



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Hier: Entwurf von Änderungsanträgen

Berlin, 7. Mai 2021

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung werden durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen vorgelegt. ver.di bezieht sich mit dieser Stellungnahme auf die vorgelegten Entwürfe der Formulierungshilfen zu Änderungsanträgen und fachfremden Änderungsanträgen.

Den Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen kommt eine zentrale Bedeutung zu, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und den Fachkräftebedarf jetzt und auch in Zukunft zu sichern. Der Handlungsbedarf für die pflegerische Versorgung ist enorm. Wegen der Corona-Pandemie spitzt sich die Lage weiter zu. Beschäftigte geben ihre Berufe auf oder arbeiten kürzer, weil der Druck zu groß geworden ist. Die Bedingungen für die Beschäftigten müssen sich grundlegend verbessern. Grundlage für attraktive Arbeitsbedingungen sind bedarfsgerechte und bundesweit einheitliche Personalvorgaben und angemessene Bezahlung. Dazu sind schnelle und wirksame Schritte notwendig. Die vorliegenden Änderungsanträge bieten teilweise positiven Ansätze. An den wesentlichen Themen, der angemessenen Entlohnung der Beschäftigten in der Altenpflege, der Pflegepersonalbedarfsbemessung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie für Krankenhäuser, sieht ver.di deutlichen Nachbesserungs- und Korrekturbedarf.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Änderungsantrag Nr. 3: Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege, SGB V § 37 Abs. 2a S. 1 und 2, Abs. 8, 9, 10 neu

Der Änderungsantrag sieht vor, die gesetzliche Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro zu beteiligen. Der Betrag soll an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten sein; die Zahlung soll anteilig quartalsweise erfolgen.

Aus Sicht von ver.di ist es sachlich begründet und erforderlich, die medizinische Behandlungspflege in die Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung zu überführen. Der durch den Änderungsantrag gewählte Weg der anteiligen Pauschalfinanzierung erscheint unter der Maßgabe der nachhaltigen Entlastung der sozialen Pflegeversicherung allerdings nicht zielführend. Bei geschätzten 2,5 bis 3 Milliarden Euro an jährlichen Gesamtkosten, die durch Leistungen im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege entstehen, würde die Erstattung von 640 Millionen Euro pro Jahr nur eine teilweise Entlastung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen bedeuten. Da es sich bei der Tragungsverpflichtung der medizinischen Behandlungspflege um eine systemfremde Finanzierungsaufgabe der sozialen Pflegeversicherung handelt, kann auch nicht argumentiert werden, dass nur ein Teil dieser nicht systemzugehörigen Leistungen künftig sach- und systemgerecht durch die GKV zu übernehmen sei. Hinzu kommt, dass die Zuordnung eines zu erstattenden Festbetrags das Risiko birgt, dass künftig bei wachsenden Gesamtausgaben für medizinische Behandlungspflege ein kontinuierlich größer zunehmender Anteil wieder durch die soziale Pflegeversicherung zu erbringen sein wird, was zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ginge und die finanzielle Stabilität der sozialen Pflegeversicherung ohne Not unter Druck setzen würde.

ver.di fordert statt der Festschreibung eines fixen, jährlichen Pauschalbetrags die gesetzliche Verankerung der Verpflichtung zur Übernahme aller im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege anfallenden Kosten durch die GKV. Hierfür ist auf Grundlage der tatsächlich ermittelten Kosten, die im Jahresvergleich rückwirkend festgestellt werden, eine jährliche Erstattung mit jährlicher Aktualisierung der festzustellenden und zu erstattenden Gesamtkosten zu regeln. Sowohl mit Blick auf bestehende und neu hinzukommende

Finanzierungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen als auch der Notwendigkeit, die soziale Pflegeversicherung samt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen strukturell zu entlasten, fordert ver.di den Gesetzgeber ergänzend dazu auf, dringend erforderliche gesetzliche Maßnahmen zur Neuordnung des gegenwärtig bestehenden Pflegeversicherungssystems hin zu einer solidarischen Pflegevollversicherung als auch zur langfristigen finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenkassen zu ergreifen.

Änderungsantrag Nr. 4: Übergangspflege im Krankenhaus, SGB V § 39d neu

Zielsetzung des Antrags ist die Festschreibung eines neuen regelhaften Leistungsanspruchs für Übergangspflegeleistungen im direkten Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. Voraussetzung für das jeweilige Entstehen des Leistungsanspruchs soll sein, dass erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Der entstehende Anspruch soll je Krankenhausbehandlung längstens zehn Tage umfassen.

