

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0036(10)**  
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -  
PpSG  
4.10.2018



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

Stellungnahme zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**für ein**

**Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**  
Bundestags-Drucksache 19/4453

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.  
Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken**  
Bundestags-Drucksache 19/4524

**und zum Antrag der Fraktion der AfD  
Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringungen behand-  
lungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und  
häuslichen Pflege**  
Bundestags-Drucksache 19/4537

Berlin, 04.10.2018

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
<b>I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
Pflege von Menschen aller Altersstufen – § 17a Abs. 1 Satz 3 und 4 KHG	9
Förderungsfähige Vorhaben – § 11 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV	11
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung – § 20 Abs. 6 SGB V	12
Betriebliche Gesundheitsförderung – § 20b Abs. 3 SGB V	13
Nationale Präventionsstrategie – § 20d Abs. 3 SGB V	15
Fahrtkosten – § 60 Abs. 1 SGB V	16
Bewertungsmaßstab – § 87 Abs. 2a und 2k SGB V	17
Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Pflicht zu Kooperationsverträgen – § 119b Abs. 1 SGB V	18
Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Anforderungen zum elektronischen Datenaustausch – § 119b Abs. 2a und 2b SGB V	20
Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Berichtspflicht – § 119b Abs. 3 SGB V	23
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a Abs. 1 SGB V	24
Krankenhäuser – § 301 Abs. 2a SGB V	26
Finanzierung Datenauswertungsstelle – § 8 Abs. 5 SGB XI	27
Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege – § 8 Abs. 6 SGB XI	28
Förderungen von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf – § 8 Abs. 7 SGB XI	33
Zuschuss zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen – § 8 Abs. 8 SGB XI	36
Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit – § 37 Abs. 3 SGB XI	38
Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche – § 37 Abs. 5 SGB XI	42
Grundsätze für die Vergütungsregelung – § 89 Abs. 3 SGB XI	43
<b>II.) Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken</b>	<b>46</b>
<b>III.) Antrag der Fraktion der AfD Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringungen behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege</b>	<b>50</b>

## **Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

### **Vorbemerkung**

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

### **I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**

#### **Zusammenfassung**

**Der bpa begrüßt den Gesetzentwurf als Schritt in die richtige Richtung. In zu vielen Fällen ist jedoch nur das Ziel, nicht aber die geplante Durchführung geeignet. Die von der Bundesregierung anvisierten Verbesserungen der Personalausstattung in den Krankenhäusern werden einzig auf Kosten der Heime und Pflegedienste gehen. In ihrer Wirkung droht, dass sie den Startschuss zur Plünderung der Altenpflege geben.**

Der Gesetzentwurf postuliert umfassende Ziele. Durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen sollen „spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte erfolgen“. Dieses Ziel wird in der derzeitigen Ausgestaltung des Gesetzes aber weitestgehend verfehlt. Die Personalausstattung wird sich auch durch 13.000 zusätzliche Stellen nicht verbessern, solange es keine weiteren Pflegekräfte gibt, welche die Stellen auch besetzen. Die zur Erreichung der besseren Arbeitsbedingungen vorgesehenen Fördermittel für eine digitale Ausstattung und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind eine sinnvolle Neuerung. Sie greifen für nachhaltige Veränderungen aber zu kurz. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren muss es zu einer Entfristung der Förderprogramme kommen. Andernfalls ist weder die Umsetzung der Digitalisierung

der Altenpflege noch eine nachhaltige Verbesserung bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf möglich.

Der Gesetzentwurf nimmt eine nicht nachvollziehbare Bevorzugung der akutstationären Versorgung vor. Krankenhäuser bekommen jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle finanziert. Sie müssen sich keine Gedanken über die Weitergabe von Kosten an die von ihnen versorgten Menschen machen. Im Bereich der Ausbildung findet im ersten Jahr im Krankenhaus künftig keine Anrechnung der Auszubildenden mehr statt. In der Altenpflege bleibt, trotz noch anders lautender Bekundungen in den Eckpunkten des „Sofortprogramms Pflege“, alles beim Alten. Die Anrechnungsregeln bestehen weiterhin. Wie mit einer solchen Zweiklassengesellschaft in der Pflege den bestehenden Herausforderungen adäquat begegnet werden soll, bleibt unklar. Stattdessen leistet dies dem immer stärkeren Abwerbeprozess von Krankenhäusern gegenüber Altenpflegeeinrichtungen weiteren Vorschub. Hier wird eine strukturelle Benachteiligung der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Krankenhäusern festgeschrieben, welche die Umsetzung der geplanten Verbesserungen in der Altenpflege von Beginn an gefährdet. Es ist zwingend angezeigt, die Verbesserungen im Krankenhausbereich auch auf die Altenpflege zu übertragen. Andernfalls werden sich die bereits bestehenden Personal- und Versorgungsprobleme drastisch verschärfen.

#### Vermeintliches Mehr an Stellen ist kein Mehr an Pflegekräften

Die Situation in den Pflegeheimen ist bestimmt von einer Verdichtung der pflegerischen Anforderungen sowie von einer spürbar steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen. 13.000 Stellen sollen zukünftig zusätzlich durch Mittel der Krankenversicherung finanziert werden. Der bpa begrüßt die Finanzierungsregelung als Schritt in die richtige Richtung.

Allerdings müssen eine Reihe von Fragen im Zusammenhang mit der Neuregelung aufgeworfen werden, deren Beantwortung bisher im Unklaren bleibt. Woher sollen 13.000 zusätzliche Fachkräfte kommen? Die Pflege ist der Mangelberuf Nummer Eins in Deutschland. Freie Stellen sind 175 Tage unbesetzt und damit erheblich länger als im Schnitt aller Berufe. Zwischen 1999 und 2015 stieg die Zahl der Beschäftigten um 74 Prozent. Seit Jahresbeginn 2016 kamen zudem weitere 180.000 sozialversicherungspflichtige Stellen im Wirtschaftszweig „Heime und Soziales“ hinzu. Doch für zehntausende weitere offene Stellen finden sich schon heute keine Bewerber mehr. Eine Antwort darauf, wie die Bedarfe der stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen gedeckt werden können, lässt sich in den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen nicht erkennen. Nicht ausgeschlossen ist, dass ohne erhebliche Anstrengungen insbesondere bei der qualifizierten Zuwanderung lediglich 13.000 weitere unbesetzte Stellen geschaffen werden. Zudem droht, dass ausgerechnet

die Pflegeheime in der Öffentlichkeit für diese Verschärfung des Personalmangels verantwortlich gemacht werden. Es müssen daher umfassende Änderungen an der Regelung vorgenommen werden.

Mit dem neuen Finanzierungsinstrument soll ausweislich der Begründung auch der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen teilweise berücksichtigt werden. Der bpa setzt sich seit vielen Jahren für eine vollständige Übernahme dieser Kosten ein. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime werden bei den Leistungen der Krankenkasse bisher systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Die zusätzlichen Kosten liegen bei etwa drei Milliarden Euro jährlich. Die geplante Ausgestaltung der Kostenübernahme wird deshalb weder eine Entlastung für Pflegekräfte oder Bewohner noch eine Belastung für die Krankenversicherung mit sich bringen. Aus Sicht der Versicherer reduziert sich die finanzielle Belastung nicht. Keineswegs darf jedoch das Missverständnis entstehen, die Leistung der medizinischen Behandlungspflege würde neu eingeführt und damit seien auch Qualifikationsanforderungen zu regeln. Seit Jahrzehnten wird diese Leistung in der vereinbarten Qualität verlässlich erbracht und ist in einer rund-um-die-Uhr-Versorgung auch unverzichtbar. Insofern geht es hier nicht um die Personalstruktur für eine neue Leistung, sondern entweder um spürbare Entlastung der Beschäftigten oder aber um spürbare finanzielle Entlastung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer unterhaltspflichtigen Angehörigen. Die aktuelle Diskussion um eine Stellenmehrung ausschließlich durch Pflegefachkräfte erreicht beide Ziele nicht.

Entschieden widerspricht der bpa der Beauftragung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, das Nähere zum Antragsverfahren lediglich im Benehmen mit den Trägervereinigungen zu regeln. Wenn die Verantwortlichkeit in erster Linie bei diesem liegt, kann dies in der Konsequenz zu einer erheblichen Belastung der Pflegeeinrichtungen mit bürokratischen Anforderungen und Nachweispflichten bei deutlicher Entlastung der Pflegekassen führen mit der Folge, dass die Krankenversicherung letztlich überhaupt nicht mit Kosten belastet würde. Es ist daher zwingend angezeigt, dass die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam das Nähere zum Verfahren regeln. Die im Gesetzestext hinzugekommenen umfassenden Nachweis- und Bürokratiepflichten werden dazu führen, dass insbesondere kleinere Einrichtungen regelmäßig eher auf die Zuschüsse verzichten werden. Sie müssen deshalb aus dem Gesetz gestrichen und stattdessen Teil der von der Selbstverwaltung zu treffenden Vereinbarung sein.

Durchaus erwähnenswert sind die durchaus hohen Überschneidungen des Gesetzesentwurfs mit den Themen der Konzentrierten Aktion Pflege. An viele Stellen werden vorab Regelungen getroffen und parallel Arbeits-

gruppen mit der Entwicklung von Regelungen zu den gleichen Themen beauftragt.

