



**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)
BT-Drucksache 19/4453**

Inhalt	Seite
Zusammenfassende Bewertung	3
Artikel 1 und 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	6
§ 12a Absatz 1 Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	6
§ 17a Absatz 1 Finanzierung von Ausbildungskosten: Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in der (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe	7
Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	8
§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	8
§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung	9
§ 20d Nationale Präventionsstrategie	9
§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10
§ 60 Fahrtkosten	12
§ 87 Absatz 2a Erweiterung der Videosprechstunden	13
§ 119b Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	15
§ 132a Absatz 1 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen	17
§ 132a Absatz 1 SGB V i. V. mit § 89 Absatz 3 SGB XI Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum	19

Artikel 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	21
§ 8 Absatz 5 Finanzierung einer fachlich unabhängigen Institution aus Mitteln des Ausgleichsfonds (Datenauswertungsstelle).....	21
§ 8 Absatz 6 SGB IX i. V. mit § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung zusätzlicher Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege.....	22
§ 8 Absatz 7 Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	26
§ 8 Absatz 8 Förderung des Entlastungspotentials digitaler Anwendung in der Pflege	27
§ 8 Absatz 9: Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Kosten der Maßnahmen nach § 8 Absätze 5, 7 und 8	29
§ 33 Leistungsvoraussetzung	30
§ 37 Absatz 3 Neuregelungen zur Vergütung der Beratungseinsätze i.V. mit § 106a Mitteilungspflicht und i. V. mit § 146 (neu) Übergangs- und Überleitungsregelungen	31
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen.....	34
§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds	36

Zusammenfassende Bewertung

Die Intention des vorliegenden Gesetzentwurfs, eine spürbare Verbesserung im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen und damit auch die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen zu verbessern, wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege grundsätzlich begrüßt. Dreh- und Angelpunkt eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes muss die Verbesserung der Arbeitssituation in der Langzeitpflege und in der Häuslichen Krankenpflege sein, die seit Jahren durch eine nicht mehr tragbare Arbeitsverdichtung geprägt ist. Der zentrale Schlüssel hierzu ist eine Verbesserung der Personalsituation und eine Reduktion der Arbeitsverdichtung. Die vorgesehenen Maßnahmen einer zusätzlichen Personalgewinnung in der stationären Langzeitpflege können dazu nur ein erster Schritt sein. Sie sind nicht ausreichend, um den Pflegenotstand wirksam zu beheben. Denn es ist weiterhin kein Gesamtkonzept oder ein Masterplan erkennbar, mit dem die Versorgungs- und Betreuungssituation von Pflegebedürftigen nachhaltig verbessert wird. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion muss ein stimmiger Masterplan aufgestellt werden, mit dem mittelfristig 100.000 zusätzliche Pflegekräfte gewonnen werden können. Dazu gehört die Schaffung von Rahmenbedingungen für gute Arbeit, eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte und mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Gespräche.

Die Kosten dieser Verbesserungen dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen. Eine substantielle Entlastung würde eine vollständige Zuordnung der Finanzverordnung für die medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung darstellen. Damit würde die Benachteiligung der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen gegenüber den zu Hause gepflegten Menschen aufgehoben, denn heute müssen die Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen die medizinische Behandlungspflege aus eigener Tasche bezahlen bzw. sie wird subsidiär durch die Sozialhilfe übernommen. Auf diesen Punkt weisen auch die Anträge der Opposition zu dieser Anhörung zu Recht hin. Verschiedene Berechnungen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege einen Umfang von mindestens ca. 3 Mrd. Euro kosten würde. Folglich stellt die hier vorgenommene Regelung erst einen ersten Teilschritt dar. In einem nächsten dringlich erforderlichen Schritt müssen die Kosten für die medizinische Behandlungspflege vollständig der Finanzverantwortung der Krankenversicherung zugeordnet werden. Daneben möchten wir zu bedenken geben: Würden nicht nur die jetzt geplanten 640 Mio. Euro, sondern die mindestens 3 Mrd. Euro, für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert, könnten fast 50.000 zusätzliche Stellen neu geschaffen werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege merken kritisch an, dass der Gesetzentwurf ein substantielles Ungleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und denen im Krankenhaus aufweist. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Pflegekräfte ebenfalls als Teil der multiprofessionellen Teams mitarbeiten, sind völlig unberücksichtigt. Nach dem Entwurf wird im Krankenhaus zukünftig jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert. In stationären Pflegeeinrichtungen werden dem Vertei-

lungsschlüssel in § 8 Absatz 6 entsprechend lediglich bis zu 2 Pflegestellen – und dies auch nur für Einrichtungen ab 121 Plätzen – refinanziert. Hier werden ungleiche Voraussetzungen geschaffen, die eine Pflegepersonal-Abwanderung in die Krankenhäuser begünstigen könnten, da im Krankenhausbereich ggf. bessere Rahmenbedingungen vorgehalten werden können.

Im Krankenhausbereich werden auch alle Tarifikostensteigerungen refinanziert, was wir begrüßen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich seit Jahren für eine Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege einschließlich der Anerkennung der Tarifsteigerungen ein. Wir appellieren an den Gesetzgeber, diesen Schritt mit dem Pflegesofortprogramm endlich zu vollziehen. Ebenso sind gesetzliche Regelungen nachzubessern, damit auch die Tarifikosten und -steigerungen auch in den weiteren Leistungsbereichen u.a. in der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge faktisch berücksichtigt werden. Des Weiteren fordern die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, im Gesetzentwurf klarzustellen, dass die Anrechnung von Auszubildenden auf den Personalschlüssel zumindest im ersten Ausbildungsjahr nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der ambulanten und stationären Altenpflege entfallen muss. Wir setzen uns darüber hinaus dafür ein, dass die Anrechnung von Auszubildenden auf den Personalschlüssel generell entfällt, denn Auszubildende sind Lernende und keine voll einsetzbaren Arbeitskräfte.