Die Übergangspflege in den Bereich der GKV im gerechtfertigten Bedarfsfall zu übertragen, kann aus versorgungspolitischer und integrierter Sicht sinnvoll sein. Es stellt sich aber die Frage nach der Definition des unzumutbaren Aufwands als Voraussetzung sowie der Angemessenheit der Begrenzung von 10 Kalendertagen pro KH-Behandlung. Sofern die Fortsetzung der Übergangspflege medizinisch begründet länger als für zehn Tage erforderlich ist, sollten hierfür auch die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Versicherten mit Behandlungsbedarf keine vorzeitige Unterbrechung der verordneten Maßnahme oder den Wechsel der leistungsdurchführenden Einrichtung zuzumuten.

Wenn sich der unzumutbare Aufwand aus der Verfügbarkeit freier Versorgungskapazitäten oder erreichbarer Strukturen ableitet und der Zugang zu dieser Maßnahme eine tatsächliche persönliche Belastung für die Versicherten darstellt, ist die Durchführung der Übergangspflege im Krankenhaus begründet und zu begrüßen. Sollte ein unzumutbarer Aufwand anders argumentiert oder nicht näher präzisiert werden, müsste jedoch zwingend definiert werden, unter welchen Voraussetzungen eine Durchführung der Übergangspflege im Krankenhaus im Sinne der Versicherten stattfinden soll. Ziel muss die Vermeidung von Verzerrungen im Leistungsgeschehen sein, die etwa dazu führen können, dass Versicherte mit Bedarf an Übergangspflege keine Versorgung in geeigneten und qualitätsgesicherten Einrichtungen innerhalb eines erreichbaren Umkreises erhalten

Änderungsantrag Nr. 5: § 64d neu, KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen

ver.di spricht sich dafür aus, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Dazu gehört auch die selbständige pflegebezogene Ausübung der Heilkunde im Rahmen der in der Ausbildung und ggf. Fort- und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen (z. B. Injektionen, Wundversorgung). Maßstab für die Weiterentwicklung der Berufe müssen die Anforderungen sein, die sich aus der gesundheitlichen Versorgung ergeben. Das gilt auch und gerade für den festzulegenden Tätigkeitskatalog auszuübender heilkundlicher Tätigkeiten. Die Tätigkeiten bestimmen die Qualifikationsanforderungen und nicht umgekehrt. Auch die festzulegenden Qualifikationsanforderungen nach Ziffer 2 bestimmen sich nach den Tätigkeiten, die ausgeübt werden sollen, und nicht nach standardisierten Modulen, die unabhängig von den hier geregelten Modellversuchen entwickelt werden.

Der im Änderungsantrag enthaltene Vorschlag greift dagegen zu kurz. Die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen sind in den vergangenen Jahren kaum in der Praxis umgesetzt worden. Die nunmehr geplante Regelung setzt zwar auf eine stärkere Verbindlichkeit, bleibt aber weiterhin im Rahmen von Modellvorhaben verhaftet. Eine Übernahme in die Regelversorgung verschiebt sich mit Blick auf die Laufzeit der Modellvorhaben noch weiter in die Zukunft.

Unabhängig von dieser grundsätzlichen Bewertung ist auch ver.di als der zuständigen Fachgewerkschaft im Gesundheitswesen die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Rahmenvertrag zu geben.

Änderungsantrag Nr. 34 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2. Paket Änderungsanträge): Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus, SGB V § 137k neu

Zielsetzung ist die Verabschiedung eines gesetzlichen Auftrags zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus bis zum Ende des Jahres 2024. Zur Sicherstellung des Verfahrens sollen die Vertragsparteien Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Gesetzlichen

Krankenkassen und fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige auf ihre Kosten beauftragen.

ver.di fordert den Gesetzgeber zunächst dazu auf, begrifflich dahingehend eine Klarstellung vorzunehmen, dass statt Personalbemessung die Personalbedarfsbemessung zum Kern des Änderungsantrags gemacht. Der Bezug zum unzureichenden Ist-Stand, der durch den Begriff Personalbemessung vorgegeben wird, kann hingegen keine Ermittlung einer bedarfsgerechten und am Versorgungsbedarf orientierten Personalausstattung begründen.