#### Ankündigungen der Eckpunkte bleiben teilweise unerfüllt

Im Eckpunktepapier zum „Sofortprogramm Pflege“ wurde auch den Altenpflegeeinrichtungen in Aussicht gestellt, dass auf den vorgesehenen Anrechnungsschlüssel für den Einsatz der Auszubildenden im ersten Lehrjahr verzichtet würde. Dies sollte den Einrichtungen ermöglichen, mehr auszubilden. Trotz der Ankündigung einer solchen Regelung fehlt sie im Gesetzentwurf. Die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen kann kein weiteres Jahr warten. Es muss jetzt gehandelt werden.

In der Krankenpflege werden im Gegensatz dazu ab 2019 die Ausbildungsvergütungen im ersten Jahr komplett von den Kostenträgern gegenfinanziert. Ausweichlich der Begründung soll dies „dem Umstand Rechnung [tragen], dass voll ausgebildete Pflegekräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in der Regel in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist.“ Die gleiche Argumentation greift in der Altenpflege. Eine vergleichbare Regelung sieht der Gesetzentwurf dennoch nicht vor. Auch hier findet im ersten Jahr eine geringe Entlastung der Pflegekräfte durch Auszubildende statt, als dies in den späteren Phasen der Ausbildung geschieht. Es bedarf daher zwingend einer Anpassung des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes in diesem Punkt. Auch für das Pflegeberufegesetz muss eine analoge Lösung vorgenommen werden. Es darf keine weitere Ungleichbehandlung zwischen der Krankenpflege und der Altenpflege zementiert werden.

#### Digitalisierung findet nicht statt

Die gewünschte Digitalisierung der Altenpflege wird zwar vielfach gefordert, durch den Gesetzgeber aber nicht hinreichend befördert. Benötigt wird ein konzeptioneller Rahmen, der nach flächendeckenden Versorgungseffekten zu bewerten sein wird. Abgestimmte technische Ausstattung und Verfahren sind eine Grundvoraussetzung. Finanzierungsfragen zur Ausstattung müssen nicht nur für die Ärzte beantwortet werden, sondern selbstverständlich auch für die Pflegeeinrichtungen.

Der deutliche Ausbau von Videosprechstunden in Pflegeeinrichtungen wird im Gesetzentwurf an mehreren Stellen angesprochen. Der bpa begrüßt diese bei vernünftiger Umsetzung als sinnvollen Beitrag zur Entlastung des Pflegepersonals. Doch während die Refinanzierung der ärztlichen Leistung im Gesetz explizit angesprochen wird, bleibt das benötigte Engagement der Pflegeeinrichtungen außen vor. Weder die Bereitstellung der Technik noch die essentielle Unterstützung des Arztes durch die Be-

schäftigten der Einrichtungen sollen gesondert finanziert werden. Hier besteht deutlicher Nachbesserungsbedarf.

Die Anbindung der Altenpflege an die Telematikinfrasturktur ist im Koalitionsvertrag vereinbart. Eine Umsetzung erfolgt durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz einmal mehr nicht. Der bpa fordert, dass die notwendigen Regelungen endlich vorgenommen werden. Dies umfasst auch den vollständigen Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte. Dazu gehören der elektronische Medikationsplan, der elektronischer Arzt- bzw. Entlassbrief und die elektronische Patientenakte.

Der vorgesehene Zuschuss zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen ist in seiner vorgesehenen Ausgestaltung nicht geeignet, die in der Regelung genannten Aufgaben zu finanzieren. Die Höhe des Zuschusses lässt allenfalls den einmaligen Erwerb einzelner Geräte und Software zu. Die dauerhafte Finanzierung von Schulungen, regelmäßig anfallender Weiterbildungen, der Kauf neuer Technik, Wartungen, Updates und jährliche Lizenzgebühren werden jedoch allesamt nicht durch einen einmaligen Zuschuss gedeckt. Anders als im ärztlichen Bereich, wo die Krankenversicherung entsprechende Technologien durch Milliardenbeträge vollfinanziert, bekommen Pflegeeinrichtungen einmal mehr nur einen ungenügenden Zuschuss. Eine erfolgreiche Digitalisierung der Altenpflege kann so nicht gelingen. Es bedarf mindestens der Klarstellung, dass die Kosten dauerhaft entweder durch eine separate und damit eine den pflegebedürftigen Menschen nicht belastende Förderung oder durch die Berücksichtigung in den Entgelten zu erfolgen hat.

#### Ambulante Pflege benötigt weitere Unterstützung

Die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgte Einbeziehung der ambulanten Pflege in die Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wird vom bpa ausdrücklich begrüßt.

Die Neuregelungen zur spezifischen Vergütung von Wegezeiten sowie zur besseren Bezahlung von Beratungsbesuchen bedeuten ebenfalls wichtige Verbesserungen für die ambulante Pflege vor. Gleichwohl muss die im Kabinettsentwurf erfolgte Einschränkung der Wegezeiten auf den Bereich der „unterversorgten“ ländlichen Räume zwingend wieder gestrichen werden. Weder gibt der Gesetzentwurf Kriterien für eine solche Unterversorgung vor, noch ist nachvollziehbar, wieso nur in solchen Fällen eine angemessene Vergütung der Wegezeiten angezeigt sein sollte.

Zudem benötigen auch die in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte weiterer Entlastung. Befragungen zeigen, dass vor allem die fehlende Verlässlichkeit von Freizeit und der Wunsch nach personeller Entlastung zu ungünstigen Zeiten wie z.B. an den Wochenenden im Fokus der Beschäf-

tigten liegen. Analog der im stationären Bereich vorgesehenen Entlastung der Pflegekräfte durch mehr Personal ist auch im ambulanten Bereich eine zusätzliche Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daher angezeigt. Hierfür besonders geeignet wäre eine Regelung, die die Pflegekräfte nachhaltig entlastet, die Abberufung aus der Freizeit verhindert und einen enormen zusätzlichen Organisationsaufwand vermeidet. Freigestellte Springerkräfte, die in der häuslichen eins-zu-eins Versorgung bei akutem Personalausfall einspringen und diesen kompensieren, wären eine sinnvolle Sofortmaßnahme. Würden diese verbindlich bei der Vergütungskalkulation berücksichtigt, käme es zu einer erheblichen und unverzüglichen Entlastung. Auch in anderen Bereichen wie der Akutversorgung oder der Feuerwehr sind vergleichbare Regelungen durchaus üblich.



## Zu den Vorschriften im Einzelnen:

### **Pflege von Menschen aller Altersstufen – § 17a Abs. 1 Satz 3 und 4 KHG**

#### **A) Beabsichtigte Regelung**

Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden ab 2019 im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert.

#### **B) Stellungnahme**

Bisher wurde vom Gesetzgeber unterstellt, dass Auszubildende für den Träger der praktischen Ausbildung einen Mehrwert erwirtschaften. Deswegen können die Ausbildungsvergütungen derzeit nicht in vollständiger Höhe bei den Ausbildungskosten berücksichtigt werden, sondern ein bestimmter Anteil wird davon auf der Grundlage eines Anrechnungsschlüssels abgezogen. Zu Recht stellt die Begründung der Neuregelung von § 17a KHG aber klar:

*„Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege finden die jeweiligen Anrechnungsschlüssel weiterhin Anwendung. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass voll ausgebildete Pflegekräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in der Regel in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist. [...] Die Regelung gilt erstmals für das Ausbildungsbudget für das Jahr 2019.“*

Dass Pflegefachkräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist, gilt gleichermaßen für die Altenpflege. Deswegen bedarf es einer entsprechenden Regelung zwingend auch für diese. Gleiches gilt für die Hilfskräfte, deren erstes Ausbildungsjahr in den Kliniken künftig vollständig refinanziert wird. In der Altenpflege hingegen ist dies nicht vorgesehen. Auch hier müssen die Finanzierungsregelungen übertragen werden. Es darf keine weitere Ungleichbehandlung zwischen der Krankenpflege und der Altenpflege ze-

mentiert werden.

Die im Eckpunktepapier zum Sofortprogramm in Aussicht gestellte analoge Regelung für die Altenpflege ist im Gesetzentwurf nicht enthalten. Die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen kann nicht warten. Es muss jetzt gehandelt werden.

Darüber hinaus fordert der bpa den Gesetzgeber auf, auch einen entsprechenden Änderungsantrag für das Pflegeberufegesetz (PflBG) vorzulegen, da die bestehenden anderweitigen Regelungen mit Inkrafttreten dessen entfallen. Hierzu verweist der bpa auch auf die gleichlautende Forderung des Bundesrats aus seiner EntschlieÙung zur Pflegeberufes-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (Bundesrats-Drs. 360/18, Seite 7).

### **C) Änderungsvorschläge**

In der Altenpflege muss für das Jahr 2019 eine analoge Regelung eingeführt werden.

Es wird eine analoge Regelung im Pflegeberufegesetz umgesetzt.

## **Förderungsfähige Vorhaben – § 11 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Umwandlung eines Krankenhauses oder von Teilen von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation soll förderungsfähig im Sinne von § 12 Abs. 2 Satz 4 KHG sein.

### **B) Stellungnahme**

Es ist nicht nachzuvollziehen, aus welchem Grund Mittel des Gesundheitsfonds und damit Versicherten- sowie Steuergelder dafür verwendet werden sollten, Krankenhäuser in stationäre Pflegeeinrichtungen umzubauen. Würde man der Annahme folgen, dass die Refinanzierungsmöglichkeiten bei der Schaffung von Pflegeheimplätzen unzureichend seien, wären diese für alle Träger anzupassen. Hier wird erneut eine strukturelle Benachteiligung bestehender oder geplanter Pflegeheime mit jahrzehntelanger wettbewerbsverzerrender Auswirkung festgeschrieben. Eine derartige Subvention einzelner Häuser ist ein nicht hinnehmbarer Markteingriff. Private Träger haben den Willen, Investitionen vorzunehmen. Allzu oft werden sie jedoch durch immer neue Vorgaben oder nicht nachvollziehbare kommunale Bedarfsplanungen davon abgehalten. Statt den Gesundheitsfonds zu nutzen, um Krankenhäuser in Pflegeheime umzuwandeln, sollten lieber bestehende Investitionshemmnisse beseitigt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 11 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV wird gestrichen.