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass der Entwurf den ambulanten Bereich der Altenpflege gegenüber dem stationären Bereich zu wenig in den Blick nimmt. Es bedarf auch eines Personalsfortprogramms für die ambulante Pflege, um die Arbeitsverdichtung in der häuslichen Pflege für die Pflege(fach)kräfte zu reduzieren, die Einsatzzeiten in den Haushalten zu erweitern sowie zur Erhöhung der Zufriedenheit der Versicherten und ihrer Angehörigen, zur Stärkung der Fachlichkeit und zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte beizutragen. Hierzu gehört auch eine dem stationären Bereich analoge tarifliche Bezahlung der Mitarbeitenden.

In diesem Kontext ist auch die systematische Nichtberücksichtigung der Häuslichen Krankenpflege nach den §§ 37 und 132a SGB V im Gesetzentwurf scharf zu kritisieren. Die häusliche Krankenpflege stellt ein zentrales Element in der ambulanten pflegerischen Krankenversorgung dar. Sie ist systemisch in alle Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs einzubeziehen. Dazu gehört auch die uneingeschränkte Anerkennung der tariflichen Vergütung in § 132a SGB V, wie sie von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege seit Jahren gefordert wird. Diese Forderung wird auch von der LINKEN in ihrem Antrag zu diesem Gesetzentwurf unterstützt.

Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf der Forderung der Freien Wohlfahrtspflege nach einer anderen Vergütungsregelung der Beratungseinsätze der Pflegedienste nach § 37 Absatz 3 Rechnung trägt.

Positiv zu würdigen ist im Weiteren die Anschubfinanzierung für die digitale Transformation in der Altenpflege. Durch den klugen Einsatz moderner digitaler Technologien können Pflegekräfte in ihrem verdichteten Arbeitsalltag entlastet werden und somit wieder mehr Zeit für die Betreuung der pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung haben. Gleichzeitig merken wir an, dass der vorgesehene Förderzeitraum von

2019-2021 für eine solche Anschubfinanzierung wesentlich zu kurz bemessen ist, um den gewaltigen Prozess der digitalen Modernisierung bewältigen zu können. Hier benötigen die Einrichtungen und Dienste eine längerfristige Unterstützung, wie sie für den Krankenhausbereich in § 12a KHG ohne eine zeitliche Beschränkung vorgesehen ist.

Der Gesetzentwurf sieht auch Maßnahmen zur dringend erforderlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Der Ansatz, zu diesem Zweck die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verpflichtend auszugestalten, kann jedoch dieses Problem nicht heilen und verfehlt das Ziel im Kern. In den stationären Einrichtungen mangelt es vor allem an einer guten fachärztlichen Versorgung, die mit Kooperationsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten, die in die Einrichtungen kommen, nicht gelöst werden können. Eine fachärztliche Behandlung erfordert zumeist den Einsatz von Instrumenten, die nur in der Facharztpraxis vorhanden sind. Auch können Fachärztinnen und -ärzte in der Einrichtung vor Ort die hygienischen Anforderungen an die Behandlung nicht herstellen bzw. erfüllen. Der Gesetzgeber hat gegenüber dem Referentenentwurf unsere Forderung nach einer unbürokratischen Fahrtkostenregelung in § 60 SGB V nachgebessert. Es ist erforderlich, dass die Regelung nicht nur für die Fahrt in die Zahnarzt- oder Facharztpraxis, sondern auch für die Fahrt in die Hausarztpraxis gilt.

Artikel 1 und 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 12a Absatz 1 Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Investitionskosten für die Pflegeschulen fördern und Anschubfinanzierung der Pflegeschulen sicherstellen

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung, da die Krankenhäuser aktuell vor einem großen Investitionsstau stehen. In der Vergangenheit kam es daher oftmals vor, dass die innerhalb der DRG-Fallpauschalen enthaltenen kalkulatorischen Pflegekosten zur Finanzierung von Investitionen verwendet wurden – zulasten der Pflegepersonalausstattung. Als eine von mehreren förderungsfähigen Maßnahmen wird in § 12a Absatz 1 KHG und § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auf die „Schaffung [oder Erweiterung] zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Absatz 1a Buchstabe e bis g“ verwiesen.

Dringend erforderlich ist die Refinanzierung der Investitionskosten der Pflegeschulen. Dies kann u.E. mit § 12a nicht erreicht werden, da sich die förderungsfähigen Tatbestände hier vorrangig auf bauliche Maßnahmen beschränken.

Nach § 27 Absatz 1 PflBG gehören die Investitionskosten der Pflegeschulen nicht zu den Ausbildungskosten. Da die Pflegeschulen neben dem Ausbildungsbudget keine anderen Erträge und Einnahmen haben, ist eine zusätzliche Finanzierung ihrer Investitionskosten jedoch unabdingbar. Darüber hinaus müssen auch die Mietkosten für die Räumlichkeiten der Pflegeschulen ein aus dem Ausbildungsfonds zu finanzierender Kostentatbestand sein. Mit einem Krankenhaus verbundene Pflegeschulen können ihre Mietkosten im Rahmen des KHG finanzieren. Dies wäre eine klare Benachteiligung der bisherigen Altenpflegeschulen.

In der Bundesratsvorlage der PflFinV (BR-DRS. 360/18) wurden die finanzierungsfähigen Tatbestände zwar um Kosten für die Raum- und Geschäftsausstattung in Höhe von bis zu 800 Euro erweitert, größere Investitionen können auf diese Weise allerdings nicht getätigt werden. Ebenso können die Mietkosten der Pflegeschulen, die nicht an einem Krankenhaus angesiedelt sind, weiterhin nicht finanziert werden. Hierauf weisen auch die Empfehlungen der Ausschüsse zur PflAFinV (BR-DRS. 360/1/18) hin, worin unter Ziffer 13 die bundeseinheitliche Finanzierung der Miet- und Investitionskosten gefordert wird. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände sprechen sich daher dafür aus, diese Forderung umzusetzen.

