

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheits- versorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 26. August 2020

Zusammenfassende Bewertung

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

1. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Erheblichen Bedenken begegnet die Verknüpfung der Finanzierung der zusätzlichen Stellen mit einer Nachqualifizierung der Pflegehilfskräfte des Qualitätsniveaus 1 oder 2. Der Gesetzentwurf lässt offen, welches Qualifizierungsniveau erreicht werden muss und wie der Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme gemessen wird. Die Regelung ist somit für die Träger mit großen Rechtsunsicherheiten verbunden. Der Deutsche Caritasverband

setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistent_innenausbildung ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenvorgaben schaffen.

2. Nachdrücklich begrüßt wird die von der Caritas geforderte pandemiebedingte **Verlängerung** der Möglichkeit, nicht ausgeschöpfte Mittel des **Entlastungsbetrags** nach § 45b SGB XI aus dem Kalenderjahr 2019 noch bis Ende 2020 verausgaben zu können. Auch die **Nichtanrechnung** des zusätzlichen Anspruchs auf ein **Pflegeunterstützungsgeld** auf die regulären 10 Tage des Pflegeunterstützungsgelds wird begrüßt.
3. Angesichts der Tatsache, dass die Pandemie noch nicht beendet ist, sieht die Caritas die Notwendigkeit einer **Verlängerung einzelner Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI**. Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregulungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne oder Kohortierung nicht belegt werden können. Neben den Mindereinnahmen kommt es auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. Daher setzen wir uns für eine Verlängerung der Regelung über den 30.9.2020 hinaus ein. Es hat sich herausgestellt, dass **Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen** wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst wurden, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten. Dies gilt es zu korrigieren.
4. Schon in ihrer Stellungnahme zum Intensiv- und RehaStärkungsgesetz (IPReG) hatte sich der DCV und seine Fachverbände für Rehabilitation (kkvd, CaSu, CKR und die KAG Müttergenesung) für die **Verlängerung und Erweiterung des Schutzschirms für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen** eingesetzt. Die Versorgung in diesen Einrichtungen kann derzeit nur im eingeschränkten pandemiebedingten Regelbetrieb stattfinden, sodass es in vielen Einrichtungen aufgrund geringerer Auslastungsquoten zu erheblichen Mindereinnahmen kommt. Daher sollte die in § 111d Absatz 8 vorgesehene Möglichkeit der Verlängerung bis zum 31. März 2021 genutzt werden, indem das BMG eine entsprechende Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlässt. Zudem weisen wir darauf hin, dass, wie unter Punkt 3 für die Pflegeeinrichtungen schon ausgeführt, erhebliche Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen erfolgt sind, die in den Vergütungsvereinbarungen noch nicht berücksichtigungsfähig sind. Hier sehen wir zusätzlichen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, entweder in Form einer pauschalen Abgeltung oder auf dem Wege individueller Vereinbarungen auf der Grundlage einer Öffnungsklausel in den Rahmenempfehlungen.
5. Im SGB V-Bereich begrüßt der Deutsche Caritasverband mit Nachdruck die innovativen Neuregelungen zu den **Selektivverträgen nach § 140a**. Besonders positiv zu bewerten ist die **Einbeziehung anderer Gesundheitsfachberufe** als der ärztlichen Leistungserbringer sowie die Ermöglichung **regionaler Innovationen**. Ein großes Potenzial zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen insbesondere bei vulnerablen Pati-

ent_innengruppen bietet zudem die Möglichkeit, **Verträge mit anderen Sozialleistungsträgern** zu schließen, wie z.B. mit den Leistungsträgern des SGB VIII oder SGB XII.