## **Primäre Prävention und Gesundheitsförderung – § 20 Abs. 6 SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Mindestausgabenwert, den die Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b jährlich je Versicherten aufzuwenden haben, wird erhöht.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, von diesem Betrag mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser, (teil-) stationäre sowie ambulante Pflegeeinrichtungen bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

### **B) Stellungnahme**

Die Erhöhung des Mindestausgabenwerts, den die Krankenkassen für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufbringen müssen, wird vom bpa begrüßt. Die Verpflichtung der Krankenkassen, mit diesem Betrag insbesondere auch Maßnahmen in (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, ist eine sinnvolle Verbesserung für die Pflegekräfte. Pflegekräfte haben im Schnitt mehr Fehltage als im Durchschnitt aller Berufe. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Mehr finanzielle Mittel für die Prävention können ein Baustein sein, Fehlzeiten zu reduzieren. Zudem wird auf diesem Weg dem Wunsch der Betroffenen selbst nachgekommen: Drei von vier Pflegekräften wünschen sich die Teilnahme an Präventionsprogrammen.

Der bpa und seine Mitgliedseinrichtungen unterstützen bereits heute eine Vielzahl an Projekten mit Partnern aus der Wissenschaft, Krankenkassen und Verbänden, die allesamt gesundheitsfördernde und präventive Instrumente untersuchen und erproben. Viele dieser Projekte werden von den Einrichtungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen. Entscheidend ist jedoch, dass Modellprojekte ihren Weg in das reguläre Angebot finden. Zu viele Förderungen, auch von Bundesministerien, sind bisher nur befristet möglich.

Der bpa begrüßt die Umsetzung seiner Forderung, auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen als Unterstützungsberechtigte aufzunehmen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Betriebliche Gesundheitsförderung – § 20b Abs. 3 SGB V**

### **A) Vorgeschlagene Neuregelung**

Krankenkassen sollen im Rahmen der Beratung und Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung einen besonderen Fokus auf Krankenhäuser, (teil-)stationäre sowie ambulante Pflegeeinrichtungen legen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von Krankenhäusern oder der (teil-)stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände auf Landesebene sollen an der Beratung und Unterstützung beteiligt werden.

### **B) Stellungnahme**

Analog der Ausführungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 6 SGB V wird die besondere Fokuslegung auf (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vom bpa begrüßt. Die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgte Aufnahme der ambulanten Pflegeeinrichtung ist folgerichtig.

Die Einbeziehung der maßgeblichen Verbände ist sinnvoll. Nur diese verfügen über die Erfahrung, welche Leistungen in den Einrichtungen besonders nachgefragt und erfolgreich sind und wie sich die Angebote der Beratungseinrichtungen effektiv mit den besonderen Herausforderungen der Arbeit in der Pflege in Verbindung bringen lassen. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, wieso im vorliegenden Gesetzentwurf eine Einschränkung bei der Verbändebeteiligung erfolgt ist. Es ist keineswegs ausreichend, wenn die Verbände der Träger von Krankenhäusern oder die der Träger von Pflegeeinrichtungen beteiligt werden. In Krankenhäusern gibt es Arbeitsabläufe und Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich deutlich von denen in stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenpflege unterscheiden. Dies erfordert entsprechend angepasste Konzepte und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 20b Abs. 3 SGB V wird wie folgt geändert:

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen, insbesondere Einrichtungen

nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 ~~oder~~ **und** der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 ~~oder~~ **und** 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 ~~oder~~ **und** der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 ~~oder~~ **und** 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

## **Nationale Präventionsstrategie – § 20d Abs. 3 SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die nationale Präventionsstrategie soll um Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Krankenhäusern, (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ergänzt werden.

### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung der nationalen Präventionsstrategie ist folgerichtig und eine sinnvolle Ergänzung zu den Neuregelungen in §§ 20 und 20b SGB V. Prävention und Gesundheitsförderung müssen umfassend angegangen werden, wenn sie erfolgreich sein sollen. Der bpa begrüßt es, dass seine Forderung, die ambulante Pflege zum Adressatenkreis hinzuzufügen, mit dem Kabinettsbeschluss umgesetzt wurde.

### **C) Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Fahrtkosten – § 60 Abs. 1 SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Für die Kostenübernahme von Krankenfahrten zur ambulanten zahn- oder fachärztlichen Behandlung ist künftig kein Antrag und keine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse mehr notwendig, wenn u.a. eine Einstufung in Pflegegrad 4 oder 5 bzw. Pflegegrad 3 mit einer zusätzlich dauerhaften Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich. Durch die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts für die entsprechenden Personengruppen gelingt ein Beitrag zur Entbürokratisierung, der den Alltag für Betroffene, Angehörige und Pflegekräfte erleichtert.

### **C) Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.



## **Bewertungsmaßstab – § 87 Abs. 2a und 2k SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

In den einheitlichen Bewertungsmaßstäben (EBM) für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen sollen Regelungen getroffen werden, die Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglichen. Fallkonferenzen mit Pflegepersonal gehören ebenfalls zum Leistungskatalog.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Berücksichtigung von Videosprechstunden inklusive dazugehöriger Fallkonferenzen in den Bewertungsmaßstäben von Ärzten und Zahnärzten ausdrücklich. Dies ist eine Grundvoraussetzung für den weiteren Ausbau dieses Angebots. Wenn die Klärung gesundheitlicher Fragen künftig regelmäßig per Videoschaltung möglich ist, erspart dies den pflegebedürftigen Menschen aufwändige Arztbesuche.

Gleichwohl ergeben sich für die Pflegeeinrichtungen eine Reihe von Umsetzungsfragen, die im Gesetz bis dato nicht adressiert werden, ohne die jedoch eine erfolgreiche Übertragung in den Versorgungsalltag nicht möglich ist. Neben der Finanzierung der Technik im Hinblick auf die Anschaffung, Wartung und Zahlung möglicher Lizenzgebühren ist insbesondere die personelle Unterstützung ungeklärt. Die Pflegebedürftigen werden bei Videokonferenzen regelmäßig die Assistenz von Pflegekräften benötigen. Gleiches gilt für die beteiligten Ärzte und Zahnärzte. Dies beginnt bei der Bedienung der Technik, über die Erteilung von Auskünften bis hin zur Assistenz des Arztes bei der Untersuchung und Diagnosestellung. Während jedoch die ärztliche Leistung über Vergütungszuschläge im EBM hinreichend honoriert wird, gibt es keine zusätzliche Vergütung für die Leistung und den Arbeitsaufwand der Pflegekräfte. Dies ist nicht nachvollziehbar. Es muss zwingend eine Refinanzierung der Leistung der Pflegekräfte durch das SGB V neu aufgenommen werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Es wird ein Vergütungszuschlag für die Teilnahme von Pflegekräften an Videosprechstunden und Videofallkonferenzen mit Ärzten oder Zahnärzten im SGB V verankert.

## **Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Pflicht zu Kooperationsverträgen – § 119b Abs. 1 SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen mit dafür geeigneten Leistungserbringern Kooperationsverträge schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung die Verträge innerhalb von drei Monaten zu vermitteln.

Für die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kooperationsärzten benennt die Pflegeeinrichtung eine verantwortliche Pflegefachkraft.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa teilt das Ziel, pflegebedürftigen Menschen die bestmögliche gesundheitliche Versorgung zukommen zu lassen. Die Pflegeeinrichtungen nehmen hierbei eine zentrale Rolle ein. Laut dem Pflege-Report 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK sollen im Schnitt auf 100 Bewohner etwa 60 Hausärzte kommen, auch wenn dies aus unserer Sicht nur auf großstädtische Verhältnisse zutreffen dürfte. Die Koordination erfordert einen erheblichen Aufwand. Die Intention, die diesbezüglichen Abläufe durch Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu verbessern und vor allem zu vereinfachen, ist verständlich. Der bpa selbst wirbt bei seinen Mitgliedern für die Möglichkeiten solcher Verträge.

Entscheidend bei derlei Kooperationen ist jedoch eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Diese kann nicht erzwungen werden. Die Pflicht zum Abschluss von Kooperationsverträgen wird die ärztliche Versorgung nicht verbessern. Weitere Vorschriften erhöhen zwar die Reglungsdichte, verbessern aber eben nicht das Angebot. Unter erheblichem Druck abgeschlossene Kooperationsverträge werden keine Bündelung der ärztlichen Versorgung auf wenige Hausärzte in städtischen Regionen herbeiführen, da die freie Arztwahl weder eingeschränkt werden darf noch soll. Insbesondere die hausärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen befindet sich bereits auf einem guten Weg. Die stetig steigenden Zahlen freiwillig abgeschlossener und aktiv gelebter Kooperationsverträge belegen dies. Zusätzliche Anreize führen zum weiteren Ausbau der Kooperationen, nicht aber weitere gesetzliche Verpflichtungen. Dies zeigt sich nicht zuletzt am Beispiel der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.

