

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(21)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
5.10.2018

B.A.G
SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

Zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz; PpSG);**

**Den Anträgen der Fraktion DIE LINKE:
Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern
(BT-Drucksache 19/4523);**

**Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken
(BT-Drucksache 19/4524);**

**Dem Antrag der Fraktion der AfD:
Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbrin-
gung behandlungspflegerischer Leistungen in der sta-
tionären, ambulanten und häuslichen Pflege
(BT-Drucksache 19/4524);**

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 10. Oktober 2018 -

Als Dachverband von 123 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE explizit, dass die Situation der Pflegekräfte sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege, aber auch der pflegenden Angehörigen verbessert werden soll.

Ergänzend ist jedoch hervorzuheben, dass auch das Pflegepersonal in der Heilerziehungspflege (etwa in Einrichtungen der Behindertenhilfe), in der ambulanten Pflege und in Rehabilitationseinrichtungen in gleicher Weise zu stärken ist wie das Pflegepersonal in der Alten- und Krankenpflege. Auch die dort tätigen Personen sind vielfältigsten Belastungen ausgesetzt und benötigen entsprechende Präventions- und Unterstützungskonzepte.

Die Arbeitsbelastung und Arbeitssituation der Pflegekräfte und der Pflegenden haben **unmittelbar Auswirkungen auf die Patientenversorgung** - sowohl, was die **Patientensicherheit** angeht als auch den **Umfang der Versorgung**, der nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eben nicht mehr in Minutenpflege bestehen soll. Unabhängig davon hat die hohe Arbeitsbelastung und die Pflegepersonalmangel auch Auswirkungen auf das Vorhandensein von Angeboten: So wurden in jüngerer Vergangenheit bereits Pflegebedürftige von ambulanten Diensten abgewiesen; dies gilt insbesondere für die Versorgung im ländlichen Raum.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE die verschiedenen Maßnahmen dieses Gesetzes; insbesondere wird sehr positiv gesehen, dass die **Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte nicht von den Pflegebedürftigen im Rahmen der Eigenanteile zu tragen ist**, sondern von Seiten der Krankenversicherungen geschultert wird. Sie sieht zwar die zu schaffenden 13.000 Stellen tatsächlich nur als ersten Baustein an, da deutlich mehr Pflegekräfte benötigt werden. Gleichzeitig muss auch sie zugestehen, dass dieses Mehr an Pflegekräften derzeit nicht auf dem Markt

verfügbar sind, so dass eine Einplanung von mehr Stellen unmittelbar an der Realisierung scheitern dürfte. Perspektivisch müssen hier jedoch weitere Maßnahmen zur Wiederkehr und Gewinnung von Pflegekräften getroffen werden; vor diesem Hintergrund hofft die BAG SELBSTHILFE auch auf entsprechende schnelle Ergebnisse der Konzertierte Aktion Pflege sowie die intensive Diskussion weiterer Vorschläge, etwa der des Pflegebeauftragten.

Jenseits der Maßnahmen gegen den Pflegemangel fordert die BAG SELBSTHILFE - ebenso wie im Antrag der Fraktion DIE LINKE ausgeführt - aber auch, dass **Maßnahmen gegen steigende Eigenanteile ergriffen werden** bzw. gegen die teilweise ebenfalls erhöhten Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Es kann nicht sein, dass an sich Leistungsverbesserungen in den Pflegestärkungsgesetzen für Pflegebedürftige festgelegt wurden und diese aber nicht bei den Pflegebedürftigen ankommen bzw. sogar - jenseits der Problematik des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) bei niedrigen Pflegegraden - zu nicht immer nachvollziehbaren Erhöhungen führen. Im Ergebnis führen derartige Erhöhungen auch dazu, dass immer mehr Menschen im Alter auf Sozialhilfe angewiesen sind und verlagern so die Kosten in die Hilfe zur Pflege. Perspektivisch verdeutlichen diese Entwicklungen jedoch auch, dass die **Pflegeversicherung weiterentwickelt** werden muss, wie es auch der Bundesrat in seinem Weiterentwicklungsvorschlag zu § 18d für notwendig hält.

Grundsätzlich muss die **Pflegeversicherung in eine Pflegevollversicherung** umgewandelt werden, zumindest müssen die Kosten für die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen **einheitlich gedeckelt** sein.