6. Der **Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und –fachabteilungen** wird nachdrücklich begrüßt, um den drohenden und schon eingetretenen Versorgungsengpässen in der pädiatrischen stationären Versorgung entgegenzuwirken. DCV und kkvd setzen sich dafür ein, auch das **Instrument der Besonderen Einrichtungen** für die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nutzbar zu machen.
7. Das **Hebammenförderprogramm** ist ebenfalls ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung mit Geburtshilfe. Allerdings sollte ein **Betreuungsschlüssel von 1 VZ auf 500 Geburten** statt des hier vorgesehenen Schlüssels von 1:2 angestrebt werden. Zudem sollte die **starre Begrenzung auf 500-Schritte** durch Einführung von Zwischenschritten modifiziert werden, und es sollten nicht ausgeschöpfte Fördermittel auch über die Förderperiode von 2021 bis 2023 hinaus abgerufen werden können.
8. Wie schon in mehreren Stellungnahmen dargelegt, setzen wir uns zur Verbesserung der Versorgung von Patient_innen in meist sehr vulnerablen und prekären Lebenssituationen mit Familienpflege/Haushaltshilfen dafür ein, dass diese Dienste wirtschaftlich betrieben werden können. Dazu ist es notwendig, wie in allen anderen Bereichen des SGB V und SGB XI üblich, auch in § 132 SGB V die Anerkennung der Tarifbindung in den Vergütungsverhandlungen gesetzlich zu verankern.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 140a Besondere Versorgung

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

Absatz 1: Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe in die Selektivverträge

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

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

Absatz 2: Fiktionsregelung Innovationsfondsprojekte

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

Absatz 3 Nummer 3a: Selektivverträge mit anderen Sozialleistungsträgern

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

Absatz 3 Nummer 3b: Beteiligung der PKV

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

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Hebammenförderprogramm

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

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

Des Weiteren setzen sich der Deutsche Caritasverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. für eine Erhöhung der vorgesehenen Stellen von 0,5 auf 1 VZ pro 500 Geburten ein.

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

§ 9 Absatz 1a Nummer 6: Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und – fachabtei-lungen

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Kinderkliniken und Fachabtei-lungen für Kinder- und Jugendmedizin noch für das Jahr 2020 in die Vereinbarung Sicherstel-lungszuschläge einzubeziehen sind. Angesichts der Schließung der Kinderkliniken und – fachabteilungen an den Krankenhäusern ist die Daseinsvorsorge in vielen Regionen nicht mehr gewährleistet und der Sicherstellungszuschlag dringend erforderlich. Mit den geringen Fallzah-len können innerhalb des DRG-Systems die für die Versorgung notwendigen Vorhaltungen nicht adäquat refinanziert werden. Neben der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sollte daher das Instrument der Besonderen Einrichtungen, wie in der Kinderrheumatologie o-der für Palliativstationen auch in der stationären Kinder- und Jugendmedizin genutzt werden können.

Weitergehender Änderungsbedarf

1. Finanzierung coronabedingter Mehrbelastungen der Reha- und Vorsorgeeinrichtun-gen nach Wiederaufnahme der Versorgung

Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz einge-stellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygi-eneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

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

Der Deutsche Caritasverband setzt sich zusammen mit dem Katholischen Krankenhausver-band Deutschlands e.V. (kkvd), dem Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) sowie dem Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie der Katholischen Arbeits-gemeinschaft für Müttergenesung (KAG) für einrichtungsindividuelle Lösungen zum Ausgleich weiterhin bestehender Mindereinnahmen ein, wie sie jüngst im ergänzenden Referentenentwurf des KHZG gefunden wurden. Ein erster Schritt sollte sein, die in § 111d Absatz 8 getroffene

Regelung umzusetzen, wonach das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Frist für die Ausgleichszahlungen vom 30.9.2020 um sechs Monate auf den 31. März 2021 verlängern kann. Durch den Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