Darüber hinaus entstehen den Pflegeschulen im Rahmen der Umstellung auf die neue Pflegeausbildung einmalige Mehraufwendungen, für die eine Anschubfinanzierung benötigt wird. **Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist die Finanzierung der Miet- und Investitionskosten sowie eine Anschubfinanzierung der Pflegeschulen dringend geboten, um keine Ausbildungskapazitäten in der Pflege zu**

verlieren. Des Weiteren ist eine Förderung von baulichen Maßnahmen zur Erweiterung von bestehenden oder zur Schaffung von neuen Ausbildungskapazitäten auch im Bereich der Altenpflege erforderlich.

§ 17a Absatz 1 Finanzierung von Ausbildungskosten: Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in der (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe

Keine Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel in der Altenpflege

Die Änderung in § 17a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sieht vor, dass die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung in der (Kinder-)Krankenpflege und der Kinderkrankenpflegehilfe ab dem 01.01.2019 nur noch für das zweite und dritte Ausbildungsjahr auf die Stelle einer examinierten Pflegefachperson angerechnet werden müssen. Dies bedeutet faktisch die Aussetzung der jeweiligen Anrechnungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr, was von den Verbänden der BAGFW grundsätzlich begrüßt wird. Im Gesamtkontext des Gesetzentwurfs wurde jedoch, analog zu der Förderung der Ausbildungsstrukturen, auch hier der Bereich der Altenpflege nicht bedacht.

Das Pflegeberufegesetz, welches in seinen wesentlichen Teilen zum 01.01.2020 in Kraft tritt, sieht allerdings die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan nicht nur in der Akutpflege, sondern auch in der ambulanten und stationären Langzeitpflege vor.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern somit die durch das Pflegeberufegesetz intendierte Gleichstellung aller Versorgungsbereiche auch im Hinblick auf das Aussetzen der Anrechnungsverhältnisse umzusetzen. Für das Jahr 2019 sind daher die entsprechenden Vorschriften zu ergänzen, die das Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in dem ersten Ausbildungsjahr für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zum Gegenstand haben. Darüber hinaus gilt es das Aussetzen der Anrechnungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr auch für den Zeitraum nach dem Inkrafttreten des PflBG zum 01.01.2020 zu gestalten.

Wünschenswert wäre allerdings das vollständige Aussetzen der Anrechnungsverhältnisse über den gesamten Ausbildungsverlauf, da die Auszubildenden in erster Linie als Lernende des Pflegeberufs zu betrachten sind, einem Berufsstand, der eine systemrelevante Schlüsseldienstleistung vorhält. Die Auszubildenden sollten daher weniger unter der Prämisse der betrieblichen Verwertbarkeit betrachtet werden, sondern vielmehr vor dem Hintergrund des Beitrags zu der gesamtgesellschaftlichen Wertschöpfung, die durch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung hervorgebracht wird.

Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Die Verbände der BAGFW begrüßen es, dass die Bundesregierung das Thema der Gesundheit der Beschäftigten aufgreift. Die hohen Arbeitsbelastungen, unter denen viele Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leiden, sind nach Auffassung der BAGFW jedoch nicht allein durch betriebliche Präventionsmaßnahmen zu reduzieren. Hierzu bedarf es vor allem deutlicher Veränderungen in den Rahmenbedingungen für die Dienste und Einrichtungen. Wir weisen zudem darauf hin, dass die Unfallversicherung der Sozialversicherungszweig ist, der sich umfassend mit Fragen der betrieblichen Prävention beschäftigt. Die gesetzliche Unfallversicherung ist zudem seit dem Jahr 1996 mit einem „erweiterten Präventionsauftrag“ versehen, der über den klassischen Arbeitsschutz deutlich hinausgehend gesundheitsfördernd ausgerichtet ist. Nach der Reform des Jahres 2013 umfasst die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz zudem psychische Belastungen.

Eine Vorrangstellung der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber nicht-betrieblichen Settings und damit verbunden eine Veränderung der Ausgabenstruktur für die §§ 20a und b können die Verbände der BAGFW nicht unterstützen. Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern im Bereich der Pflege ist nur eines von mehreren legitimen Zielen von Prävention. Die Verbände der BAGFW sehen einen wesentlichen Schwerpunkt der Prävention in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensbedingungen in den verschiedenen Settings.

Statt einer stärkeren Gewichtung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Verantwortung der Krankenkassen - die wichtig bleibt - zu Lasten anderer Settings, regen die in der BAGFW kooperierenden Verbände an, dass – in Umsetzung von § 20b Absatz 2 SGB V – die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Unfallversicherung verbessert wird. Dazu müssen die in § 20b Absatz 2 genannten Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

Die BAGFW begrüßt, dass gegenüber dem Referentenentwurf nun, wie von ihr gefordert, auch die ambulanten Pflegedienste einbezogen werden.

Sollte die im Gesetzentwurf vorgenommene Schwerpunktveränderung zugunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung beibehalten werden, ist aus Sicht der BAGFW Wert darauf zu legen, dass auch die Häusliche Krankenpflege und Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation gefördert werden.

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bildung von regionalen Koordinierungsstellen nach § 20b Absatz 3 SGB V ist nach Informationsstand der BAGFW bisher kaum zustande gekommen. Dies ist nachzuholen.

So begrüßenswert es ist, dass Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung von den regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen beraten und unterstützt werden sollen, so fragwürdig ist die Beschränkung auf diese Einrichtungen. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich. Es sollte auch bedacht werden, dass die verwendeten Sozialversicherungsbeiträge sich aus den Löhnen und Gehältern der Beschäftigten aller Branchen speisen.

Lösungsvorschlag:

Streichung der Neuregelungen der §§ 20a und 20b.