Überregulierend und bevormundend wirkt die Verpflichtung, eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Ärzten zu benennen. Wenn es nur darum geht, medizinische Versorgung zu unterstützen und die Arbeit der Arztpraxen zu erleichtern, wie die Begründung suggeriert, dann geht es um die Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. In diesem Fall muss die Tätigkeit der Pflegekraft zwingend durch das SGB V finanziert werden. Sollte es um organisatorische Aufgaben wie beispielsweise die Terminvermittlung gehen, besteht kein Grund, eine Pflegefachkraft zu benennen. Gleich welches Aufgabenspektrum vom Gesetzgeber beabsichtigt ist, der zu benennende Ansprechpartner kann nicht die Funktion eines Arzthelfers vor Ort einnehmen.

In bewährten Kooperationsverträgen werden auch bisher Prozesse zwischen behandelnden Ärzten und den notwendigen Ansprechpartnern im Pflegeheim verlässlich geregelt, ohne dass es einer wohl eher deklatorischen gesetzlichen Zusatzregelung bedarf.

Explizit hinweisen möchten wir darauf, dass auch die Ausweisung einer Kooperationskraft den Ärztemangel nicht beeinflussen wird, so er denn regional auftritt. Entsprechend dürfen weder das Pflegeheim noch die vorgesehene Kooperationskraft hierfür intern oder öffentlich verantwortlich gemacht werden. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung bleibt Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Änderungen in § 119b Abs. 1 SGB V werden gestrichen.

## **Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Anforderungen zum elektronischen Datenaustausch – § 119b Abs. 2a und 2b SGB V**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden verpflichtet, verbindliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit ihnen kooperierenden Ärzten sowie Zahnärzten zu bestimmen, damit diese elektronische Zusammenarbeit schnittstellen- und sektorübergreifend erfolgen kann. Das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist herzustellen. Technische Anforderungen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene der ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern können auf deren Verlangen berücksichtigt werden.

Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen in den Anforderungen berücksichtigt werden.

Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden, sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragsärzten Verwendung finden.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt grundsätzlich den Wunsch des Gesetzgebers, über einheitliche Anforderungen zu einer Vereinfachung der Kommunikation und einer damit verbundenen Entlastung des Pflegepersonals beizutragen. Viel zu häufig sind die Kontakte mit Ärzten, Apothekern und anderen Leistungserbringern noch von Zettelwirtschaft, Faxen und langwierigen Telefonaten geprägt.

Die Pflegeeinrichtungen wurden bei der Umsetzung der Digitalisierung vom Gesetzgeber bis dato jedoch weitestgehend ignoriert. Im eHealth-Gesetz gab es trotz der umfangreichen Hinweise des bpa keine Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen. Im Koalitionsvertrag findet sich immerhin nun der Hinweis zum Anschluss der Pflege an die Telematikinfrastruktur, aber die Umsetzung lässt weiter auf sich warten. In der hier vorgenommenen Neuregelung wird zwar der Auftrag erteilt, die entsprechenden Dienste zu berücksichtigen, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen; wie und wann dies aber vonstattengehen soll, bleibt vollkommen offen. Eine solche Absichtserklärung genügt nicht. Die Pflegeeinrichtungen stellen eine wesentliche Schnittstelle der

gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland dar. Es bedarf deshalb endlich konkreter gesetzlicher Maßnahmen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur.

Im Rahmen derlei Maßnahmen muss neben einer umfassenden und dauerhaften Finanzierung des Aufbaus und des Betriebs der dazugehörigen Technik auch der Zugang zu den Daten geregelt sein. Dazu gehört mindestens der Zugriff auf die elektronische Patientenakte, den elektronischen Medikationsplan, den elektronischen Arzt- bzw. Entlassbrief und die weiteren Daten der eGK.

Praxisnahe Vereinbarungen zum elektronischen Datenaustausch bedürfen der gleichberechtigten Einbindung der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen. Es reicht nicht, wenn mit diesen bloß das Benehmen herzustellen ist. Andernfalls könnten die ärztlichen Leistungserbringer und die Krankenkassen eine Vereinbarung treffen, die die besonderen Anforderungen der pflegerischen Versorgung nicht adäquat berücksichtigt. Eine erfolgreiche Anwendung im Alltag wäre dadurch gefährdet.

Der Verweis, telemedizinische Dienste wie insbesondere Videosprechstunden im Rahmen der hier zu regelnden Zusammenarbeit zwischen den Pflegeeinrichtungen und den ärztlichen Leistungserbringern zu berücksichtigen, ist nachvollziehbar. Dennoch gelten die Ausführungen zu § 87 Abs. 2a und 2k SGB V (siehe S. 17) fort. Ohne einen entsprechenden Vergütungszuschlag für die Bereitstellung der technischen Infrastruktur und für die pflegerische Assistenz im Rahmen der Videosprechstunde kann diese in der Praxis keinen nachhaltigen Erfolg haben. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Ärzte und Zahnärzte eine zusätzliche Finanzierung ihrer Leistung erhalten, die Pflegeeinrichtungen jedoch nicht. Hier muss zwingend eine Änderung erfolgen.

### C) Änderungsvorschlag

§ 119b Abs. 2a SGB V wird wie folgt geändert:

Die Vertragsparteien nach Absatz 2 **und die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 ~~im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene~~ verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung ~~können werden~~ auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfra-

struktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

Es wird ein Vergütungszuschlag für die Teilnahme von Pflegekräften an Videosprechstunden und Videofallkonferenzen mit Ärzten oder Zahnärzten im SGB V verankert.

## Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen; Berichtspflicht – § 119b Abs. 3 SGB V

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen und berichten der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.

### B) Stellungnahme

Es ist sinnvoll, durch eine regelmäßige Berichterstattung über die Entwicklungen bei der vertragszahnärztlichen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen Informationen zu erhalten. Nicht verständlich ist, wieso einzig die KZBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Evaluation der Auswirkungen auf einer durch die beiden Akteure vereinbarten Grundlage vornehmen sollen. Die Expertise der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte soll offenbar ungenutzt bleiben. Es bleibt unklar, wie eine gewinnbringende Bewertung stattfinden soll, wenn die entscheidenden und direkt betroffenen Akteure nicht einbezogen werden.

Der bpa fordert daher, dass die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Evaluation gleichberechtigt beteiligt sind.

### C) Änderungsvorschlag

§ 119b Abs. 3 Satz 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, **die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.

## Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a Abs. 1 SGB V

### A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V sind erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem SGB XI zu regeln.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Verpflichtung, einer flächendeckenden Versorgung Rechnung zu tragen und dabei insbesondere angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten zu vereinbaren, ausdrücklich. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist nur auf Basis auskömmlicher Vergütungen zu gewährleisten. Hinsichtlich der Wegezeiten existieren bundesweit Pauschalen, die regelhaft weder den tatsächlichen zeitlichen Aufwand noch die Arbeitnehmerzuschläge für ungünstige Arbeitszeiten berücksichtigen. Der bestehende Zeitdruck für die Pflegekräfte zur Erbringung wirtschaftlicher Leistungen resultiert aus diesen unzureichenden Vergütungsvereinbarungen. Zuschläge zu den Vergütungen können die Problematik lindern, als Instrument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind allerdings vorrangig auskömmliche Vergütungsvereinbarungen unter Berücksichtigung der zeitlichen Aufwände und der Risiken erforderlich. Damit die Kostenträger die Berücksichtigung derartiger Kostenanteile nicht länger verwehren können, ist eine Ergänzung der vorgesehenen Gesetzesänderung hilfreich.

Gleichwohl sind umfangreiche Wegezeiten nicht nur ein Problem im ländlichen Raum. Eine Studie zu den tatsächlich anfallenden Wegezeiten von Tür zu Tür aus Hessen hat gezeigt, dass in Großstädten trotz deutlich kürzerer Strecken die insgesamt aufgewandte Zeit mindestens vergleichbar mit der im ländlichen Raum ist. Bedingt durch ein hohes Verkehrsaufkommen und wenige Parkmöglichkeiten ist der Aufwand für die Pflegekräfte oft andauernder als in strukturschwachen Regionen. Es ist daher auch in solchen Versorgungsregionen notwendig die Honorierung des Wegeaufwands festzuschreiben und den tatsächlichen Zeitaufwand sowie die Zuschläge für ungünstige Zeiten zu berücksichtigen. Der im Kabinettsentwurf neu hinzugekommene Begriff der „unterversorgten“ ländlichen Räume ist darüber hinaus irreführend und muss gestrichen werden. Der bpa schließt sich diesbezüglich der Forderung und Begründung der Bundesländer in der Stellungnahme des Bundesrats zum Pflegepersonal-



Stärkungsgesetz an:

*„Eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten ist nicht nur in unterversorgten ländlichen Räumen notwendig. Ferner gibt der Gesetzentwurf keine Kriterien vor, wann von „unterversorgten ländlichen Räumen“ auszugehen ist. [...] Die Abgabe von Rahmenempfehlungen für die Vergütung von längeren Wegezeiten sollte daher nicht auf unterversorgte ländliche Räume beschränkt werden“ (Bundesrats-Drs. 376/18, Seite 23).*

Es darf nicht das Ziel sein durch zusätzliche Kriterien die Belastung der Krankenkassen möglichst niedrig zu halten. Stattdessen muss es endlich eine angemessene Bezahlung der tatsächlich benötigten Wegezeiten geben.

### C) Änderungsvorschlag

§ 132a Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von **längeren aufgewandten Wegezeiten, unter Berücksichtigung von Arbeitnehmerzuschlägen für ungünstige Zeiten**, ~~in unterversorgten ländlichen Räumen~~ durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch und...