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

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patient_innen, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand_in.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Testungen: Insbesondere in Einrichtungen, die vulnerable Rehabilitand_innen betreuen, muss größtmögliche Klarheit über den Infektionsstatus herbeigeführt werden, um eine Verbreitung innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Dies gilt auch für die Überleitung in eine pflegerische Versorgung. Während symptomlose Reiserückkehrer_innen regelhaft auf Kosten der GKV getestet werden, muss derzeit die Testung auch von geriatrischen oder neurologischen Patient_innen durch die Gesundheitsämter veranlasst werden. Die obersten Gesundheitsbehörden der Länder haben dazu unterschiedliche Vorgaben erlassen, so dass es nicht wenige Gesundheitsämter gibt, die keine regelhafte Testung der Rehabilitand_innen veranlassen. Reha-Einrichtungen, die verantwortungsvoll handeln und alle Patient_innen testen lassen, tun dies teilweise auf eigene Kosten, wenn das Gesundheitsamt die Testungen nicht veranlasst. Den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen als ärztlich geleiteten Einrichtungen muss es grundsätzlich möglich sein, aufgrund einer Vereinbarung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Einbeziehung eigener Risikobewertung Testungen durchführen zu können. Zur Verbesserung sowohl der Patient_innen-sicherheit als auch der öffentlichen Sicherheit ist eine regelhafte Refinanzierung der Kosten für Testungen der Rehabilitand_innen und des Einrichtungspersonals erforderlich. Des Weiteren wiederholen wir unsere Forderung, dass auch asymptomatische Patient_innen sowie die Beschäftigten von Einrichtungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V in die präventiven Regelungen des § 4 der Testungsverordnung einbezogen werden müssen.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Der Deutsche Caritasverband, der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V., der Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung schlagen

daher vor, zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen einen pauschalen Zuschlag auf den vereinbarten Vergütungssatz in Ansatz zu bringen.

Änderungsbedarf

§ 111d Abs. 9 SGB V (neu)

„Zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 rechnen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die ab dem 1. April 2020 zur Behandlung in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 40 % auf den vereinbarten Vergütungssatz pro Tag ab. Dies gilt entsprechend für Vergütungssätze von Begleitpersonen. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber ihren Kostenträgern.“

Hilfsweise:

Sollte sich der Gesetzgeber nicht für eine pauschale Abgeltung entscheiden, schlagen wir vor, die Mehrkosten einrichtungsindividuell zu verhandeln und dafür die Rahmenempfehlungen anzupassen.

§ 111d Absatz 8 SGB V (neu)

„In den Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 sind auch Grundsätze zur Kalkulation der coronabedingten Mehrkosten zu vereinbaren. Diese können rückwirkend zum 1. April 2020 gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden.“

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass auch die von den Krankenkassen belegten Einrichtungen der Rehabilitation für psychische Kranke (RPK-Einrichtungen), die keinen Vertrag nach § 111ff. SGB V aufweisen, in diese Regelungen einbezogen werden müssen.

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

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer_innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkind-Familien im Niedrigeinkom-

mensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwerst erkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

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

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

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 6a SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

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

Die in § 8 Absatz 6a SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner_innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept des ermittelten Personalbedarfs zur Umsetzung fehlt. In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

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

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI.

Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohen bürokratischen Aufwands wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

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

Die Überwachung zahlreicher zum Teil länderbezogene Stichtagsregelungen (im SGB XI und PfIBG) erhöht den bürokratischen Verwaltungsaufwand der Einrichtungen ständig und binden erhebliche Personalressourcen.

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

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Erhebliche Bedenken bestehen hinsichtlich der Verknüpfung einer Finanzierung an den Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme, der durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Die Verknüpfung der Finanzierung mit einem erfolgreichen Abschluss einer landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder einer sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahme könnte dazu führen, dass aus der Sorge vor eventuellen Rückzahlungsverpflichtungen, bei nicht erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung, von der zusätzlichen Einstellung von Mitarbeitenden abgesehen wird..

Zudem ist unklar, welches Qualifikationsniveau die nachzuqualifizierenden Pflegehilfskräfte erreichen müssen, denn der Gesetzestext stellt nur auf das „erfolgreiche Durchlaufen einer Qualifizierungsmaßnahme“ ab. Wie wird gemessen, ob und wann eine Maßnahme erfolgreich durch-

laufen oder abgeschlossen wurde? Haben Pflegehilfskräfte, die die Qualifizierungsmaßnahmen durchlaufen, den Status einer/s Auszubildenden, und wie wird die Ausbildung finanziert, wenn nicht ein Abschluss Pflegeassistent nach Landesrecht angestrebt wird? Der Bezug auf die sonstigen abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahmen ist somit sehr unspezifisch und lässt offen, welche Qualifizierungen im Sinne des § 8 Abs. 6a anerkannt werden. Während der Ausbildungszeit stehen die Pflegehilfskräfte den Einrichtungen überdies nur mit Einschränkungen zur Verfügung. D.h. es muss geklärt werden, in welchem zeitlichen Umfang die zusätzliche Pflegeassistentkraft zur Verfügung steht und welcher zeitliche Anteil auf die Qualifizierungs- oder Ausbildungsmaßnahme erfolgt.

