausdrücklich begrüßt. Das vorgeschlagene Procedere wird jedoch nicht dem formulierten Ziel gerecht, die finanziellen Mittel genau den Kliniken mit einer besonderen Struktur zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zukommen zu lassen und damit die Existenz dieser Leistungsangebote im Sinne der Daseinsvorsorge zu sichern.

Insbesondere folgende Sachverhalte gilt es in den vorgeschlagenen Regelungen anzupassen:

- Die Einschränkung der Altersbegrenzung auf Jugendliche bis maximal 16 Jahre ist in der praktischen Versorgung überhaupt nicht nachvollziehbar. In den pädiatrischen Bereichen der Krankenhäuser werden Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren versorgt. Eine regelhafte Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf Erwachsenen-Stationen ist unter 18 Jahren nicht zielführend.
- Daher muss auch der Kreis der Einrichtungen, für die diese gesonderten Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen, anders definiert werden, um ganz gezielt die pädiatrischen Einrichtungen zu fördern. Durch die jetzt vorgeschlagene Regelung erhalten alle Abteilungen somatischer Krankenhäuser zusätzliche Mittel, die Personen im Alter zwischen 28 Tagen und 16 Jahren behandelt haben, auch solche Einrichtungen, die keine besonderen pädiatrischen Strukturen vorhalten. Damit geht ein nicht unerheblicher Anteil der zusätzlichen Mittel an den pädiatrischen Abteilungen und Bereichen vorbei. Besser ist es daher eine Mittelzuweisung an die Kinder- und Jugendmedizinischen Versorgungsbereiche und Fachabteilungen zuzuführen, die laut Landeskrankenhausplanung in den Ländern diese besonderen Leistungsangebote in der Praxis sicherstellen.

#### **ÄA 14: Entnahme aus der Liquiditätsreserve für Geburtshilfe und Regelungen für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe**

Das grundsätzliche Vorhaben einer kurzfristigen finanziellen Verbesserung der Situation der Geburtshilfe wird ausdrücklich begrüßt, ob die zur Verfügung gestellten





Mittel, in Höhe von je 120 Millionen Euro für 2023 und 2024 dafür ausreichend sind, ist allerdings fraglich.

Als zielgerichtet sehen wir den Verfahrensvorschlag an, eine Verteilung der Finanzmittel nach dem Königsteiner Schlüssel vorzunehmen und den Ländern im Rahmen ihrer landeskrankenhausplanerischen Verantwortung die Verteilung der finanziellen Zuwendungen an die einzelnen geburtshilflichen Einrichtungen zu überlassen.

Alle weiteren Kriteriendefinitionen sollten dann auch die jeweiligen Landesbehörden in ihrer Planungshoheit für die Ausgestaltung der Krankenhausstruktur im jeweiligen Bundesland selbst festlegen. Vor allem da die Länder den auf ihre Krankenhäuser entfallenden Anteil durch einen eigenen Finanzierungsanteil erhöhen können. Die Länder sollen selbständig entscheiden, für welche bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorte, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten, und in welcher jeweiligen Höhe Mittel verwendet werden. So wird der realen Versorgungssituation und den regionalen

### **ÄA 15: Einführung der Krankenhaustagesbehandlung; Spezielle sektorengleiche Vergütung**

kkvd und DCV begrüßen ausdrücklich, dass in § 39 Absatz 1 SGB V die tagesstationäre Behandlung als neue Behandlungsform im Krankenhaus aufgenommen wird.

Die weiteren Regelungsdefinitionen zur tagesstationären Behandlung in dem neuen § 115e SGB V sind grundsätzlich geeignet, um den Krankenhäusern einen Anreiz zur Ambulantisierung in ihrer Leistungserbringung zu geben. hervorzuheben ist, dass alle zugelassenen Krankenhäuser die Entscheidung zu einer tagesstationären oder vollstationären Behandlungsdurchführung individuell treffen können, wenn dies vom behandelnden Arzt und dem Patienten oder der Patientin gemeinsam festgelegt wird. Dadurch wird der individuellen Situation der einzelnen Patienten Rechnung getragen.

Eine umfängliche Bewertung der Realisierung der Krankenhaustagebehandlung hängt allerdings von den noch zu definierenden Regelungen für die praktische





Umsetzung ab. Ein äußerst wichtiges Kriterium muss dabei sein, den Bürokratieaufwand für die Krankenhäuser so gering wie möglich zu halten.

Bei den Regelungen zur Einführung einer sogenannten speziellen sektorengleichen Vergütung in § 115 f SGB stellen sich noch viele offene Fragen, etwa wann eine nachdem AOP-Katalog nach § 115 b SGB V zu erbringende ambulante OP aufgrund von bestimmten Kontextfaktoren oder Schweregraden ihres Erkrankungsbildes die besonderen Rahmenbedingungen der Krankenhausstrukturen im Hintergrund benötigen. Diese besonderen Kontext- und Schweregradfaktoren müssen vorab definiert und in einem entsprechenden Vergütungsansatz abgebildet werden. Dies berücksichtigt der neue § 115 f SGB V bisher noch nicht hinreichend.

### **ÄA 16: Verlängerung der Geltung des § 153 SGB XI**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Verlängerung der Geltung der Verordnungsermächtigung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten aus Steuermitteln um ein Jahr nachdrücklich. Wie oben schon ausgeführt, hätte es bereits in den Jahren 2020 und 2021 eines höheren Zuschusses an Bundesmitteln bedurft, um die pandemiebedingten Mehrkosten des Pflegeschutzschirms zu refinanzieren.

Freiburg/Berlin, 8. 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](mailto:Elisabeth.Fix@caritas.de)





Deutscher  
Caritasverband e.V.

Seite 9 von 9



**kkvd.**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

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)