Derzeit können sich die Menschen kaum auf die kommenden Kosten im Alter vorbereiten, da die Eigenanteile höchst unterschiedlich hoch sind (Berlin: 872,50 €; Thüringen: 237, 19 €) und zudem die weiteren Unterkunfts- und Verpflegungskosten erheblich differieren. Menschen eine Vorsorge aufzuerlegen, die für sie nicht berechenbar oder abschätzbar ist, verunsichert diese und führt insgesamt zu einem Vertrauensverlust in das gesundheitliche System. Auch bzgl. der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, deren Erhöhungen nicht immer nachzuvollziehen sind, wäre ein Kontrollsystem zu entwickeln, da die Betroffenen und ihre Angehörigen die Berechnungen kaum überprüfen bzw. sich nur wenig dagegen wehren.

Ferner fordert die BAG SELBSTHILFE, vor einer Erhöhung der Beiträge die Pflegeversicherung erst einmal von den versicherungsfremden Leistungen zu entlasten und entsprechende Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Leider beschreitet der vorliegende Gesetzentwurf teilweise den gegenläufigen Weg. So ist beispielsweise bzgl. der Investitionskosten für die Digitalisierung die Frage zu stellen, ob diese nicht eher als steuerfinanzierte Investitionskosten zu bewerten sind und dementsprechend eine Übernahme durch Steuermittel erfolgen müsste.

Generell muss die Übernahme der Investitionskosten bei Pflegeheimen durch die Länder erfolgen und nicht durch die Betroffenen: Der Bau von Pflegeheimen gehört ebenso zur steuerfinanzierenden Daseinsvorsorge wie der Bau von Straßen oder sonstiger Infrastruktur. Derzeit tragen die Bewohner die Kosten für die Unterhaltung der Gebäude, Miete und Finanzierungskosten überwiegend selbst, die Kosten differieren zwischen 8, 54 € pro Tag pro Bewohner in Sachsen- Anhalt bis hin zu 17, 46 € in NRW. Nur in Einzelfällen übernehmen die Länder die Kosten für die Investitionen, vielmehr sind die öffentlichen Förderungen in den letzten Jahren sogar zurückgegangen¹.

Vor diesem Hintergrund wird seitens der BAG SELBSTHILFE eine **grundsätzliche Diskussion der Finanzarchitektur der Pflegeversicherung** gefordert.

Zu den Vorschriften des Gesetzentwurfs und zu den zur Diskussion gestellten Anträgen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

1. Fortführung und Nutzung der Strukturfonds (Art. 1, § 12a KHFinG- GesE; Art. 5, Teil 2, § 11 Krankenhausstrukturfonds- Verordnung)

Die Fortführung der Strukturfonds wird begrüßt, auch wenn dadurch nach wie vor - auch hier - nicht das Problem der unzureichenden Übernahme der Investitionskosten der Länder gelöst wird. Letztlich bezahlen die gesetzlich Versicherten die an sich aus Steuermitteln von den Ländern zu übernehmenden Kosten für notwendige

¹ BIVA, zit nach: <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/>

Investitionen der Länder; dieses ist auf Dauer nicht hinnehmbar, da dadurch Gelder für die Behandlung von Patientinnen und Patienten konkret fehlen.

Sehr positiv wird in diesem Zusammenhang jedoch die Festlegung gesehen, dass die Mittel aus den Strukturfonds auch zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen und schwerwiegenden Erkrankungen genutzt werden können.

Unverständlich ist jedoch, weswegen der im Referentenentwurf des Gesetzes in Artikel 1 außerdem vorgesehene Absatz 4 für den neuen Artikel 12a Krankenhausfinanzierungsgesetz gestrichen wurde:

4) § 12 Absatz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass in der Rechtsverordnung auch das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann, soweit diese die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit von Hochschulkliniken oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken verbundenen Ausbildungsstätten zum Gegenstand haben.