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

Um diese Stellen kurzfristig im Sinne des § 8 Abs. 6a zu besetzen und um die Assistenzausbildung aufzuwerten, ist eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung dringend erforderlich.

§ 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Absatz 5c: Nicht ausgeschöpfte Mittel des Entlastungsbetrags

Mit der vorliegenden Regelung hat das BMG dem Anliegen der Caritas Rechnung getragen, die Frist für die Inanspruchnahme nicht verbrauchter Mittel des monatlichen Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI aus dem Kalenderjahr 2019 vom 30. September 2020 auf den 31. Dezember 2020 zu verlängern. Aufgrund der Corona-Krise konnten Pflegebedürftige und auch Angehörige von Menschen mit Behinderung, die ihre familienentlastenden Unterstützungsangebote im Alltag oft sehr langfristig planen, nicht in Anspruch nehmen, da die Angebote wegen Kontaktreduzierung ausgesetzt worden waren. Die Änderung wird daher sehr begrüßt.

§ 150 Absatz 5d Pflegeunterstützungsgeld aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie i.V. mit Artikel 4 § 9a PflegeZG

Die Caritas begrüßt, dass der pandemiebedingte zusätzliche Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld nicht auf den Anspruch auf reguläres Pflegeunterstützungsgeld, das je pflegebedürftiger Person für bis insgesamt 10 Arbeitstage bezogen werden kann, nicht angerechnet wird. Die Regelung hilft Beschäftigten, die beispielsweise wegen Schließung einer Tagespflegeeinrichtung die Pflege ihrer Angehörigen selbst übernehmen mussten und keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder auf anderweitige Lohnersatzleistungen ha-

ben. Das dafür geschätzte Kostenvolumen von 10 Mio. Euro, mit dem die Pflegeversicherung belastet wird, ist vertretbar.

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

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

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

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

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

Weitergehender Änderungsbedarf zu § 150 SGB XI

1. Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI: Verlängerung des Schutzschirms über den 30.9.2020 hinaus

Der Schutzschirm des § 150 Absätze 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Absatz 5a SGB XI für die nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag nach § 45a SGB XI. Der gegenwärtige Anstieg der Infektionszahlen zeigt, dass die Krise noch nicht vorüber ist. Es ist zu befürchten, dass das Infektionsgeschehen ab Herbst auch wieder in den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zunimmt. Insbesondere vulnerable Patient_innen, wie chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen weiterhin vor einer Ansteckung mit COVID-19 geschützt werden. Gleichzeitig muss eine kontinuierliche

gesundheitliche Versorgung auch in dieser Zeit sichergestellt werden. Die Studie aus Bremen (: <https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie>) hat gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen ein besonders hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe aufweisen und dass 60 Prozent aller durch COVID-19 verursachten Todesfälle Menschen betreffen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben oder von Pflegediensten versorgt werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV- 2 bezogenen Schutz- und Hygienekonzepten für die pflegebedürftigen Menschen und Ihre Angehörigen, aber auch für die Mitarbeitenden arbeiten müssen.