Dringend geboten ist die Ergänzung des Antragsinhalts dahingehend, dass vorhandene Instrumente als anschlussfähige Ausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Personalbedarfsbemessungsverfahrens berücksichtigt werden. Mit dem Instrument PPR 2.0 haben ver.di, DKG und Deutscher Pflegerat gemäß ihrem Auftrag aus der Konzertierten Aktion Pflege bereits ein leistungsfähiges Interimsinstrument entwickelt, das ohne Verzögerungen in den Krankenhäusern zum Einsatz kommen und einen entscheidenden Beitrag dazu leisten kann, bis zum Abschluss der Entwicklung und Erprobung des neuen Personalbedarfsbemessungsverfahrens in 2025 die Personalsituation in Krankenhäusern bedarfsgerecht zu gestalten und zu verbessern. Darüber hinaus ist die PPR 2.0 umfassend digital anschlussfähig und bietet aufgrund der bereits heute in zahlreichen Krankenhäusern verbreiteten Nutzung digitaler Lösungen für die Kalkulation von Fallpauschalen im Rahmen der PPR gute Ausgangsbedingungen, um direkt an das neu zu entwickelnde Bedarfsbemessungsverfahren anzuknüpfen.

Es ist gerade angesichts der seit vielen Jahren hohen und durch die Corona-Pandemie noch zusätzlich verschärften Belastungssituation der Beschäftigten sowie mit Blick auf die Herausforderungen vieler Krankenhäuser bei der Personalgewinnung nicht zu rechtfertigen, dass die PPR 2.0 keine Berücksichtigung in der vorliegenden Planung finde. ver.di fordert den Gesetzgeber daher dringend auf, die Anwendung der PPR 2.0 gesetzlich zu verankern, bis das zu entwickelnde und zu erprobende Personalbedarfsbemessungsverfahren zur Verfügung steht.

In der Beauftragung einzelner Sachverständiger sieht ver.di aufgrund des erforderlichen Umfangs und der notwendigen wissenschaftlichen Fundiertheit keinen zielführenden Weg zur Entwicklung eines Verfahrens. Stattdessen sollten pflegewissenschaftliche Institute oder ein pflegewissenschaftliches Konsortium in enger Anbindung an die Patientenversorgung im Krankenhaus mit der Entwicklung des Personalbedarfsbemessungsverfahrens beauftragt werden. ver.di fordert deshalb die Streichung von „oder Sachverständige“ in Abs. 1 Satz 3.

Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds 2022, SGB V §§ 221a, 272a

ver.di begrüßt die ergänzende Erhöhung des Bundeszuschusses um 12,5 Mrd. Euro für 2022. Die finanzielle Defizitsituation zahlreicher gesetzlicher Krankenkassen ist neben nicht der Versorgungsqualität der Versicherten dienenden, ausgabenwirksamen Gesetzgebungen auch durch die Verpflichtung zur Übernahme zahlreicher versicherungsfremder Leistungen entstanden. Diese Ausgaben werden durch die Erhöhung des Bundeszuschusses teilweise kompensiert. Problematisch ist jedoch das Fortbestehen der Übernahmeverpflichtung, sodass trotz einer Erhöhung des Bundeszuschusses perspektivisch erneut die Gefahr droht, dass Leistungsverpflichtungen die Einnahme- und Rücklagesituation der GKV belasten. Um dies auszuschließen ist eine gesetzliche Klarstellung zur Herauslösung sämtlicher versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV unerlässlich.

Darüber hinaus kritisiert ver.di, dass überschüssige Liquiditätsreserven in 2021 als Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2022 verbucht werden sollen. Überschüssige Liquiditätsreserven nach Ablauf des Geschäftsjahres 2022 sollen an den Bund zurückgezahlt werden. Der Gesetzgeber hatte die Mindestgrenze der Liquiditätsreserve von 25 Prozent auf 20 Prozent einer Monatsausgabe abgesenkt, wodurch die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Fähigkeit, auf systemische Schocks zu reagieren, bereits deutlich eingeschränkt wurden. Im Rahmen der Sozialgarantie 21 wurden zudem Rücklagen der Liquiditätsreserve entnommen, um kurzfristige Mehrausgaben, unter anderem aufgrund versicherungsfremder Leistungen, zu kompensieren. Sinn und Zweck der Liquiditätsreserve ist jedoch der dauerhafte Erhalt der finanziellen Stabilität und Handlungsfähigkeit in der GKV. ver.di fordert daher, etwaige Überschüsse über der Mindestgrenze der Liquiditätsreserve weder als Einnahmen zu verbuchen, noch an den Bund zurückzuzahlen. Stattdessen sollte die Mindestgrenze der Liquiditätsreserve wieder auf 25 Prozent einer Monatsausgabe angehoben werden, um eine der herausfordernden Situation angemessene Rücklagenbildung sicherzustellen.