## **Krankenhäuser – § 301 Abs. 2a SGB V**

### **A) Neuregelung**

Die Krankenkassen haben den Krankenhäusern unverzüglich nach Anzeige der Behandlungsaufnahme einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.

### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung erleichtert den Krankenhäusern die korrekte Abrechnung der Vergütung. Eine solche ist nur möglich, wenn die Krankenkassen ihren Informationspflichten nachkommen.

In Pflegeeinrichtungen, aber auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe verwehren Kranken- und Pflegekassen regelmäßig die Auskunft über grundlegende Informationen zu den Versicherten und Bewohnern z.B. bei einer Veränderung der Einstufung in einen Pflegegrad. Dies bedeutet nicht nur mehr Bürokratie für die Einrichtungen, sondern verhindert insbesondere eine umfassende Beratung der Pflegebedürftigen. So ist es den Heimen und Diensten unter anderem nicht möglich, vollständig über individuelle Möglichkeiten und Leistungsangebote zu informieren und diese direkt mit den Betroffenen abzustimmen, da die Pflegekassen es unter dem Vorwand datenschutzrechtlicher Bedenken ablehnen, über die Leistungsansprüche Einzelner Auskunft zu geben. Eine gemeinsam abgestimmte Versorgungsplanung, beispielsweise unter Berücksichtigung von Ansprüchen aus der Verhinderungspflege, ist so regelmäßig nicht möglich. Dies schont zwar die Finanzen der Pflegekassen, trägt aber nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten bei. Es sollte deshalb eine der hier vorgenommenen Neuregelung analoge Lösung für eine Auskunftspflicht der Pflegekassen gegenüber Pflegeeinrichtungen geben.

### **C) Änderungsvorschlag**

Es erfolgt eine Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zur Weitergabe der notwendigen Versicherteninformationen auch an Pflegeeinrichtungen.

## **Finanzierung Datenauswertungsstelle – § 8 Abs. 5 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 SGB XI beauftragten fachlich unabhängigen Institution (Datenauswertungsstelle) sicherzustellen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und das Bundesversicherungsamt.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa hat seit langem auf das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage zur Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution hingewiesen. Die Aufnahme der Arbeit wäre so unmöglich gewesen. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Konzipierung durch den Qualitätsausschuss Pflege. Es ist daher grundsätzlich zu begrüßen, dass nun eine Regelung zur Finanzierung getroffen wird.

Der bpa begrüßt, dass seine Forderung aus dem Referentenentwurf zur Ergänzung der Aufzählung der Aufgaben des Qualitätsausschusses von der Bundesregierung umgesetzt wurde.

### **C) Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege – § 8 Abs. 6 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Das zusätzliche Pflegepersonal muss grundsätzlich aus Pflegefachkräften bestehen und zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein. Nur falls die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass es ihr über drei Monate hinweg nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, können stattdessen auch Pflegehilfskräfte finanziert werden. Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich unter Anwendung von § 84 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB XI nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Stellen.

Der Anspruch beläuft sich für die Einrichtungen auf die Kosten für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei 41 bis 80 Plätzen,
3. 1,5 Stellen bei 81 bis 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei über 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis fest. Sowohl die über den Zuschlag finanzierten Stellen als auch die zugrunde gelegte Bezahlung sind unter Anwendung von § 84 Abs. 6 Satz 3 und 4 sowie Abs. 7 SGB XI nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags erfolgt einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den Einrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung.

## **B) Stellungnahme**

Die Situation in den Pflegeheimen ist bestimmt von einer Verdichtung der pflegerischen Anforderungen sowie von einer spürbar steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen. 13.000 Stellen sollen zukünftig durch Mittel der Krankenversicherung finanziert werden. Vielfach wurde in diesem Zusammenhang vom Tropfen auf den heißen Stein gesprochen. Der bpa begrüßt die Finanzierungsregelung dennoch als Schritt in die richtige Richtung.

Allerdings müssen eine Reihe von Fragen im Zusammenhang mit der Neuregelung aufgeworfen werden, deren Beantwortung bisher im Unklaren bleibt. Woher sollen 13.000 zusätzliche Fachkräfte kommen? Die Pflege ist der Mangelberuf Nummer Eins in Deutschland. Freie Stellen sind 175 Tage unbesetzt und damit erheblich länger als im Schnitt aller Berufe. Zwischen 1999 und 2015 stieg die Zahl der Beschäftigten um 74 Prozent. Seit Jahresbeginn 2016 kamen zudem weitere 180.000 sozialversicherungspflichtige Stellen im Wirtschaftszweig „Heime und Soziales“ hinzu. Doch für zehntausende weitere offene Stellen finden sich schon heute keine Bewerber mehr. Eine Antwort darauf, wie die Bedarfe der stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen gedeckt werden können, lässt sich in den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen nicht erkennen. Nicht ausgeschlossen ist, dass ohne erhebliche Anstrengungen insbesondere bei der qualifizierten Zuwanderung lediglich 13.000 weitere unbesetzte Stellen geschaffen werden. Zudem droht, dass ausgerechnet die Pflegeheime in der Öffentlichkeit für diese Verschärfung des Personalmangels verantwortlich gemacht werden. Es müssen daher dringend umfassende Änderungen an der hier beabsichtigten Neuregelung erfolgen.

Mit dem Finanzierungsinstrument soll ausweislich der Begründung auch der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen teilweise berücksichtigt werden. Der bpa setzt sich seit vielen Jahren für eine vollständige Übernahme dieser Kosten ein. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind, wie alle anderen Versicherten auch, Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Damit werden auch die Entgelte der Pflegeheime bei einer gleichzeitigen finanziellen Entlastung der Krankenkassen verteuert. Die zusätzlichen Kosten liegen bei drei Milliarden Euro jährlich. Angesichts der derzeitigen Ausgestaltung der Voraussetzungen für eine Kostenübernahme wird zudem wohl weder eine Entlastung für Pflegekräfte oder Bewohner noch eine Belastung für die

Krankenversicherung erfolgen. Wenn keine zusätzlichen Kräfte gefunden und eingestellt werden, müsste die Krankenversicherung weiterhin nicht anteilig für eine Leistung zahlen, die systematisch komplett von ihr zu tragen wäre. Geradezu absurd mutet die in der Begründung erfolgte Ergänzung zur Geltung der Fachkraftquote an. Es ist in keiner Weise nachvollziehbar, aus welchem Grund zusätzliches Pflegepersonal auf das regulär vorzuhaltende Personal angerechnet werden soll. Zusätzliches Personal wird immer zu einer Entlastung der bereits vorhandenen Kräfte und zu einer besseren Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner führen. Dabei ist es zunächst nicht entscheidend, ob es sich um Fachkräfte oder um Hilfskräfte handelt. Prof. Dr. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen belegte zuletzt in seinem Vortrag beim Deutschen Pflegekongress 2018, dass eine Zunahme an Personal zu einer Verbesserung der Outcomes unabhängig von der Qualifikation des Personals führt. Auch zusätzliche Pflegehilfskräfte werden demnach mit einer verbesserten Versorgungsqualität assoziiert.

Wenn ein ernsthaftes Interesse an einer Unterstützung der Pflegeeinrichtungen, ihrer Beschäftigten und der Pflegebedürftigen besteht, darf die Besetzung der zusätzlichen Stellen nicht durch unnötige Vorgaben weiter erschwert werden. Eine Anrechnung auf die Fachkraftquote im Falle einer Beschäftigung von Pflegehilfskräften darf nicht erfolgen.

Um Pflegebedürftige kurzfristig von den Kosten der Behandlungspflege zu entlasten, sollte daher die vorgesehene Regelung zur Finanzierung der Stellen geändert werden. Statt das Antragsverfahren an Personal zu knüpfen, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung hinausgeht, sollten reguläre Stellen nach dieser Methode finanziert werden. So wird verhindert, dass die Krankenkassen sich weiter ihrer finanziellen Verantwortung für die Bewohnerinnen und Bewohner entsagen. Langfristig muss eine komplette Übernahme der Kosten der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung erfolgen. So kommt es auch zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen.

Hier muss gesichert werden, dass jedes Pflegeheim die Finanzierungskosten tatsächlich in Anspruch nehmen kann, ohne dass es zu einem ständigen Personalabgleich kommt, welcher im Übrigen längst abschließend und mehr als ausreichend gesetzlich geregelt ist. Die jetzige Vorgabe legt monatliche Personalabgleichsverfahren mit unkalkulierbar schwankenden Finanzierungsanteilen nahe, welche dazu führen werden, dass insbesondere kleinere Einrichtungen eher auf die Zuschüsse verzichten, als sich einmal mehr neue Nachweis- und Bürokratiepflichten aufzubürden. In der Konsequenz wird die Krankenversicherung faktisch kaum belastet werden und damit selbst der Anfang der Beendigung der systematischen Ungleichbehandlung unterlaufen wird.

Entschieden widerspricht der bpa der Beauftragung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, das Nähere zum Antragsverfahren lediglich im Benehmen mit den Trägervereinigungen zu regeln. Wenn die Verantwortlichkeit in erster Linie bei diesem liegt, führt dies tendenziell zu einer maximalen Belastung der Pflegeeinrichtungen mit bürokratischen Anforderungen und Nachweispflichten bei maximaler finanzieller Entlastung der Krankenkassen. Jedes Pflegeheim muss das Finanzierungsinstrument in Anspruch nehmen können, ohne dass es zu einem ständigen Personalabgleich kommt, welcher im Übrigen längst abschließend und mehr als ausreichend gesetzlich ist. Es ist daher zwingend angezeigt, dass die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam das Nähere zum Verfahren regeln. Die im Gesetzestext hinzugekommenen Vorgaben müssen zudem wieder gestrichen und durch die Vereinbarungspartner eigenverantwortlich geregelt werden.