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

Erweiterung der Ziele auf die ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Häusliche Krankenpflege sowie die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen

Die BAGFW begrüßt, dass die Ziele der Nationalen Präventionsstrategie auf die Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in der Pflege ausgeweitet werden sollen. Der Krankenstand in der Pflege ist sowohl in ambulanten wie in stationären Einrichtungen gegenüber anderen Berufsgruppen deutlich erhöht. Nach Angaben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) besteht für die Beschäftigten in der Pflege ein erhöhtes Risiko physischer und psychischer Beeinträchtigungen. Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Belastungen wie Schlafstörungen, Depression bis hin zu Burn-out-Syndromen sind dabei die am häufigsten auftretenden Gesundheitsrisiken. Verbesserungen sind somit auch im Bereich der betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich, wie z.B. der Einsatz und die Akzeptanz von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung, die Einhaltung von Ruhepausen oder Coachings zur Konfliktlösung. Nach Angaben des Gesundheitsatlas 2017 der BKK liegt der Krankenstand der Arbeitnehmer/innen in stationären Pflegeeinrichtungen bei durchschnittlich 24 Tagen im Vergleich zu allen anderen Beschäftigten, die im Durchschnitt 16 Tage krank sind.

Die Verbände der BAGFW fordern jedoch, auch die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Häusliche Krankenpflege in die Nationale Präventionsstrategie einzubeziehen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige ist sachgerecht

Mit § 40 Absatz 2 werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von pflegenden Angehörigen dahingehend erweitert, dass eine stationäre Rehabilitation unabhängig von dem nach Absatz 1 geltenden Vorrang der ambulanten Rehabilitation möglich wird. Die BAGFW begrüßt die Neuregelung, da dadurch pflegende Angehörige darin unterstützt werden, rehabilitative Leistungen in einem von der oftmals belastenden Alltagspraxis gelösten Setting in Anspruch zu nehmen. Bereits nach geltendem Recht kann dies auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung geschehen, mit der ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht. Bislang wurde diese Möglichkeit allerdings nur wenig in Anspruch genommen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände erhoffen sich durch die neue Bestimmung, dass mehr pflegende Angehörige mit rehabilitativem Bedarf diese stationären Leistungen in Anspruch nehmen. Dazu ist es aber auch erforderlich, dass die Krankenkassen eine entsprechende Information und Beratung ihrer Versicherten sowie die Zuweisungen zu den Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum die Neuregelung und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V und nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll. Mit dem PNG wurde auch in § 23 Absatz 5 SGB V vorgegeben, dass bei der Vorsorge die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien.

Die Verbände der BAGFW fordern deshalb, dass auch beim Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationär für pflegende Angehörige ausgenommen wird. So würde für pflegende Angehörige nachvollzogen, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter gleichermaßen für die stationäre Vorsorge wie auch für die stationäre Rehabilitation geregelt und in ähnlich belastender Alltagssituation begründet ist.

In § 40 Abs. 3 wird festgelegt, dass pflegende Angehörige im Fall ihrer stationären Rehabilitation auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen haben. Die BAGFW unterstützt die diesbezüglichen Regelungen zur Bewilligung und Erbringung von Leistungen durch die Krankenkasse sowie zur Kostenerstattung der Pflegekassen an die Krankenkassen. Mit diesen Neuregelungen ist die Erwartung verbunden, dass der in § 42 Abs. 4 SGB XI verankerte Anspruch auf Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen, wenn dieser zusammen mit seinem pflegenden Angehörigen in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach § 72 SGB XI hat, auch tatsächlich umgesetzt wird.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen nachdrücklich die Forderung des Bundesrats nach einem Rechtsanspruch für pflegende Angehörige auf vor- und nachstationäre Beratung zu Leistungen der Rehabilitation und Vorsorge in den Ein-

richtungen des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen. Die BAGFW hat sich bereits in ihrer Stellungnahme zum RefE des TSVG vom 16. August für einen solchen Rechtsanspruch eingesetzt, der allerdings nicht nur für die pflegenden Angehörigen, sondern auch für Mütter und Väter, für die Reha- oder Vorsorgemaßnahmen in Frage kommen, gelten sollte. Die Verbände bitten den Gesetzgeber, diese Regelung bereits in den Gesetzentwurf des TSVG aufzunehmen.

Eine gute medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge – für pflegende Angehörige, ebenso wie für andere Personengruppen - umfasst auch eine Beratung zur umfassenden Bedarfsklärung sowie nachsorgende Leistungen. Die Beratung im Kontext der stationären medizinischen Rehabilitation und Vorsorge von Müttern und Vätern im Rahmen der Müttergenesung leistet hier einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven und nachhaltigen Gesundheitsversorgung für die Versicherten. In den letzten Jahren ist die Beratung auf pflegende Angehörige erweitert worden. Die typischen Gesundheitsprobleme dieser Antragsteller/innen sind geprägt durch eine hohe Relevanz der person- und umweltbedingten Kontextfaktoren, wie beispielsweise familiäre Probleme, sowohl als Bedingungsfaktor des Gesundheitsproblems als auch in Bezug auf Teilhabeeinschränkungen. Vor allem für Mütter oder Väter in prekären Lebenssituationen oder mit sozialer Benachteiligung übernimmt die Beratung eine wichtige Lotsenfunktion und mindert Zugangshürden zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen. In der Beratung wird insbesondere die psychosoziale Dimension des Gesundheitsproblems festgestellt und geprüft, welche Maßnahme der jeweiligen individuellen Lebens- und Gesundheitssituation der Mütter und Väter am zielführendsten entspricht. Das können Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber oft auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen. Wesentlich sind auch die realistische Erwartungs- und therapievorbereitende Zielklärung mit den Versicherten im Vorfeld einer stationären Rehabilitation/Vorsorge sowie nachsorgende Angebote. Die Versicherten können so von einer höheren Effizienz und Nachhaltigkeit profitieren.

Aus den Daten des Müttergenesungswerkes, das alle entsprechenden Beratungsstellen im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege erfasst, geht hervor, dass das Beratungsergebnis bei allen Ratsuchenden und an einer solchen Maßnahmenbeantragung Interessierten lediglich bei 50 Prozent in eine konkrete Antragstellung mündete; in den anderen Fällen wurden die Ratsuchenden zu anderen passgenauen Hilfsangeboten vermittelt. Mit ihren Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen tragen die Beratungsstellen somit zu einer auf die „ganze Person“ gerichteten und sektorenübergreifend angelegten Versorgung der Patientengruppen bei.