Zu Artikel 2 (Änderung des SGB XI)

Änderungsantrag Nr. 3 der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge, SGB XI §61a

Mit der Erstattung der nach §44 geleisteten Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen kommt der Gesetzgeber einer von ver.di bereits lange erhobenen Forderung nach: Die Pflege von Angehörigen ist eine gesamtgesellschaftliche

Aufgabe, so dass es nur folgerichtig ist, dass die bislang aus Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung finanzierten Rentenversicherungsbeiträge künftig in vollem Umfang dem Bund zugeordnet und damit aus Steuermitteln finanziert werden. Damit ist eine solidarische Finanzierung gewährleistet und die soziale Pflegeversicherung wird entlastet.

Änderungsantrag Nr. 4 der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils, § 43c SGB XI

Massiv steigende Eigenanteile der pflegebedingten Kosten in der stationären Langzeitpflege sind mitverantwortlich dafür, dass mittlerweile mehr als 30 Prozent der Pflegebedürftigen auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Der Hauptgrund für diese Entwicklung liegt darin, dass die Pflegeversicherung lediglich als Teilleistungsversicherung ausgestaltet ist, also nicht alle pflegebedingten Kosten übernimmt. Um der Pflegearmut entgegenzuwirken und damit Pflegeheimbewohner*innen zu entlasten, ist es zwingend notwendig den pflegebedingten Eigenanteil auf einen festen Betrag zu begrenzen, alle darüber hinaus gehenden Kosten werden dann von der Pflegeversicherung getragen. Perspektivisch ist eine Absenkung des Eigenanteils der pflegebedingten Kosten auf null anzustreben.

Der vom Gesetzgeber vorgelegte Vorschlag bewirkt lediglich eine schrittweise prozentuale Absenkung der Eigenanteile und stellt keine nachhaltige Entlastung dar. Zum einen greift die erste Entlastungsstufe erst 12 Monate nach Beginn des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung. Bei der stufenweisen Entlastung in Form von Leistungszuschüssen in Höhe von 25 Prozent, 50 Prozent und 75 Prozent handelt es sich um feste Zuschüsse zu einem unkalkulierbar steigenden Betrag. Das heißt die Pflegebedürftigen haben keine Planungssicherheit, sondern tragen weiterhin das Risiko steigender Eigenanteile. Daher lehnt ver.di diesen Vorschlag ab und fordert stattdessen eine Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile der Bewohner*innen ab dem ersten Tag der stationären Versorgung sowie deren perspektivische Absenkung auf null. Dabei muss die Deckelung deutlich unter 700 Euro liegen. Sonst werden pflegebedürftige Menschen auch künftig trotz ihrer Lebensleistung in die Altersarmut gedrängt.

Änderungsantrag Nr. 5 der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege), § 72 Abs.3 und neue Absätze 3a und 3b, § 82c neu, § 75 Abs. 2, § 84 Abs. 2 und Abs. 7, § 89 Abs. 1 und Abs. 3 SGB XI

Eine angemessene Vergütung der Beschäftigten in der Altenpflege ist nur durch die Geltung guter Tarifverträge zu erreichen. Die Erwartung des Gesetzgebers über den Weg der Pflegekommission Mindestarbeitsbedingungen festzulegen, die das Entlohnungssystem von unten stützen, wurden nicht erfüllt. Dumpinglöhne vor allem bei tarifverweigernden kommerziellen Pflegeanbietern sind nach wie vor an der Tagesordnung. Ausgehend von der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) sollte mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz der Weg für Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage eines Tarifvertrags freigemacht werden. Dieser Tarifvertrag zwischen der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) und ver.di ist seit dem 1. Februar 2021 in Kraft. Dem vorbereiteten Antrag an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Erstreckung auf die gesamte Pflegebranche hat dann jedoch die Arbeitsrechtliche Kommission der Caritas am 25. Februar 2021 nicht zugestimmt. Damit ist die Caritas nach eigenem Bekunden allein aus Eigeninteresse ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nicht gerecht geworden. Die Arbeitsrechtliche Kommission der Diakonie hat daraufhin gar nicht erst abgestimmt. Caritas und Diakonie haben damit die Chance auf eine kurzfristige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der gesamten Pflegebranche zunichte gemacht.