### C) Änderungsvorschläge

§ 8 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt geändert:

Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. ~~Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften den Vergütungszuschlag erhalten.~~ Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist ~~unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich~~

1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
  2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
  3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen
- und

4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen ~~monatlich~~ **halbjährlich** zu zahlen und wird zum 15. ~~eines jeden Monats~~ **Januar bzw. Juli** fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im ~~Benehmen~~ **Einvernehmen** mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. ~~Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.~~ Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen ~~unverzüglich~~ anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

Alternativ ist die Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung vorzusehen mit der Wirkung der anteiligen Reduzierung der Zahlung der Heimbewohner. Dabei muss die Krankenversicherung systemkonform zur Übernahme der gesamten Kosten für die Behandlungspflege und der Hilfsmittel wie in allen anderen Leistungsbereichen auch verpflichtet werden.



## **Förderungen von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf – § 8 Abs. 7 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Pflegeversicherung stellt von 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereit, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit. Eine Förderung dieser Maßnahmen durch die Pflegeversicherung kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen; höchstens ist ein jährlicher Zuschuss von 7.500 Euro pro Pflegeeinrichtung möglich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

### **B) Stellungnahme**

Die grundlegende und nicht verhandelbare Voraussetzung aller Planung von Arbeitszeit in den Heimen und Diensten ist der Bedarf der pflegebedürftigen Menschen. Einsätze im Schichtbetrieb, in der Nacht, an Feiertagen und Wochenenden liegen in den Anforderungen der pflegerischen Versorgung begründet und lassen sich nicht ausschließen. Zudem sind dem Bedarf entsprechende Arbeitsspitzen nicht beliebig zu verändern, Gleiches gilt für Zeiten mit geringer Pflege- und Betreuungsdichte. Bei der Debatte um die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf muss dies stets im Blick behalten werden. Insofern sind auch alle Aufforderungen zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit bewusst verharmlosend oder irreführend, wenn sie die Auseinandersetzung mit diesen Grundvoraussetzung vermissen lassen oder bewusst ignorieren. Die vorsichtigen Hinweise hierzu in der Gesetzesbegründung nimmt der bpa zur Kenntnis.

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die Einrichtungen bei der Vereinbar-

keit von Familie und Beruf zu unterstützen, werden ausdrücklich vom bpa begrüßt. Das vorliegende Förderinstrument allein wird jedoch keine nachhaltigen Verbesserungen bewirken können. 7.500 Euro im Jahr als fünfzigprozentiger Zuschuss genügen zur Finanzierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten, wie sie im Gesetz genannt werden. Es kann hingegen nicht erwartet werden, dass die tatsächlich effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf damit auch nur im Ansatz gegenfinanziert werden können. 60 Prozent der Einrichtungen ermöglichen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Kindern einen späteren Arbeitsbeginn. Nur zehn Prozent bieten aber einen eigenen Betriebskindergarten oder eine Kooperation mit einem lokalen Träger an. Die großen Kosten sind diesbezüglich ein zentraler Grund. Leider ist eine Behebung dieses Problems durch eine Fördersumme von 7.500 Euro nicht ansatzweise möglich. Die Betreuung wäre womöglich für drei Monate finanziert und müsste die nächsten neun Monate ruhen. So wird sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht verbessern lassen. Für die Umsetzung erfolgreicher Maßnahmen bedarf es deshalb einer höheren Fördersumme.

Hierbei kann jedoch durchaus in Frage gestellt werden, ob die Finanzierung der Kinderbetreuung aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen soll. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Kommunen aus einer ihrer zentralen Verantwortlichkeiten entlassen werden. Die Schaffung von Betreuungsangeboten gehört zum Kernbereich kommunaler Zuständigkeit. Im „Gute-Kita-Gesetz“ stellt der Bund in den nächsten Jahren 5,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Die Pflegeeinrichtungen bekommen in den nächsten Jahren hingegen gerade ein Zehntel der Größenordnung dieser Summe zur Förderung von Familie und Beruf. Dabei muss die Ü85-Versorgung genauso gefördert werden wie die U3-Betreuung. Beide sind Zukunftsaufgaben, die den Zusammenhalt unserer Gesellschaft ausdrücken. Die Pflegeversicherung kann nicht für das fehlende Engagement der Kommunen verantwortlich gemacht werden und es auch nicht ausgleichen. Die Forderung des Bundesrats, die verausgabten Mittel der Pflegeversicherung durch Steuermittel auszugleichen (siehe Drs. 376/18, Seite 30), ist daher folgerichtig. Klargestellt werden muss darüber hinaus aber auch die Verpflichtung der Kommunen, geeignete Betreuungsangebote zu den notwendigen Zeiten finanziell sicherzustellen.

Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus die Befristung des Förderzeitraums auf sechs Jahre. Es ist nicht anzunehmen, dass die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen nach 2024 schwächer ausgeprägt ist als bisher. Vielmehr ist aufgrund der stetig steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen der Bedarf mit jedem Jahr größer. Die Fördermöglichkeit sollte demnach entfristet werden.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden ~~in den Jahren 2019 bis 2024~~ jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verbessern.

Zudem wird sichergestellt, dass es durch die geförderten Bemühungen der Pflegeeinrichtungen zum Ausbau der Betreuungsangebote nicht zu einem gleichzeitigen Einstellen des entsprechenden Engagements der Kommunen beim Ausbau und der Sicherstellung der Betreuungsinfrastruktur gibt. Insbesondere werden bessere Angebote für Schichtkräfte geschaffen.

## **Zuschuss zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen – § 8 Abs. 8 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Pflegeversicherung stellt in den Jahren 2019 bis 2021 einen einmaligen Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereit, um digitale Anwendungen zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Dies umfasst insbesondere Angebote beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren, bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege.

Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen können durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von höchstens 12.000 Euro durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von bis zu 40 Prozent gefördert werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

### **B) Stellungnahme**

Digitale Lösungen zur Pflege- und Einsatzplanung, zur Dokumentation oder zur Kommunikation sind zukünftig aus Heimen und Diensten nicht mehr wegzudenken. Das Entlastungspotential für die Pflegekräfte durch die Nutzung solcher Technologien ist erheblich, die Anschaffungs- und Betriebskosten verhindern aber vielfach eine schnelle und umfassende Umrüstung in den Einrichtungen. Der bpa begrüßt daher die Neuregelung über einen Zuschuss für digitale Anwendungen und entsprechende Ausrüstung durch die Pflegeversicherung.

Die konkrete Ausgestaltung wird vom bpa jedoch deutlich kritisiert. Die Höhe des Zuschusses lässt allenfalls den einmaligen Erwerb zu. Die dauerhafte Finanzierung von Schulungen, regelmäßig anfallender Weiterbildungen bei Neuentwicklungen, der Kauf von neuer Technik, Wartung, Updates und jährlichen Lizenzgebühren werden allesamt nicht durch einen einmaligen Zuschuss gedeckt. Welchen Anreiz hat eine Pflegeeinrichtung zum Erwerb eines Produktes oder einer Software, wenn eine langfristige

Finanzierung nicht gegeben ist? Unklar bleibt darüber hinaus, aus welchen Mitteln insbesondere kleine Heime und Dienste 18.000 Euro aufbringen sollen, um überhaupt erst die Grundvoraussetzungen einer Förderung zu erfüllen. Anders als im ärztlichen Bereich, wo die Krankenversicherung entsprechende Technologien durch Milliardenbeträge vollfinanziert, bekommen Pflegeeinrichtungen einmal mehr nur einen ungenügenden Zuschuss. Eine erfolgreiche Digitalisierung der Altenpflege kann so nicht gelingen.

Es ist daher dringend angezeigt, statt einer befristeten Teilregelung eine dauerhaft verlässliche Finanzierung des Digitalisierungsprozesses zu sichern. Entscheidend dabei sind die Berücksichtigung der Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen und die Übernahme der Betriebskosten durch die Kostenträger im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen.

### C) Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 8 Satz 1 und 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ~~in den Jahren 2019 bis 2024 ein~~ **jährlicher einmaliger** Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen **und Lizenz- und Wartungskosten**. ~~Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel.~~ Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein ~~einmaliger~~ **jährlicher** Zuschuss in Höhe von ~~42.000~~ **20.000** Euro möglich.

## **Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit – § 37 Abs. 3 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass die Beratung in der eigenen Häuslichkeit in der Regel durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgt.

Die Höhe der Vergütung der Beratungsleistung vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Abs. 1 und 3 SGB XI mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich unter Zugrundelegung der im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung.

### **B) Stellungnahme**

In der Vergangenheit hat der bpa vielfach gefordert, dass die Vergütungsregelungen bei den Beratungsbesuchen an die Erfordernisse einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung angepasst werden. Wir begrüßen daher ausdrücklich die Möglichkeit der Verhandlungslösung und das Auslaufen der gesetzlich geregelten Festbeträge.