Mit dieser Regelung sollte erreicht werden, dass auch Hochschulkliniken Mittel aus dem Strukturfonds beantragen können, allerdings nur für die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE war hier zu kritisieren, dass dieser Absatz nicht auch die Förderung von Zentren für Seltene Erkrankungen für die Hochschulkliniken möglich machte. Gerade die Versorgung von seltenen Erkrankungen findet überwiegend in Universitätskliniken statt. Dementsprechend **unterstützt die BAG SELBSTHILFE nachdrücklich den Vorschlag des Bundesrates**, welcher einen entsprechenden Formulierungsvorschlag für die Inanspruchnahme von Mitteln aus dem Strukturfonds durch **Hochschulkliniken bei seltenen Erkrankungen** enthält. Zu Recht verweist der Bundesrat darauf, dass Sachgründe für eine Unterscheidung zwischen universitären und nicht-universitären Häusern in diesem Fall nicht vorliegen. Gerade bei der Zentrenbildung, die idealerweise interdisziplinär und sektorenübergreifend stattfinden soll, wäre der Ausschluss der Universitätskliniken nicht sinnvoll.

Unklar bleibt aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ferner, weswegen eine Einschränkung der Fördermöglichkeit auf „wettbewerbsrechtlich zulässige“ Vorhaben vorgenommen wurde; es steht zu befürchten, dass diese Formulierung zum Anlass genommen wird, zusätzliche Hürden für die Antragsstellung aufzubauen.

Die BAG SELBSTHILFE regt weiterhin an, in die Regelung aufzunehmen, dass auch Vorhaben von Krankenhäusern gefördert werden könnten, die in besondere Weise auch die **akutstationäre Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderung** insbesondere, geistiger, psychischer oder mehrfacher Behinderung in den Blick nehmen oder **den Aspekt der Barrierefreiheit** fördern. Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss wurde bereits diese Thematik - auf Antrag der DKG - anerkannt und als einer der Leistungsbereiche für mögliche Qualitätsverträge festgelegt (siehe Tragende Gründe zum Beschluss S. 12: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4405/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_TrG.pdf) . Da es sich bei den Qualitätsverträgen zu § 110a SGB V jedoch um selektivvertragliche Regelungen handelt, sollte diese Möglichkeit der Schließung einer derartigen Vereinbarung auch durch eine Fördermöglichkeit durch die Strukturfonds ergänzt werden. Ferner sollten die **Mittel für den Ausbau der Barrierefreiheit in Krankenhäusern** genutzt werden können: Auch wenn die bauliche Zugänglichkeit in Krankenhäusern häufig deutlich besser ausgestaltet ist, so fehlen dort oft andere Aspekte der Barrierefreiheit wie Informationen in leichter Sprache oder Kennzeichnungen für Sehbehinderte. Eine solche Regelung würde zudem die Umsetzung der bereits seit 2009 ratifizierten UN-BRK voranbringen.

2. Beteiligung an den Verhandlungen für ein neues Pflegepersonalkostenvergütungssystem (Art. 2, § 17b KHFinG- GesE)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die Frage, wie der Personalkostenanteil aus den DRGs herausgerechnet wird, ein entscheidender Schritt für die spätere Festlegung des Personalbedarfs, der wiederum für die Patientenversorgung und die Patientensicherheit von hoher Bedeutung ist. Vor diesem Hintergrund hält es die BAG SELBSTHILFE für sinnvoll, dass die maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V ein Mitberatungsrecht an den Verhandlungen nach § 17 KHFinG erhalten; mindes-

tens sollten jedoch Stellungnahmerechte der maßgeblichen Organisationen und der Wissenschaft festgelegt werden.

Perspektivisch ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ohnehin zu hinterfragen, ob es angemessen ist, nur für Pflegeanteile konkrete Kostenberechnungen anzustellen und im Übrigen mit generellen Pauschalen zu arbeiten. Letztlich muss es darum gehen, Investitionskostenunterdeckungen offen zu legen, um Querfinanzierungen von Investitionskosten zu verhindern.

3. Präzisierung der Ausgaben für Prävention (Art. 7, § 20 SGB V GesE)

Seitens der BAG SELBSTHILFE wird die vorgesehene Präzisierung und Festlegung von Mindestausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention in Lebenswelten sehr positiv gesehen, da aus ihrer Sicht die Verhältnis- gegenüber der Verhaltensprävention vorzuzugswürdig ist. Auch die Förderung der Prävention für Pflegekräfte in stationären Einrichtungen wird begrüßt.