ver.di begrüßt daher jede zusätzliche gesetzgeberische Initiative, die die Tarifbindung und die Bezahlung in der Altenpflege kurzfristig, nachhaltig und unabhängig von kirchlichen und kommerziellen Partikularinteressen verbessert. Der vorliegende Entwurf des Änderungsantrags ist dazu jedoch nicht geeignet. Im Gegenteil: Die Regelungen greifen viel zu spät und setzen zudem noch Anreize, die in großen Bereichen unzulängliche Entlohnungssituation in der Altenpflege dauerhaft zu zementieren. Die Gesetzesbegründung schreibt u.a. zu Recht, dass bessere Pflege Geld kostet. Die Balance zwischen der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen und dem Refinanzierungsbedarf der Einrichtungen muss nicht nur verhindern, dass immer mehr Pflegebedürftige durch rapide steigende Eigenanteile in der stationären Pflege finanziell überfordert werden, zugleich darf dies nicht auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen werden. Hier sind insgesamt alternative Finanzierungswege erforderlich in Form von Steuerzuschüssen zur Pflegeversicherung, doch mittelfristig braucht es eine nachhaltige Lösung durch einen Umbau der Pflegeversicherung zu einer Pflegebürger*innenvollversicherung.

Ein weiteres Manko des vorgelegten Entwurfs ist die alleinige Fokussierung auf die Entlohnung, ohne die sonstigen Arbeitsbedingungen mit in den Blick zu nehmen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

SGB XI § 72, Absatz 3a (neu)

a) ver.di begrüßt den Ansatz, den Abschluss von Versorgungsverträgen an die Tarifbindung zu knüpfen. Dies soll aber erst ab dem 1. Juli 2022 für bestehende und künftige Versorgungsverträge gelten. Das ist zu spät. Die Beschäftigten in der Altenpflege brauchen noch im Jahr 2021 spürbare Verbesserungen oberhalb des geltenden Pflegemindestlohns, um eine bereits eingetretene Flucht aus dem Berufsfeld zu stoppen.

b) ver.di kritisiert hingegen scharf die vorgeschlagenen Regelungen für Konstellationen, in denen keine unmittelbare Tarifbindung vorliegt. Für diese Pflegeeinrichtung soll es ausreichen, irgendeinen im jeweiligen Bundesland existierenden Haustarifvertrag anzuwenden, unabhängig von dem dort vereinbarten Lohnniveau. Das wäre nichts anderes als ein gesetzlich legitimes Anreizsystem für Dumpingtarifverträge mit bereits bestehenden oder sich daraufhin neugründenden Pseudogewerkschaften. Zudem lässt es die Problematik der tarifrechtlichen Auflösung von Tarifkonkurrenzen außer Betracht.

Die Begründung des Gesetzentwurfs verdeutlicht zudem, dass hier beliebig ein Tarifvertrag ausgewählt werden soll, unabhängig davon, ob er von einer sozial mächtigen Gewerkschaft abgeschlossen wurde. Die Begründung verweist zudem darauf, dass für die Definition des Entlohnungsbegriffs § 2a Satz 2 AEntG herangezogen werden soll. Dies ist zwar zu begrüßen, es ist jedoch unverständlich, dass nicht mindestens neben dem Entgelt auch die Arbeitsbedingungen gem. §§ 2, 5 AEntG als Maßstab für den anwendbaren Tarifvertrag herangezogen werden müssen.

ver.di schlägt folgende Neufassung § 72 Abs. 3a Satz 3 vor:

„Als Tarifvertrag nach Satz 2 gilt auch ein für die Pflegebranche relevanter anwendbarer Flächentarifvertrag, der im Geltungsbereich der Pflegeversicherung mit einer sozial mächtigen Gewerkschaft abgeschlossen wurde.“ (Vgl. zur Begrifflichkeit BVerfG v. 9.7.2020, - 1 BvR 719/19 - - 1 BvR 720/19 - „Die einfachrechtliche Voraussetzung dafür ist die „soziale Mächtigkeit“, in Auslegung des Tarifvertragsgesetzes im Lichte des Art. 9 Abs. 3 GG. Sie ergibt sich aus objektiven Kriterien wie der Zahl der Mitglieder einer Gewerkschaft und ihrer Stellung in den Betrieben, der sachlichen und personellen Ausstattung sowie dem Abschluss von Tarifverträgen in der Vergangenheit; gefordert ist ein Mindestmaß an Verhandlungsgewicht und also eine gewisse

Durchsetzungskraft gegenüber dem sozialen Gegenspieler (vgl. BVerfGE 146, 71 m.w.N.; BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 13. September 2019 - 1 BvR 1/16 -, Rn. 9).“

c) Die Regelung sieht dann in der Folge eine einseitige „Lex Kirche“ für den Fall vor, dass eine Arbeitsvertragsrichtlinie nicht unmittelbar wirkt. Das wäre die Legitimation kirchlicher Einrichtungen, von ihrem eigenen „Tarif“ abzuweichen, was einem Bruch ihrer kircheneigenen Regeln (s.u.) gleichkäme bei gleichzeitiger Refinanzierung. Es gilt: Wer kirchlich ist, muss auch kirchliche Arbeitsrechtssetzung für Arbeitsverhältnisse anwenden – nicht nur teilweise („Rosinen“), sondern ganz.