Die Regelungen des § 150 SGB XI sind gegenwärtig bis zum 30.09.2020 befristet. **Aufgrund des pandemischen Geschehens sollten die Regelungen daher - angepasst an Konzepte eines Betriebs der Einrichtungen unter Corona-Bedingungen - verlängert werden.**

Für uns zeichnet sich gegenwärtig folgendes Bild der Mindereinnahmen und Mehraufwendungen für die Zeit nach dem 30.09.2020 ab:

Mindereinnahmen

Die **teilstationären Pflegeeinrichtungen** haben in allen Bundesländern (abgesehen von Hamburg) einen gesicherten/eingeschränkten Betrieb jenseits der Notversorgung wiederaufgenommen. Hier werden neben den allgemeinen Abstands- und Hygieneregulation in verschiedenen Bundesländern auch Anforderungen im Hinblick auf feste Gruppen von Tagespflegegästen und voneinander unabhängige Personalteams gestellt; damit soll das Infektionsrisiko soweit möglich begrenzt bleiben und bei Nachweis von SARS-CoV-2 nur eine kleine Gruppe von Personen als Kontaktpersonen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes entstehen. Dies gilt auch für den Fahrdienst. Es ist davon auszugehen, dass die Tagespflegeeinrichtungen abhängig von der räumlichen und regionalen Situation sowie den Rechtsverordnungen der Länder und der örtlichen Gesundheitsbehörden auch bei einem relativ stabilen Infektionsgeschehen zwischen 50 % und 70 % der vereinbarten Auslastung haben werden. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass **außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen** aufgrund von höheren Ausfallzeiten/Quarantänezeiten von einzelnen Tagespflegegästen sowie aufgrund von vorübergehenden Schließungen im Einzelfall durch die örtlichen Gesundheitsbehörden entstehen werden.

Die **vollstationären Pflegeeinrichtungen** werden weiterhin **außerordentliche Corona-bedingte Mindereinnahmen verzeichnen**, z.B. wenn Doppelzimmer aufgrund von Quarantäneregulationen oder Kohortenisolierung nicht belegt werden können.

Zusätzlich können außerordentliche **Corona-bedingte Mindereinnahmen** auch in der **ambulanten Pflege** und in den **stationären Hospizen** in Hotspotregionen anfallen.

Mehraufwendungen

In allen Bereichen der Pflege und des Gesundheitswesens (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie nach Landesrecht anerkannte Angebote nach § 45a SGB XI) entstehen auch über den 30. September hinaus **außerordentliche Corona-bedingte**

Mehraufwendungen für Schutz- und Hygienematerialien und entsprechende Maßnahmen. Hierzu zählen insbesondere

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP 2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung,)
- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand:** Ein gesteigener Bedarf an Wasch- und Reinigungsdiensten einschließlich des Materialverbrauchs (z.B. Desinfektionsmitteln) aufgrund höherer Reinigungsfrequenzen liegt auf der Hand. Perspektivisch bedarf es ggf. wegen der Übertragung von SARS-CoV2 über Aerosole auch der Luftreinigungsgeräte. Auch Isoliervorrichtungen wie Plexiglaswände oder die Anschaffung von Händedesinfektionsspendern verursachen zusätzliche Kosten
- **Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots:** Betreuungsangebote müssen in kleineren und kohortenmäßig getrennt organisierten Gruppen stattfinden. Dies betrifft auch Freizeitangebote sowie die Essensversorgung (kein Buffet-Angebot, umschichtige Nutzung des Speisesaals). Damit steigt der anteilige Personalaufwand je pflegebedürftigem Menschen. Das Abstandsgebot wirkt sich im ambulanten Bereich auch auf die Tourenplanung aus. Zudem entstehen aufgrund des Abstandsgebots Mehraufwendungen im **Fahrdienst** von Tagespflegeeinrichtungen.

2. Erweiterung des Anwendungsbereichs von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen mit SGB V-Verträgen

§ 150 Absatz 2 sieht die Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. Dies impliziert, dass ambulante Pflegedienste, die reine SGB V-Leistungen anbieten, wie SAPV-Pflegedienste, Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste oder Familienpflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 SGB V die Kostenerstattung nicht erhalten konnten und können, obwohl sie in gleicher Weise von der Pandemie betroffen waren wie Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Dasselbe Problem haben auch stationäre Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

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

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

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d.“

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

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

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

Freiburg, den 26. August 2020

Eva Welskop-Deffaa

Vorstand Fach- und Sozialpolitik

Kontakt

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

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

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

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

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

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