Darüber hinaus ist es aus Sicht des bpa aus Gründen der Verhandlungsparität und –ökonomie jedoch erforderlich, kollektive Vergütungsverhandlungen im Rahmen der §§ 37 und 89 SGB XI nicht nur auf Seiten der Kostenträger, sondern auch auf Seiten der Leistungserbringer zu ermöglichen. Derzeit sind die Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege nach dem Gesetz zwischen dem einzelnen Pflegedienst und allen Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern abzuschließen. Das bedeutet, dass sich der einzelne Pflegedienst de jure der geballten Verhandlungsmacht der Kostenträger gegenüber sieht.

De facto werden allerdings in allen Bundesländern kollektive Verhandlungen sowohl bezüglich der Vergütung als auch der Leistungen geführt. Überwiegend werden die Leistungen in einer landesweit einheitlichen Vereinbarung oder als Anlage zu den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI festgelegt. Hierdurch besteht ein hohes Maß an Transparenz hin-

sichtlich der Leistungen des einzelnen Pflegedienstes, was wiederum für den Pflegebedürftigen die Voraussetzung zur Vergleichbarkeit der Vergütungen ist. Die kollektiven Vergütungsverhandlungen beziehen sich daher im Wesentlichen auf die Höhe der jeweiligen Vergütung der Leistung. Formal werden die Verhandlungen entweder anhand von Vollmachten der Trägerverbände (z. B. im Saarland, in Sachsen oder Bayern) geführt oder die Verbände verhandeln ohne Vollmacht und das Ergebnis wird als „Muster“ bzw. landesweite Empfehlung zwischen den Pflegekassen, den Sozialhilfeträgern und den Trägerverbänden geeint. Die Pflegedienste treten dieser Empfehlung dann in einem entsprechenden Verfahren bei (z. B. Niedersachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz).

Im Konfliktfall, insbesondere bei fehlender Einigung über die Vergütungshöhe, haben die Trägerverbände jedoch keinerlei Handhabe, der Rechtsschutz auf Basis der kollektiv geführten Verhandlungen und der hiermit verbundenen generellen Maßstäbe ist ihnen verwehrt. Der Gang zur Schiedsstelle ist nur für den einzelnen Dienst zulässig.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird zwar darauf verwiesen, dass durch den Verweis auf § 86 (Pflegesatzkommission), der in § 89 Absatz 3 enthalten ist, die Möglichkeit eröffnet sei, die Vergütungen für die Beratungseinsätze auf kollektiver Ebene zu verhandeln. Das Instrument der „Kollektivverhandlung“ im Rahmen von Pflegesatzkommissionen kann den Anforderungen der Praxis jedoch nur sehr begrenzt gerecht werden.

- In einem erheblichen Teil der Bundesländer existiert – zumal für den ambulanten Bereich – keine Pflegesatzkommission. In Hessen musste gar in einem mehr als sechsjährigen Rechtsstreit von den Leistungserbringerverbänden die Verpflichtung zur Mitwirkung der Kostenträger an der Bildung einer PSK erstritten werden.
- Die „Kollektivverhandlung“ nach § 86 Abs. 1 ist auf Seiten des Leistungserbringers der Sache nach nichts anderes als eine Einzelverhandlung durch die ihn in der PSK vertretenden Trägerverbände. Im Falle der Nichteinigung müssen einzelfallbezogene Schiedsstellenverfahren durchgeführt werden.
- § 86 Abs. 2 ermöglicht mit Zustimmung der betroffenen Einrichtungsträger die Vereinbarung einheitlicher Vergütungen für Einrichtungen in derselben kreisfreien Gemeinde oder demselben Landkreis. Abgesehen von dem insoweit nur sehr beschränkten Vereinbarungsspielraum mag in diesem beschränkten Rahmen die durch echte Kollektivverhandlungen gewährleistete Verhandlungspartität zwar bestehen, allerdings stellt sich die Frage der Schiedsstellenfähigkeit dieser Vereinbarungen. Der Verweis auf die entsprechende Geltung der Verfahrensregelungen der Absätze 3 bis 7 des § 85 SGB XI, der für Einzelverhandlungen nach Absatz 1 gilt, fehlt im Absatz 2 bezüglich der „Grup-

penentgelte“ jedenfalls.

- Verfahrensfragen und insbesondere die Beschlussfassung in der PSK sind darüber hinaus weitgehend unklar. Die Anordnung der entsprechenden Anwendung der Regelungen für das einrichtungsindividuelle Pflegesatzverfahren in § 85 Abs. 3 bis 7 führt zu Schwierigkeiten bei der Auslegung der Vorschrift.

Einer Verhandlung auf kollektiver Ebene im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI sind insofern enge Grenzen gesetzt, die eine durch echte Kollektivverhandlungen gewährleistete Verhandlungsparität verhindern. Um hier Verhandlungen auf Augenhöhe zu ermöglichen und die Vergütungsfindung zu vereinfachen, sollten kollektive Vergütungsverhandlungen ins Gesetz aufgenommen werden. Zugleich sollte verankert werden, dass die Schiedsstelle angerufen werden kann, wenn es zu keiner Einigung im Rahmen dieser kollektiven Verhandlungen kommt.

Das gegenüber dem Referentenentwurf frühere Inkrafttreten der Neuregelung zum nun 1. Januar 2019 wird vom bpa als sehr positiv bewertet.

Der bpa begrüßt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen grundsätzlich auch in Zukunft eine Beratung nach § 37 SGB Abs. 3 XI erbringen können, wenn sie sich als Beratungsstelle anerkennen lassen. Auch der Bestandschutz für Einrichtungen, die bisher eine solche Leistung erbracht haben, findet die Zustimmung des bpa.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 37 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf



die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die Höhe der Vergütung vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. **Abweichend von Satz 5 kann die Vergütung mit Zustimmung der betroffenen Träger der Pflegedienste zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Leistungsträgern nach § 89 einheitlich für die vertretenen Pflegedienste in einem Bundesland vereinbart werden.** Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2021 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 8.

## **Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche – § 37 Abs. 5 SGB XI**

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche müssen wenigstens Ausführungen zu den Beratungsstandards, zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen, sowie zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall enthalten.

### **B) Stellungnahme**

Der in § 37 Abs. 5 SGB XI beschriebene Auftrag an die Vertragsparteien ist erfüllt. Der Qualitätsausschuss hat einvernehmlich die Empfehlungen an die Beratungsbesuche beschlossen. Sie traten zum 29.05.2018 verbindlich in Kraft.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat weder während noch nach Abschluss der Beratungen Hinweise dazu gegeben, dass die von den Vertragsparteien formulierten Empfehlungen nicht ausreichend seien. Es besteht somit keine Notwendigkeit für die Neuregelung.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die in § 37 Abs. 5 SGB XI eingefügten Ergänzungen werden gestrichen.

## Grundsätze für die Vergütungsregelung – § 89 Abs. 3 SGB XI

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Grundsätze der in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V vorzusehenden angemessenen Zuschläge zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Gebieten sind bei den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

### B) Stellungnahme

Analog den Ausführungen zu § 132a Abs. 1 SGB V begrüßt der bpa die Aufnahme der verpflichtenden Berücksichtigung angemessener Zuschläge für Wegezeiten ausdrücklich. Da längere Wegezeiten aber nicht nur in ländlichen Regionen, sondern insbesondere auch in großstädtischen Zentren ein Problem sind, darf der Zuschlag nicht in der derzeitigen Form begrenzt bleiben (vgl. S. 24).

Der im Kabinettsentwurf neu hinzugekommene Begriff der „unterversorgten“ ländlichen Räume ist darüber hinaus irreführend und muss gestrichen werden. Der bpa schließt sich diesbezüglich der Forderung und Begründung der Bundesländer in der Stellungnahme des Bundesrats zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz an:

*„Eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten ist nicht nur in unterversorgten ländlichen Räumen notwendig. Ferner gibt der Gesetzentwurf keine Kriterien vor, wann von „unterversorgten ländlichen Räumen“ auszugehen ist. [...] Die Abgabe von Rahmenempfehlungen für die Vergütung von längeren Wegezeiten sollte daher nicht auf unterversorgte ländliche Räume beschränkt werden“ (Bundesrats-Drs. 376/18, Seite 23).*

Es darf nicht das Ziel sein durch zusätzliche Kriterien die Belastung der Kassen möglichst niedrig zu halten. Stattdessen muss es endlich eine angemessene Bezahlung der tatsächlich benötigten Wegezeiten geben.

Darüber hinaus schlagen wir zwei Neuregelungen vor, die die Möglichkeit der kollektiven Verhandlungen für ambulante Pflegedienste im SGB XI schaffen und eine derzeit existierende systematische Benachteiligung in der stationären Versorgung beenden.

Derzeit sind die Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege laut Gesetz zwischen dem einzelnen Pflegedienst und allen Pflegekassen so-

wie den Sozialhilfeträgern abzuschließen. Das bedeutet, dass der einzelne Pflegedienst sich der geballten Verhandlungsmacht der Kostenträger gegenüber sieht. Um hier Verhandlungen auf Augenhöhe zu ermöglichen und die Vergütungsfindung zu vereinfachen, sollten kollektive Vergütungsverhandlungen ins Gesetz aufgenommen werden. Zugleich sollte verankert werden, dass die Schiedsstelle angerufen werden kann, wenn es zu keiner Einigung im Rahmen dieser kollektiven Verhandlungen kommt. Hierzu sei auf die ausführliche Begründung in den Ausführungen zu § 37 SGB XI verwiesen (siehe S. 38). Die Möglichkeit kollektiver Entgeltverhandlungen auf Landesebene würde darüber hinaus auch in der stationären Versorgung alle Verfahrensbeteiligten erheblich erleichtern.