Zusätzlich ist es erforderlich, dass auf untergesetzlicher Regelungsebene auch entsprechend präzisierte und einheitliche Verordnungsvordrucke geschaffen werden, die zudem bedarfsweise die Versorgungsbedarfe des Pflegebedürftigen mit erfassen.

Um nach wie vor bestehende Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und stationären Vorsorge) zu senken, schlägt die BAGFW vor, dass die Beantragung (bzw. Verordnung) von Leistungen zu medizinischer Rehabilitation (und der stationären Vorsorge für Mütter und Väter) dann als vom Rehabilitationsträger als bewilligt gilt, wenn der Rehabilitationsträger nicht in-

nerhalb einer Frist (die mit den Regelungen der §§ 14 ff SGB IX abzugleichen sein wird) begründet widerspricht und seinerseits den Rehabilitationsbedarf ermittelt.

Die BAGFW schlägt vor, in Modellvorhaben unterschiedliche Zugänge zur Rehabilitation für verschiedene Patientengruppen zu erproben (Direktverordnung oder Antragsablehnung erst nach vorheriger Konsultation des verordnenden Arztes oder Veranlassung der Untersuchung des Antragstellenden durch den sozialmedizinischen Dienst des Reha-Trägers etc.).

§ 60 Fahrtkosten

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beklagen seit langem, dass vor allem die fachärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen ein Problem darstellt (s. auch Ausführungen zu § 119b SGB V). Dieses lässt sich weder durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V oder noch durch aufsuchende Behandlung in der Häuslichkeit lösen, da die fachärztliche Versorgung aufgrund des Einsatzes von nicht mobil zur Verfügung stehenden Instrumenten den Besuch in der Arztpraxis erfordert. Pflegebedürftige Menschen, die zuhause leben, sind zudem oft nicht nur für den Besuch eines Facharztes/einer Fachärztin, sondern auch für den Besuch in ihrer Hausarztpraxis auf Krankenfahrten angewiesen.

Bisher war die Genehmigung der Krankenfahrten von pflegebedürftigen Menschen der PG 3,4 und 5 sowie von Menschen mit Behinderung, die einen Schwerbehindertenausweis der Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder von Personengruppen mit vergleichbaren Mobilitätseinschränkungen, die einer längeren Behandlung bedürfen, aufweisen, durch die Krankenkasse gemäß § 60 Absatz 1 Satz 4 erforderlich. Die entsprechende Umsetzung der Regelung in § 6 Absatz 3 Satz 1 i.V. mit § 8 Absatz 3 der Krankentransportrichtlinie des GBA sah zudem nur vor, dass die Krankenkassen für die genannten Gruppen die Krankenfahrt genehmigen können, jedoch nicht müssen. Die BAGFW begrüßt daher nachdrücklich, dass diese Kann-Regelung nun mittels einer Genehmigungsfiktion in eine verpflichtende Regelung umgewandelt wird. Dies trägt erheblich zur Entbürokratisierung bei und wird die fachärztliche Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung sowohl für ambulant als auch stationär versorgte pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen verbessern. Für eine solche Entbürokratisierung hatten sich die Verbände der BAGFW seit langem eingesetzt.

Die Verbände der BAGFW sehen jedoch einen Nachbesserungsbedarf: Das Erfordernis der Genehmigungsfiktion von Krankenfahrten muss bei häuslich versorgten pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen auch für die Krankenfahrt in die Hausarztpraxis gelten. Die Krankentransportrichtlinie hat aus gutem Grund in ihrer Ausnahmeregelung für die Genehmigung der Krankenfahrt nach § 8 Absatz 3 für die genannten Gruppen nicht zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung unterschieden, da das Transporterfordernis in die Arztpraxis von den gesundheitlichen Einschränkungen und nicht von der Indikation der Behandlung abhängt. Da die Krankenfahrten von den Krankenkassen auch in diesen Fällen in der

Regel genehmigt werden, würde eine solche Regelung zu einer erheblichen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen beitragen.

Lösungsvorschlag:

In § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB XI-E werden die Wörter „ambulanten fachärztlichen“ durch die Wörter „ambulanten ärztlichen“ ersetzt.

§ 87 Absatz 2a Erweiterung der Videosprechstunden

Die Verbände der BAGFW begrüßen, dass die Einengung der Videosprechstunde auf bestimmte Indikationen, Krankheitsbilder und Fachgruppen künftig entfallen soll und den Ärztinnen und Ärzten nun ein weites Ermessen eröffnet wird, in welchen Fällen Videosprechstunden für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sinnvoll sind. Es ist besonders positiv zu bewerten, dass bei den zu treffenden Neuregelungen der Videosprechstunden den Belangen pflegebedürftiger Menschen besonders Rechnung getragen wird. Modellprojekte, bei denen Videosprechstunden in Pflegeheimen angeboten werden, wie z.B. „Medizin und Mehr“ (MuM) in der Region Osnabrück, haben gezeigt, dass sich dieses Instrument bewährt hat, so z.B. bei der Überprüfung der Medikation, der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen oder der Wundkontrolle. Die Videosprechstunde kann somit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten. Des Weiteren zeichnen sich durch die Videosprechstunde Kosteneinsparungen ab. So konnten beispielsweise bei der Wundkontrolle 25.000 Euro an Transportkosten für den Transport von Betroffenen in Praxen und Wundzentren eingespart werden.

Gerade pflegebedürftige Menschen werden für die Durchführung der Videosprechstunde technische Assistenz benötigen. Darüber hinaus wird bei diesem Personenkreis für die Diagnosestellung und die Sicherstellung der weiteren Behandlung Unterstützung von Pflegepersonen bzw. Pflegepersonal erforderlich sein, sei es im häuslichen Bereich oder in stationären Pflegeeinrichtungen. Das zeigt auch das Modellprojekt MuM. Auch die Gesetzesbegründung geht davon aus, dass im Rahmen von Videosprechstunden häufig Fallkonferenzen zwischen medizinischem und pflegerischem Personal erforderlich sind. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass es für diese Fallkonferenzen Vergütungszuschläge für die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des EBM geben soll.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass auch Pflegefachkräfte für die Teilnahme an solchen Fallkonferenzen angemessen vergütet werden müssen und dass entsprechende Zuschläge für Pflegepersonal aus dem SGB V refinanziert werden müssen. Dies ist im Gesetzentwurf zwingend nachzubessern.