Die betriebliche Gesundheitsförderung sollte jedoch auch auf Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten, in der Heilerziehungspflege und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgedehnt werden. Ferner ist eine Überleitungsvorschrift für nicht verausgabte Mittel an Koordinierungsstellen erforderlich, da zu befürchten ist, dass die Gelder in den ersten Jahren wahrscheinlich nicht voll verausgabt werden.

4. Pauschale Abgeltung der Behandlungspflege (Art. 7, § 37 SGB V GesE)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es ausgesprochen begrüßenswert, dass die steigenden Kosten für die Verbesserung der Situation der Pflegenden weder der Pflegeversicherung noch den Pflegebedürftigen in Form von Eigenanteilen auferlegt werden, sondern letztlich von der Krankenversicherung als Ausgleich für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernommen werden.

Gleichzeitig birgt die Verknüpfung von Leistungs- und Finanzierungsfragen auch Risiken für die Auslegung von Gesetzen mit sich. Insoweit bittet die BAG SELBST-

HILFE darum, eventuell auftretende problematische Entwicklungen in Rechtsprechung oder Praxis zeitnah nachzusteuern.

5. Eigener Anspruch auf Rehabilitation für pflegende Angehörige (Art. 7, § 40 Abs. 2 SGB V GesE)

Als Dachverband, der Verbände pflegender Angehöriger vertritt, kann die BAG SELBSTHILFE nur mit Nachdruck bestätigen, dass Angehörige bei der Pflege oft an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit gelangen und selbst gravierenden gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sind. Vor diesem Hintergrund wird ein eigener Rechtsanspruch auf Rehabilitation für pflegende Angehörige als wichtiger Schritt angesehen und ausdrücklich begrüßt.

Ein Anspruch auf dem Papier hilft indes nur wenig. Auch geht es nicht nur darum, ein Angebot für den pflegenden Angehörigen zu schaffen. Notwendig ist ein kombiniertes Angebot, das sich auch auf die pflegebedürftige Person bezieht:

Für den pflegenden Angehörigen ist es nämlich essentiell, dass die Person, die gepflegt wird, auch während der eigenen Rehabilitationsmaßnahme gut versorgt wird. Dies geschieht typischerweise dadurch, dass der pflegende Angehörige eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wahrnimmt und dass zeitgleich für den zu pflegenden Angehörigen eine Kurzzeitpflege ermöglicht wird. In der Praxis sind die Plätze für die Kurzzeitpflege jedoch sehr rar. Daher ist es wichtig, dass es nicht nur eine kombinierte Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahme und Kurzzeitpflege gibt, wie dies im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Es muss auch eine Verpflichtung zur Sicherstellung ausreichend vieler Plätze geben. Ist dies nicht der Fall, dann besteht die Gefahr, dass die pflegenden Angehörigen lieber auf notwendige Rehabilitationsmaßnahmen verzichten als die zu pflegenden Personen im Stich zu lassen.

Erweiternd wird seitens der BAG SELBSTHILFE auch der Vorschlag des Bundesrates unterstützt, die **Maßnahmen für pflegende Angehörige auch auf stationäre Vorsorgeleistungen auszudehnen (§ 23 SGB V)**. Für eine Ungleichbehandlung zwischen Mütter/ Väter- Kind- Kuren und den Leistungen für pflegende Angehörige gibt es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE keinen Grund.

6. Fahrtkosten (Art. 7, § 60 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE hält die Aufnahme der Regelung gegenüber dem Referentenentwurf insbesondere hinsichtlich ihrer Zielrichtung für sehr begrüßenswert, sieht jedoch hinsichtlich ihrer Ausgestaltung noch Ergänzungsbedarf:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung knüpft an § 60 Absatz 1 Satz 3 an, der im Rahmen früherer Kostendämpfungsgesetze sehr restriktiv formuliert wurde.

§ 60 Abs. 1 S. 3 legt fest, dass Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung **nur in besonderen Ausnahmefällen** übernommen werden, die der GBA in den Richtlinien festlegt. Es gilt zudem die allgemeine Regelung des § 60 Abs. 1 S. 1 einer **zwingenden medizinischen Notwendigkeit**.