Darüber hinaus muss die systematische Benachteiligung von pflegebedürftigen Menschen wie Trägern der Einrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI verzichten, beendet werden. Die jetzige Einschränkung der Zahlung von 80 Prozent der Pflegesachleistung (in § 91 SGB XI) hat spätestens mit der Angleichung der Leistungsbeträge jede inhaltliche Begründung verloren. Die Pflegesachleistung muss künftig allen pflegebedürftigen Menschen, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, tatsächlich zu 100 Prozent zur Verfügung stehen.

### C) Änderungsvorschläge

§ 89 Abs.3 Satz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von ~~längeren~~ **aufgewandten** Wegezeiten, ~~in unterversorgten ländlichen Räumen~~ **unter Berücksichtigung von Arbeitnehmerzuschlägen für ungünstige Zeiten**, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.

§ 89 SGB XI wird um einen Abs. 2a ergänzt:

**(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 kann die Vergütung oder eine Vergütungserhöhung mit Zustimmung der betroffenen Träger der Pflegedienste zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Leistungsträgern nach Absatz 2 einheitlich für die vertretenen Pflegedienste in einem Bundesland vereinbart werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und § 85 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 bis 7 gelten entsprechend.**

§ 91 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. ~~Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.~~

## **II. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken**

### **A) Forderungen des Antrags**

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, gesetzliche Regelungsvorschläge vorzulegen, die eine Reihe verschiedener Maßnahmen zur Stärkung der Altenpflege umfassen sollen.

Im Bereich des Pflegepersonals umfasst dies, die Refinanzierung tariflicher Bezahlung in der häuslichen Krankenpflege gesetzlich sicherzustellen sowie eine verbindliche Personalbemessung für die stationäre Altenpflege bis zur Einführung des wissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens einzuführen. Dabei soll sichergestellt werden, dass nur Fachkräfte als zusätzliches Personal in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen soll auf eine breitere Basis gestellt werden. Hierzu wird gefordert, den Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwandeln und die Eigenanteile für die Menschen mit Pflegebedarf zu deckeln. Darüber hinaus soll die vollständige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gesetzlich festgeschrieben werden.

Im Rahmen einer Investitionsoffensive Altenpflege sollen für die Länder als Anreiz Bundesmittel bereitgestellt werden. Zudem fordern die Antragsteller die Höhe der Investitionskosten bundeseinheitlich zu begrenzen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa teilt die Einschätzung der Antragsteller, dass die derzeitige Ausgestaltung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes eine Bevorzugung der Krankenhäuser darstellt. Die von der Bundesregierung anvisierten Verbesserungen der Personalausstattung in den Kliniken werden einzig auf Kosten der Heime und Dienste gehen. Sie bilden den Startschuss zur Plünderung der Altenpflege. Der vorliegende Antrag der Fraktion Die Linke adressiert jedoch überwiegend nicht die bestehenden Probleme und wird im Ergebnis nicht zum postulierten Ziel der nachhaltigen Stärkung des Pflegepersonals in der Altenpflege führen. Der bpa lehnt den Antrag deshalb ab.

Die Forderung, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vollständig refinanzieren zu lassen, wird vom bpa begrüßt. Es fehlt jedoch die Klarstellung, dass dies durch die Kran-

kenversicherung zu erfolgen hat. Bereits seit vielen Jahren setzt sich der bpa für eine solche Regelung ein. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind wie alle anderen Versicherten auch Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Damit werden auch die Entgelte der Pflegeheime bei einer gleichzeitigen finanziellen Entlastung der Krankenkassen verteuert. Die zusätzlichen Kosten liegen bei drei Milliarden Euro jährlich.

Das im PpSG vorgesehene neue Finanzierungsinstrument zur Schaffung von 13.000 Stellen in stationären Einrichtungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege ist ein erster richtiger Schritt zum Abbau dieser Gerechtigkeitslücke. Gleichwohl decken diese Stellen nur einen Teil der anfallenden Kosten im Rahmen der Behandlungspflege ab. Darüber hinaus ist die derzeitige Ausgestaltung ungeeignet, um spürbare Verbesserungen zu bewirken und bedarf grundlegender Änderungen (siehe S. 28).

Die adäquate Refinanzierung von Personalkosten in der Häuslichen Krankenpflege des SGB V auf Tarifniveau, zum Beispiel im Rahmen der Arbeitsvertragsrichtlinien des bpa Arbeitgeberverbandes, wird vom bpa begrüßt.

Die Forderung der Sicherstellung einer verbindlichen Personalbemessung bis zur Einführung des wissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens nach 113c SGB XI ist nicht nachvollziehbar. Es gibt in den Bundesländern bereits heute klar definierte Personalvorgaben, deren Einhaltung selbstverständlich kontrolliert wird. Die Erklärung, was darüber hinaus verlangt wird, bleiben die Antragsteller schuldig. Gäbe es ein alternatives Personalbemessungssystem, müsste dies nicht erst wissenschaftlich entwickelt werden. Diesen Entwicklungsprozess abzukürzen ist weder hilfreich noch möglich. Wenn die Forderung der Antragsteller, zusätzliche Stellen in den Heimen nur noch durch Pflegefachkräfte besetzen zu dürfen, umgesetzt würde, führte dies in der Konsequenz weder zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen des vorhandenen Personals noch zu einer Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Menschen. Angesichts des demographischen Wandels und des ohnehin schon bestehenden Personalmangels ist es ausgeschlossen, den Bedarf ausschließlich über Fachkräfte abzudecken. Stattdessen würden offene Stellen schlicht offen bleiben. Es ist daher angezeigt, einen ausgewogenen Qualifikationsmix in den Einrichtungen zu nutzen.

Der Wunsch nach einer Begrenzung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für die pflegebedürftigen Menschen ist nachvollziehbar. Schon mit Einführung der Pflegeversicherung war es ein politisches Ziel, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden. Diesem Ziel müssen sich alle auch künftig verpflichtet zeigen. Eine bloße Deckelung, beispielsweise auf dem Status Quo ohne Ausgleich der daraus für die Pflegeeinrichtungen resultierenden Finanzierungslücke muss jedoch abgelehnt werden. Mit Blick auf die erheblichen Unterschiede bei den Eigenanteilen der Pflegeheimbewohner wäre ein Einfrieren wohl kaum sachgerecht, sondern würde nur das bisherige Verhandlungsinteresse der Kostenträger belohnen, die es als vorrangige Aufgabe sahen, schlechte Personalschlüssel mit niedrigen Personalkosten zu verbinden.

Zu einer ehrlichen politischen Debatte gehört zudem die Benennung des Hauptgrunds der teils deutlichen Eigenanteilerhöhungen. Die Gehälter der Pflegekräfte sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies stellt nicht nur eine merkliche Verbesserung für die Pflegekräfte dar, sondern setzt auch eine zentrale politische Forderung um. Höhere Löhne bedeuten aber ebenfalls höhere Pflegekosten. Deshalb muss die Politik klären, ob die höheren Kosten an den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bzw. den Sozialhilfeträgern hängen bleiben sollen oder ob die Sachleistungsbeiträge der Pflegeversicherung zu den einzelnen Pflegegraden deutlich erhöht werden. Es dürfen nicht die Augen davor verschlossen werden, dass in der Folge höhere Kosten auf die Gemeinschaft der Pflegeversicherten oder auf die Gemeinschaft der Steuerzahler zukommen. Der bpa hat hierauf vielfach hingewiesen. Die fehlende Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung macht sich hier konkret bemerkbar.

Soll eine dauerhaft steigende Belastung der pflegebedürftigen Menschen vermieden werden, muss eine gesetzliche Regelung über eine jährliche regelgebundene Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden. Diese kann beispielsweise an die Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein. Im Koalitionsvertrag wird eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen an die Personalentwicklung angekündigt. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung stellt dies einen sinnvollen ersten Schritt der Dynamisierung dar.

Eine Investitionsoffensive Altenpflege kann eine sinnvolle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen sein. Zu oft haben der Bund und die Länder in den vergangenen Jahren ihre Verpflichtungen ignoriert. Zuletzt lässt sich dies beim Pflegeberufegesetz und der dort nicht geregelten Berücksichtigung der Miet- und Investitionskosten der Altenpflegesschulen beobachten. Eine bloße Begrenzung der Investitionskosten zu fordern, ohne klarzustellen, wie mögliche Finanzierungslücken gedeckt werden sollen, ist nicht hilfreich. So werden dringend notwendige Investitionen nur verhindert. Immer neue regulative Vorgaben verhindern insbesondere das Engage-



ment privater Investoren. Dabei muss jedem klar sein, dass ohne privates Kapital die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ausgeschlossen ist.

### **III. Zum Antrag der Fraktion der AfD Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringungen behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege**

#### **A) Forderungen des Antrags**

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, gleiche Finanzierungsgrundlagen bei der medizinischen Behandlungspflege zu schaffen.

#### **B) Stellungnahme**

Der bpa fordert seit vielen Jahren die Finanzierung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Krankenversicherung. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Damit werden auch die Entgelte der Pflegeheime bei einer gleichzeitigen finanziellen Entlastung der Krankenkassen verteuert. Die zusätzlichen Kosten liegen bei drei Milliarden Euro jährlich.

Zur Entlastung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie zur Beendigung der Systemungleichheit ist die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen durch die Krankenversicherung daher angezeigt. Der bpa verweist diesbezüglich auch auf seine entsprechenden Ausführungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (siehe S. 28) und der inhaltsgleichen Forderung des Antrags der Fraktion DIE LINKE. (siehe S. 46).