§§ 111, 111a, und 111c SGB V Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

Tarifbindung auch für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen

Der Gesetzentwurf zielt auf die vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal im Krankenhaus durch die Krankenversicherung. Neben dem Krankenhausbereich ist aber auch eine vollständige Finanzierung der tariflichen Vergütung und entsprechender Steigerungen in der med. Rehabilitation sowie Vorsorge erforderlich. Diese Einrichtungen sind ebenso darauf angewiesen, auch in Zukunft ausreichend Pflegefachkräfte als Teil ihrer multiprofessionellen Teams zu gewinnen und bewährtes und qualifiziertes Personal langfristig zu binden. Sie stehen unter gleichen Herausforderungen wie alle anderen Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegesektor und gleichzeitig in Konkurrenz untereinander in der Personalgewinnung.

Darüber hinaus sollten die Leistungsvergütungen die Tarifstruktur für die gesamten geforderten Personalstrukturen abbilden. Zwar ist im Zuge des BTHG in § 38 Abs. 2 SGB IX geregelt worden, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei Verträgen auf der Grundlage des § 38 SGB IX nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. In der Praxis läuft die Regelung aber bisher ins Leere. Denn die gesetzliche Krankenversicherung schließt die Versorgungs- und Vergütungsverträge der Rehabilitation und Vorsorge nicht als Verträge nach SGB IX sondern weiterhin als Verträge nach §§ 111 ff SGB V ab. Des Weiteren werden die realen Steigerungswerte der Personal- und Tarifkosten mit einer strikten Bindung an maximal die Grundlohnrate nach § 71 SGB V abgewiesen. Darüber hinaus sind durch den Gesetzgeber weder für die Gesetzliche Krankenversicherung noch die Gesetzliche Rentenversicherung Kriterien für die Vergütungsfindung vorgegeben, also auch beispielsweise nicht, mit welchem Anteil die Personalkosten oder andere Vergütungsbestandteile einzupreisen sind. So ist die Vergütungsfindung in der Praxis oft ein einseitiges Diktat der Kostenträger. Auch für die Landesschiedsstellen im SGB V fehlen die Bewertungskriterien.

Vor besondere Probleme sehen sich die Einrichtungen der stationären Vorsorge und medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter gestellt, deren Vergütungsniveau so niedrig ist, dass ihre Existenz auch bei guter Belegung gefährdet ist.

Die BAGFW macht zudem auf das Problem aufmerksam, dass von den Einrichtungen erbrachte Leistungen der Rehabilitation im Rahmen des Entlassmanagements nach §§ 40 Abs. 2 Satz 4 i.V. m. § 39 Abs. 1a SGB V keine Vergütung entsprechen. Der aktuelle Dissens zwischen GKV und Leistungserbringern bezüglich eines Rahmenvertrags zum Reha-Entlassmanagement hat darin seinen Grund. Auch Qualitätsanforderungen, auf die sich die Leistungserbringer und die Krankenkassen in Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 137d SGB V auf Bundesebene verständigen, entsprechen keine Vergütungsregelungen. Zwar soll die Vergütung der Qualität folgen, da jedoch Vergütungsverhandlungen in den Ländern, die

Verhandlungen im Rahmen des QS-Reha-Verfahren auf Bundesebene erfolgen, entsteht in der Praxis ein Hiatus zwischen geforderten und vergüteten Qualitätsstandards.

Lösungsvorschlag:

Die Vorgabe, „dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“ ist auch in die §§ 111, 111 a und 111c ff aufzunehmen. Um die Tarifbindung zu sichern, schlagen wir vor, dass Verträge nur mit Leistungserbringern der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

Des Weiteren fordert die BAGFW, dass in die Bestimmungen der §§ 111 ff aufzunehmen, dass die Vergütung der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge auch die Leistungen umfassen muss, die im Rahmen des Entlassmanagements sowie in Umsetzung der vereinbarten Qualitätsstandards erbracht werden.

§ 119b Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

Verpflichtende Regelung zum Abschluss von Kooperationsverträgen kann dringend erforderliche fachärztliche Versorgung im Pflegeheim nicht verbessern

Der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Vertragsärztinnen und -ärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nur sehr begrenzt geeignet, um die mangelhafte (fach-)ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Die „Muss“-Regelung des § 119b SGB V, die den stationären Pflegeeinrichtungen nach den vorausgegangenen „Kann-“, (PNG) und „Soll“-Regelungen (HPG) nunmehr eine unabweisbare Pflicht zum Abschluss solcher Verträge auferlegt, lehnen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege jedoch entschieden ab. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen muss in stationären Einrichtungen ebenso wie in der eigenen Häuslichkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen. Die Formulierung in § 119b Absatz 1 Satz 1, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen von der Pflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen gemäß § 75 Absatz 1 SGB V unberührt bleibt, wird durch die Neuregelung des Gesetzentwurfs geradezu ad absurdum geführt. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.** Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen, bei Nichtvermittlung von Verträgen mit Vertragsärztinnen und -ärzten, selbst einen Heimarzt / eine Heimgärtin anzustellen, löst das Problem der mangelhaften ärztlichen Versorgung ebenfalls nicht, denn ein Heimarzt / eine Heimgärtin kann in der Regel nur eine spezifische Arztgruppe vertreten, wie z.B. die Allgemeinmedizin oder die Innere Medizin.