Der GBA sah sich durch diese doppelte Restriktion gehalten, die von ihm zu treffenden Regelungen ebenfalls restriktiv zu fassen. Die Ausnahmefälle, welche der GBA festgelegt hat, sind in § 8 KT-Richtlinie festgelegt. Die allgemeine Regelung lautet:

„Abs. 1

In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung neben den in § 7 Absatz 2 Buchstabe b und c geregelten Fällen **bei zwingender medizinischer Notwendigkeit** verordnet werden.

Abs. 2

Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass die Patientin oder der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin oder den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

Abs. 3

Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.“

Die in Anlage 2 niedergelegten Regelbeispiele verdeutlichen, dass nur bei schweren Erkrankungen tatsächlich Krankenfahrten in Frage kommen:

„Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie“

Soll nun vom Genehmigungserfordernis abgesehen werden, dann bleibt es dennoch bei der doppelten Restriktion der Verordnungsfähigkeit.

Damit besteht das Risiko, dass dennoch die zwingende medizinische Notwendigkeit regelmäßig im Nachhinein von den Krankenkassen bestritten werden wird, etwa im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, da es angesichts der hohen Hürden schwierig ist zu bestimmen, wann eine „zwingende medizinische Notwendigkeit“ in diesen Fällen vorhanden ist/war.

Aus der Gesetzesbegründung zum vorliegenden Gesetzentwurf wird deutlich, dass hier von einer stärkeren Flexibilität der Regelungen zu ambulanten Krankenfahrten ausgegangen wird, die die KT-Richtlinie des GBA jedoch nicht aufweist. So wird die Notwendigkeit der Regelung damit begründet, dass stationäre Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leitungen verfügen. Nach der KT-Richtlinie reicht das Erfordernis einer komplexen und therapeutischen Leistung allein reicht jedoch nicht, wenn die Behandlung nicht auch zwingend medizinisch erforderlich ist.

Insoweit wird es für notwendig gehalten, diesen Zweck auch gesetzlich niederzulegen und festzulegen, dass eine **zwingende** medizinische Notwendigkeit im Sinne der KT-Richtlinie nicht für eine Genehmigungsfiktion erforderlich ist.

Alternativ könnte man auch den G-BA über das Gesetz noch einmal ausdrücklich beauftragen, vergleichbare Fallgestaltungen abstrakt zu formulieren, so dass auch für die verordnenden Ärzte klar ist, bei welchen Fällen sie ohne Folgen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordnen können.

7. Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Ärzten (Art. 7, § 119b SGB V GesE)

Die nochmals verbindlichere Ausgestaltung der Regelung wird ebenso begrüßt wie die verpflichtende Berichterstattung über die Ergebnisse einer entsprechenden Evaluation.

8. Rahmenverträge zur Häuslichen Krankenpflege im ländlichen Raum (Art. 7, § 132a SGB V GesE)

Die vorgeschlagene Maßnahme zur Stärkung der häuslichen Krankenpflege im ländlichen Raum wird seitens der BAG SELBSTHILFE positiv gesehen. Allerdings sollte im Wege der Versorgungsforschung die Bedarfslage objektiv erhoben werden, damit künftige Verhandlungen auf eine solidere Datenbasis zurückgreifen können.

9. Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar die getroffenen Maßnahmen, hält sie jedoch im Anschluss an die Ausführungen des Bundesrates und des Antrages der Fraktion DIE LINKE für ergänzungsbedürftig. Hierzu führt der Bundesrat zu Recht aus:

„Die Einführung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V verfolgt auch das Ziel der Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität. Dazu erscheint es nicht hinreichend, beim Pflegepersonalquotienten allein auf eine Untergrenze abzustellen, bei deren Unterschreitung eine patientengefährdende pflegerische Versorgung

vermutet wird. Vielmehr sollte neben dieser Untergrenze eine zweite Grenze benannt werden, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann. Denn nach § 70 Absatz 1 Satz 2 SGB V muss die Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Daran anknüpfend müsste die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtete Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zu dem Pflegepersonalquotienten in der Weise angepasst werden, dass auch das Nähere zur Festlegung des Werts für eine durchschnittliche Personalausstattung zu regeln und bei den Sanktionen zu berücksichtigen ist, dass es zwei Grenzen gibt, die in einem gestuften System beide Sanktionen auslösen können.“

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte diese zweite Grenze aufgrund eines auf pflegewissenschaftlicher Grundlage zu entwickelnden Pflegepersonalbemessungstools - ausgerichtet am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten - bestimmt werden. Da diese Ermittlung eines solchen Instrumentes sicherlich einige Zeit in Anspruch nehmen wird, kann übergangsweise das Tool der vorhandenen PPR (Pflegepersonal-Regelung, derzeit angewandt für das Benchmarking in den Krankenhäusern) angewandt werden.

10. Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution für die MuGs (Art. 10, § 8 Abs. 5 SGB XI GesE)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die gesetzliche Klärung dieser Frage zu begrüßen.

11. Zusätzliche Stellen für die Behandlungspflege und Digitalisierungspauschale (Art. 11, § 8 Abs. 6, 8 SGB XI GesE)

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. Die BAG SELBSTHILFE hält diese Regelung für nachvollziehbar, aber in ihren Auswirkungen vermutlich unglücklich: Einer-

seits dürfte diese Regelung den Schwierigkeiten bei der Suche nach Pflegekräften gerecht werden, andererseits steht zu befürchten, dass diese Regelung zur einer Aushöhlung der Maßgabe zusätzlichen Pflegefachpersonals führen wird. Da die zusätzlichen Kräfte gerade dazu genutzt werden sollen, um Tätigkeiten der Behandlungspflege abzufedern, also medizinisch anspruchsvolle Tätigkeiten, erscheint eine derartige Ausnahmeregelung schwierig. In jedem Falle sollte diese Regelung - soweit sie denn aufrecht gehalten wird - engmaschig überwacht werden, damit sie nicht missbraucht wird.

Die BAG SELBSTHILFE lehnt die Belastung der gesetzlichen Pflegeversicherung und damit letztlich die Versicherten mit der Digitalisierungspauschale (§ 8 Abs. 8) als versicherungsfremde Leistung ab.

12. Beratungsbesuche (Art. 11, § 37 Abs. 3 S. 5 SGB XI GesE)

Die gesetzliche Regelung der Beratungsbesuche auf der Vereinbarungsebene kann dazu beitragen, dass Beratungsbesuche auch durchgehend angeboten werden. Die bisher gesetzlich festgelegte Vergütungshöhe wurde übereinstimmend als zu niedrig gewertet, so dass zu befürchten war, dass die Beratungsbesuche nicht mehr durchgeführt werden würden. Vor diesem Hintergrund wird die gesetzliche Änderung aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE begrüßt.

Kritisch sieht die BAG SELBSTHILFE hingegen die Regelung in Absatz 4 Satz 2, wonach es allein auf die Überzeugung der Beratungsperson ankommen soll, ob auch ohne Einwilligung des Betroffenen Kontakt mit der Pflegekasse aufgenommen werden soll. Hier sollte zumindest ein objektivierbares Element wie das Kriterium der „Besorgnis nicht hinreichend sichergestellter Pflege“ eingefügt werden.

13. Erhöhung der Pauschale für Pflegehilfsmittel und Erstattung von Ambient Assisted Living (AAL)

Zu Recht verweist der Bundesrat darauf, dass die Pauschale der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zuletzt im PSG I erhöht wurde; vor diesem Hintergrund erscheint es auch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sinnvoll, diese Pauschale von 40 € auf 45 € an die gestiegenen Kosten anzupassen. Perspektivisch sollte jedoch auch hier das Sachleistungsprinzip eingeführt werden.

Unabhängig davon regt die BAG SELBSTHILFE jedoch auch an, die Erstattung von Ambient Assisted Living (AAL), also Hilfsmittel zur selbständigen Lebensführung, explizit zu regeln. Das Problem hier ist nämlich, dass viele Hilfsmittel, etwa Herdsicherungen, GPS-Systeme oder Rauchmelder, nicht nach den allgemeinen Regelungen des § 33 SGB V erstattungsfähig sind, weil sie als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens gelten und damit nach § 333 von der Erstattung ausgeschlossen sind. Gleichzeitig ermöglichen diese Hilfsmittel den Menschen vor allem Menschen mit Demenz einen längeren Verbleib im eigenen Haus und tragen so - neben der wichtigen Entlastung der Angehörigen - auch zu einer Entlastung des Systems der Pflegeversicherung bei.

Düsseldorf/Berlin, 4. Oktober 2018