Die Evangelische Kirche regelt z.B. dazu: „Es dürfen nur Arbeitsverträge auf der Grundlage dieses Kirchengesetzes geschlossen werden. Für die Arbeitsverträge sind entweder die im Verfahren der Arbeitsrechtsregelung durch Arbeitsrechtliche Kommissionen oder im Verfahren kirchengemäßer Tarifverträge getroffenen Regelungen verbindlich. Auf dieser Grundlage getroffene Arbeitsrechtsregelungen sind für den Dienstgeber verbindlich. Von ihnen darf nicht zu Lasten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abgewichen werden. [...]“ (vgl. § 4 ARGG.EKD)

Leider ist dies in der Praxis dennoch der Fall. Auch Einrichtungen mit kirchlichem Status wenden die jeweils geltenden AVR nicht an, sondern weichen nach unten ab, alles unter den Augen von Kirche und Diakonie/Caritas. Beispiele:

Aus der Diakonie

- Pflegeeinrichtungen der Diakonie Flensburg, alle g/GmbHs (getragen durch Diakonissenanstalt Flensburg, KöR): Arbeitsverträge werden individuell geschlossen, nicht durch Anwendung AVR (also nicht „3. Weg, sondern „1. Weg“)
- Pflegeeinrichtungen des Unternehmensverbunds Stiftung Diakoniewerk Kropp, Schleswig-Holstein: Arbeitsverträge werden individuell geschlossen, nicht durch Anwendung AVR (also nicht „3. Weg, sondern „1. Weg“)
- Altenhilfe Sophienhaus GmbH, Weimar (hat über Jahre hinweg eine hauseigene Arbeits- und Sozialordnung angewendet; ist mittlerweile weltlich, da der Kirchengenerichtshof der EKD festgestellt hat, wer kein kirchliches Recht anwendet, ist auch nicht kirchlich)

Aus der Caritas

- Liebenau Leben im Alter gGmbH, 19 Einrichtungen, Baden-Württemberg (Tochtergesellschaften der katholische Stiftung Liebenau): haben über Jahre hinweg Arbeitsverträge individuell geschlossen, nicht durch Anwendung AVR (also nicht „3. Weg, sondern „1. Weg“); wurden dann weltlich, weil es nicht mit kirchlichem Recht vereinbar war; sind seit 2021 wieder kirchlich, setzen nun AVR Caritas um

ver.di lehnt daher diese zusätzliche Sonderbehandlung der kirchlichen Träger zum Nachteil der Beschäftigten ab.

ver.di schlägt für § 72 Abs. 3a Satz 4 die Streichung vor.

SGB XI § 72, Absatz 3b (neu)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 1. Oktober 2021 in Richtlinien das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen festlegen. Den Pflegekassen fehlt aber in der Regel das erforderliche Hintergrundwissen, um Tarifverträge sachgerecht zu klassifizieren. Außerdem ist vollkommen offen, nach welchen Kriterien die Richtlinie erstellt werden soll.

Hier werden Regelungen zur Anwendung von Tarifverträgen in die alleinige Entscheidungshoheit des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen ohne Beteiligung der Tarifpartner gelegt. Dies stellt nach unserer Auffassung einen Eingriff in die durch Art. 9 III GG geschützte Tarifautonomie dar. Zudem muss auch hier befürchtet werden, dass die Verbesserung der Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege im Ergebnis nicht erreicht wird.

ver.di schlägt folgende Neufassung § 72 Abs. 3b Satz 1 vor:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Einvernehmen mit den Tarifpartnern in Richtlinien bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a fest.“

In § 72 Abs. 3b Satz 5 wird die Evaluation der Wirkung der Regelungen vorgesehen. Dies sollte aber zeitlich eher geschehen, der Zeitraum bis zum 31.12.2025 ist zu lang.