Des Weiteren weisen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf das Grundproblem hin, dass vor allem die fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen defizitär ist. So mangelt es vor allem an der zugehenden Versorgung durch Fachärzte und Fachärztinnen der Urologie, Gynäkologie, HNO-Heilkunde, Psychiatrie und Neurologie sowie Augenheilkunde. Diese kann auch mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen nicht bzw. nur in sehr begrenztem Maße geheilt werden, denn für die Behandlung der fachärztlichen medizinischen Probleme der Patientinnen und Patienten bedarf es in der Regel des Einsatzes von Instrumenten, die nicht mobil, sondern nur vor Ort in der Facharztpraxis eingesetzt werden können. Für viele notwendige Behandlungen bestehen zudem Anforderungen an hygienische Bedingungen, welche der Facharzt / die Fachärztin in einer Pflegeeinrichtung vor Ort nicht herstellen bzw. gewährleisten kann, wie z.B. bei Zahnextraktionen. **Die dringend notwendige Verbesserung der fachärztlichen Versorgung erfordert daher den Transport des Patienten oder der Patientin in die Praxis. In vielen Fällen wird dafür auch eine Begleitperson erforderlich sein. Im Gesetzesentwurf wurden die Regelungen zum Krankentransport nach § 60 SGB V Entsprechend unserer Forderungen zum RefE vereinfacht.** (zum zusätzlichen Nachbesserungsbedarf betreffend die hausärztliche Versorgung, s. unsere Stellungnahme zu § 60 SGB V).

Die Vertragsärztinnen und -ärzte erhalten für die ärztliche Versorgung in der Pflegeeinrichtung einen Vergütungszuschlag gemäß § 87 Absatz 2 Satz 3, 2. Hs. Nr.1 und 2 SGB V. Der zusätzliche Aufwand der stationären Pflegeeinrichtung bleibt hingegen bislang unberücksichtigt. Da der Aufwand im Rahmen der ärztlichen Versorgung erfolgt, setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür ein, dass die Koordinationstätigkeit der Pflegefachkräfte in der Einrichtung nach § 119b Absatz 1 Satz 8 durch einen Vergütungszuschlag aus dem SGB V refinanziert wird. Sollte eine Refinanzierung aus dem SGB XI erfolgen, ist sicherzustellen, dass die pflegebedürftigen Menschen bzw. der Sozialhilfeträger mit diesem Zuschlag nicht belastet werden.

Die Neuregelung des § 119b Absatz 1 Satz 8, dass die Koordination durch eine verantwortliche Pflegefachkraft erfolgen soll, lehnen die Verbände der BAGFW ab, denn die Regelung widerspricht pflegefachlichen Konzepten, z.B. der personenzentrierten Bezugspflege.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die elektronische Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten ausgebaut und für die Kooperationsverträge nach § 119b nutzbringend eingesetzt werden soll. Speziell für die Kooperationsverträge sollen bis zum 30. Juni 2019 zwischen dem GKV und der KBV bzw. KZBV Anforderungen vereinbart werden, zu denen die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ins Benehmen zu setzen sind. Da die Pflegeeinrichtungen vom elektronischen Datenaustausch im Zusammenhang mit den Kooperationsverträgen unmittelbar betroffen sind, ist es erforderlich, dass die Vereinbarung nicht nur im „Benehmen“, sondern im „Einvernehmen“ mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen getroffen wird.

Gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf ist das Ziel der Regelung, dass sich die Telematikinfrastruktur (TI) nach § 291a SGB V zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen entwickelt. Die Einbindung der Pflege in die Telematikinfrastruktur entspricht einer Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und ist sehr zu begrüßen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass der neue § 119b Absatz 2a rechtssystematisch insgesamt eine schwierige Konstruktion darstellt, da er das generelle Ziel der Anbindung der Pflege an die TI mit der spezifischen Regelung zu den Kooperationsverträgen im stationären Bereich vermischt. Diese Vermischung unterschiedlicher Ziele zeigt auch Satz 2 des Absatzes 2a, nach welchem auch ambulante Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken und Heil- und Hilfsmittelerbringer in die Definition von technischen Anforderungen eingebunden werden können. Unklar ist zudem, welche Akteure von der in Satz 2 genannten „für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ umfasst sein sollen.

Lösungsvorschlag:

In § 119b Absatz 1 sind die Sätze 1 und 2 wie folgt zu formulieren:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes / einer Heimgärtin im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. In § 119b Absatz 1 sind die Sätze 3 und 4 daher zu streichen.

§ 119b Absatz 1 Satz 8 (Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft) ist zu streichen.

In § 119 Absatz 2a Satz 1 ist das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ zu ersetzen.

§ 132a Absatz 1 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen

Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege

Der vorgelegte Gesetzentwurf für das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz zielt auf die vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal im Krankenhaus durch die Krankenversicherung. Dies wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich begrüßt. Neben dem Krankenhausbereich ist aber auch eine vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Häuslichen Krankenpflege erforderlich.

Bereits mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde eine Neuregelung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 eingeführt. Ausweislich der Gesetzesbegründung war damals intendiert, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßte die BAGFW.

Seit Jahren klafft jedoch eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt die BAGFW zwar grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Absatz 1 SGB V). Daher muss auch die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde bereits im Ersten Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGFW die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verbundene Neuregelung, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht tarifgebundener Leistungserbringer nachgewiesen werden müssen und es dazu eine entsprechende Transparenzvorgabe geben muss, ausdrücklich. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar. Den Nachweis zu führen macht nur Sinn, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt ist, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext *expressis verbis* zu verankern und § 132a Absatz 4 ist entsprechend zu ergänzen.

In § 132a Absatz 4 ist unseres Erachtens des Weiteren dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in § 132a Absatz 4 Satz 6. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort „preisgünstig“ ist ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. **Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten. (...)**“

§ 132a Absatz 1 SGB V i. V. mit § 89 Absatz 3 SGB XI Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum

Der Gesetzentwurf sieht eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Vergütung der Wegezeiten vor, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Hierzu sind Grundsätze für einen unbürokratisch zu gewährenden zusätzlichen Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen. Dieser Zuschlag ist auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung nach § 89 Absatz 3 SGB XI zu berücksichtigen.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Absicht des Gesetzgebers, für die geplante Änderung synchronisierte unbürokratische Regelungen in § 132a SGB V und § 89 SGB XI zu treffen. Die Synchronisierung der leistungserbringungsrechtlichen Regelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung entspricht den Versorgungsrealitäten der Versicherten und den Strukturen der ambulanten Pflegedienste/Sozialstationen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Ausweislich der Gesetzesbegründung regeln die Bundesrahmenempfehlungen die Grundlagen der Leistungserbringung. Diese sind nach § 132a Absatz 1 Satz 7 SGB V in den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen, in denen die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einschließlich der Preise und deren Abrechnung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt werden. Dort können auch regionale Rahmenbedingungen und vorhandene Strukturen berücksichtigt werden.