„SGB XI § 82c (neu)

Die fortbestehende Anerkennung, dass Tarifverträge nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, ist zu begrüßen. Allerdings greifen die weiteren Regelungen zu kurz. Das Kriterium der „Ortsüblichkeit“ steht zudem im Widerspruch oder zumindest in Konkurrenz zu den Regelungen in § 72 Abs. 3a (neu) und ist daher zu streichen. Ansonsten ergeben sich erforderliche Folgeänderungen durch Inbezugnahme eines relevanten Flächentarifvertrags (siehe Ausführungen zu § 72 Abs. 3a neu). Wir schließen uns der Kritik des DGB an, wonach ein einziger niedriger Tarifvertrag einer Nicht-DGB Gewerkschaft ausreichend ist, um den Referenzwert für die regional übliche Entlohnung zu gelten. Zitat aus DGB Stellungnahme: „Ein einziger niedriger Tarifvertrag einer Nicht-DGB-Gewerkschaft wäre in diesem Falle nötig, um als Referenz für eine regional übliche Entlohnung zu gelten. Dass eine solche ortsübliche Vergütung sämtliche höherwertigen Tarifverträge bei den Kostenträgern auszuhebeln vermag führt den o.g. Anspruch nach einer

Verbesserung des Pflegeberufes durch höhere Bezahlung ad absurdum. Leidtragende wären nicht nur Beschäftigte in Unternehmen mit guten Tarifverträgen, sondern die Pflege insgesamt, die auf eine deutliche Verbesserung des Berufsbildes dringend angewiesen ist, um den Fachkräftemangel endlich zu stoppen. Der DGB fordert deshalb die Streichung der geplanten Regelung und stattdessen einen erneuten Anlauf für einen bundeseinheitlichen flächendeckenden Tarifvertrag in der Altenpflege.“

SGB XI § 82c, Absatz 3

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen [...] nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, erstmals bis zum 15. Februar 2022, für das jeweilige Land veröffentlichen, welche Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen regional übliche Entlohnung vorsehen. ver.di kritisiert scharf, dass im Prozess zwar die Träger der Pflegeeinrichtungen anzuhören sind, nicht aber die Gewerkschaften.

Ferner sollen die anwendbaren Tarifverträge nach Postleitzahlen gegliedert veröffentlicht werden. Das Kriterium „Postleitzahl“ ist nicht sachgerecht und somit höchst selektiv und in der Auswertung manipulationsanfällig. Es ist auch nicht erkennbar, welchen Mehrwert gegenüber dem Kriterium „Bundesland“ erzielt werden kann. Im Gegenteil, das Kriterium Postleitzahl verengt den Blick auf anwendbare Tarifverträge zu stark.

ver.di schlägt folgende Ergänzung von § 82c, Absatz 3 vor:

Nach „Träger der Pflegeeinrichtungen“ wird ergänzt „und tarifzuständigen Gewerkschaften“. Der Verweis auf die regional übliche Entlohnung ist zu streichen. Das Wort „Postleitzahlen“ wird ersetzt durch „Bundesländer“.

„SGB XI § 84 Abs. 7

Die Verpflichtung zur vertragstreuen Zahlung der Löhne und die entsprechende Nachweispflicht auf Verlangen der Pflegekassen soll entfallen. Damit wäre der zweckfremden Verwendung der in der Vergütungsvereinbarung festgelegten Entlohnung Tür und Tor geöffnet. Die Nachweispflicht der korrekten Bezahlung der Beschäftigten sichert insoweit den Schutz der Beschäftigten.

ver.di schlägt vor:

Die bisherige Regelung SGB XI § 84 Abs. 7 muss erhalten bleiben.

Änderungsantrag Nr. 7 der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege) § 113c SGB XI

ver.di fordert seit langem eine verbindliche, bundesweit einheitliche und bedarfsgerechte Personalbemessung in der Langzeitpflege, denn sie ist der Schlüssel für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, für die Entlastung der Beschäftigten, für eine signifikante Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit auch zur Steigerung der Attraktivität dieses Berufs. Der vorliegende Entwurf wird diesen Anforderungen nicht gerecht. Weder ist die Frage der Verbindlichkeit geklärt, noch ist die eindeutige Ausrichtung am Pflegebedarf erkennbar. Stattdessen soll der Fachkräftemangel mit einem massiven Aufwuchs an Assistenzkräften kompensiert werden und das Personalbemessungsverfahren an den arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten ausgerichtet werden. Dies lehnt ver.di ab.

ver.di bekräftigt die Zielsetzung einer bundesweit einheitlichen, verbindlichen Neuregelung der Personalvorgaben, die Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege Entlastung bringt, damit es schnell zu einer spürbaren Verbesserung der Arbeitsbedingungen kommt und damit eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Personalausstattung streng an den Pflegebedarf gekoppelt und die Anforderungen des neuen Pflegedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt wird. Gestiegene Anforderungen und eine veränderte Bewohner*innenstruktur ziehen einen höheren Bedarf an qualifizierten Pflegefachpersonen nach sich, d.h. es bedarf einer deutlichen Erhöhung und keiner Absenkung von Standards. An diesen Vorgaben muss sich ein neues Personalbemessungsverfahren messen lassen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Es ist irritierend, dass die in Abs. 1 vorgeschlagenen Personalanhaltswerte in Abs. 2 als Höchstwerte definiert werden. Die Ergebnisse des Rothgang-Gutachtens legen dar, wieviel Personal mit welchem Qualifikationsniveau mindestens vorgehalten werden muss, um eine bedarfsgerechte Pflege entsprechend der in der Einrichtung vorliegenden Bewohner*innenstruktur zu gewährleisten. Daher muss es sich immer um eine Mindestpersonalausstattung handeln, die eine Pflegeeinrichtung verpflichtend vorzuhalten hat, und die nicht unterschritten werden darf. Daher ist das Wort „höchstens“ durch „mindestens“ zu ersetzen.

Darüber hinaus ist es unabdingbar, einen Sockel an zwingend vorzuhaltenden Fachkräften zu definieren. Dies verhindert, dass aufgrund von kurzfristigen Ausfällen eine fachgerechte Versorgung nicht gewährleistet werden kann und vermeidet das Arbeiten in massiver Unterbesetzung.

ver.di hat im Rahmen des Roadmapprozesses wiederholt auf die Problematik hingewiesen, die eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften mit sich bringt: Pflege wird im Zuge einer Taylorisierung immer kleinschrittiger und die Qualifikation wird entwertet. Darunter wird auch die Qualität pflegerischer Versorgung leiden. Die im vorliegenden Änderungsantrag vorgesehene geringere Fachkräfte-Relation im Vergleich zum Status quo sieht ver.di kritisch. Die bisherige Fachkraftquote ist so lange beizubehalten, bis ein neues Personalbemessungsverfahren verbindlich und bundesweit einheitlich eingeführt ist.

Ein neues, am Bedarf orientiertes Personalbemessungsverfahren, das bundesweit einheitlich verbindlich gelten soll, darf nicht, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, an den arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten ausgerichtet sein, sondern ist streng bedarfsorientiert zu definieren. Daher ist in Abs. 5 Satz 3 ersatzlos zu streichen. („3. Die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.“)

Bei der Einführung eines verbindlich anzuwendenden Personalbemessungsverfahrens ist zu regeln, welche Folgen das Nichteinhalten für die Betreiber der Einrichtung hat. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, klare Sanktionsmechanismen zu definieren und im Gesetz festzuschreiben.

Das in Abs. 6 vorgeschlagene Verfahren zur Überprüfung der Personalanhaltswerte mit anschließender Umsetzung auf dem Wege der Rechtsverordnung lehnt ver.di entschieden ab und fordert den Gesetzgeber stattdessen auf, ein transparentes und beteiligungsorientiertes Verfahren zu definieren. Über die finale Ausgestaltung und Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ist auf dem Wege eines geregelten parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens unter Hinzuziehung maßgeblicher Institutionen und Verbände zu entscheiden.

Änderungsantrag 8 der Fraktionen CDU/CSU und SPD: Verordnungskompetenz von Pflegekräften (Konzertierte Aktion Pflege)

(Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 dieses Buches, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben)

ver.di begrüßt ausdrücklich, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen gestärkt werden sollen. Um eine qualitativ hochwertige Behandlung sicherstellen zu können und die Berufe zu stärken, ist es geboten, die Kompetenzen der Pflegeberufe zu erweitern. Maßstab müssen die Anforderungen, die sich aus der gesundheitlichen Versorgung ergeben, sein. ver.di unterstützt daher grundsätzlich das Vorhaben, dass Pflegefachpersonen konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können. Die dafür erforderlichen Qualifikationen können bei Pflegefachpersonen regelmäßig vorausgesetzt werden. Soweit das im Einzelfall nicht gegeben sein mag, sind entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten einzuräumen und die erforderlichen Qualifikationen perspektivisch zum Gegenstand der Ausbildung zur Pflegefachkraft nach Pflegeberufegesetz (PflBG) zu machen. Es kann dagegen nicht Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen sein, festzulegen, welche Qualifikation der Pflegefachperson erforderlich ist.

Im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität sind die Empfehlungen der Pflegefachkräfte mit hoher Verbindlichkeit zu versehen. Die vorgesehene Evaluation hat unabhängig, wissenschaftlich und nach verbindlich im Gesetz festgelegten Kriterien zu erfolgen.