Wir halten es einerseits für sinnvoll, dass bundesweite Grundsätze in den Empfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zu treffen sind und dass dann in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 die regionalen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Strukturen Berücksichtigung finden. Andererseits sollte es den Ländern/ambulanten Pflegediensten aber auch ermöglicht werden, bereits jetzt angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten vorzusehen. Da die Verhandlungen auf Bundesebene erfahrungsgemäß längere Zeit in Anspruch nehmen und es bereits vor dem 30. Juni 2019 Handlungsbedarf gibt, sollte dringend vermieden werden, dass die Regelungskompetenz für die Bundesebene zu einem Aussetzen oder einer Verzögerung der Verhandlungen auf der Landes- /Dienstebene führt.

In verschiedenen Bundesländern gibt es bisher in der häuslichen Krankenpflege nach SGB V bzw. in der ambulanten Pflege nach SGB XI keine adäquat honorierten Wegezeiten. Die Erhebungen der Wohlfahrtsverbände in Niedersachsen haben beispielsweise gezeigt, dass die Wegepauschalen in der Häuslichen Krankenpflege in Niedersachsen unterfinanziert sind und eine 40 % -ige Erhöhung der Wegepauschale erforderlich ist. Leistungsgerechte Wegepauschalen müssen wie alle anderen Leistungen im SGB XI und SGB V auf der Grundlage einer Kostenkalkulation erfolgen, dabei müssen die Tarife anerkannt werden. **Eine leistungsgerechte Vergütung der Wegezeiten ist allgemein zu begrüßen und entspricht unserer langjährigen Forderung. Sie ist generell und nicht nur im ländlichen Raum erforderlich, um das Ziel einer Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege zu befördern.**

Insgesamt ist es sehr bedauerlich, dass die Häusliche Krankenpflege nicht systematisch in die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes einbezogen ist. Dies ist nachzuholen.

Die Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege erfordert mehr als nur einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten im ländlichen Raum. Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände bedarf es des Weiteren einer Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insgesamt und nicht nur im ländlichen Raum. Hierzu zählt ein ganzes Bündel an Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, wie beispielsweise:

- die Anerkennung der Tarife in der Häuslichen Krankenpflege (s. unten),
- eine leistungsgerechte Finanzierung der Pflegesachleistungen nach dem SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.
- flächendeckende Regelungen zu den Wegezeiten und Einsatzpauschalen sowohl im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V als auch in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI,
- die Erweiterungen der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege bspw. um ein Aufnahmegespräch/Erstgespräch und die fallbezogene Koordination
- die Reduktion der Arbeitsverdichtung in der ambulanten Altenpflege- und Krankenpflege durch ein Personalsofortprogramm für die ambulante Pflege.

Daneben sind spezifische Regelungen für den ländlichen Raum zu treffen. Hierbei stellt die geplante Regelung zu einem angemessenen Zuschlag für längere Wegezei-

ten im ländlichen Raum einen ersten kleinen, aber notwendigen Einstieg in ein erforderliches Paket an Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege dar.

Artikel 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 5 Finanzierung einer fachlich unabhängigen Institution aus Mitteln des Ausgleichsfonds (Datenauswertungsstelle)

Gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 PSG II wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution einzurichten, die die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten im Rahmen eines indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung nach § 113b Absatz 4 Nr. 1 SGB XI zusammenführt sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auswertet. Nicht gesetzlich geregelt war dabei bisher die Finanzierung der Arbeit der Institution. Mit der Einfügung von Absatz 5 im § 8 wird eine wichtige Regelungslücke geschlossen, da bisher die Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution (Datenauswertungsstelle) ungeklärt war. Die BAGFW begrüßt daher ausdrücklich die hier geplante gesetzliche Regelung, ohne welche eine Umsetzung des indikatorengestützten Verfahrens der Qualitätsdarstellung und -prüfung nicht möglich wäre als einen der zentralen Bausteine zu dessen Umsetzung.

Die Beauftragung erfolgt entsprechend § 113b SGB XI im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens. Daher ist zwingend sicherzustellen, dass der im Zuschlag enthaltene Finanzrahmen des Bieters auch durch den Ausgleichsfonds vollumfänglich refinanziert wird.

Das Verfahren der Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI mit dem BVA zu regeln, ist sachgerecht. Entsprechend § 113b sollten die Vertragsparteien nach § 113 die Entscheidung über die Finanzierung der Datenauswertungsstelle durch den Qualitätsausschuss treffen.

Lösungsvorschlag:

§ 113b Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 5 und 8 sowie nach § 7 Absatz 5 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.“

§ 8 Absatz 6 SGB IX i. V. mit § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung zusätzlicher Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege

Die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bildet einen Einstieg in die notwendige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V.

Mit dem neuen Absatz 6 soll ein Kernelement des Sofortprogramms für die stationäre Langzeitpflege zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere der medizinischen Behandlungspflege umgesetzt werden. Die Neuregelung sieht eine Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegekräften vor. Wir begrüßen die in der Kabinettsfassung aufgenommene Regelung, dass das zusätzliche Pflegepersonal zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein muss.

Gerade mit Blick auf die Eigenanteile der Betroffenen ist positiv hervorzuheben, dass die Regelung in § 8 Absatz 6 ohne finanzielle Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern seit Jahren, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vollständig aus dem SGB V refinanziert wird. Mit dem Sofortprogramm wird ein erster Teilschritt in diese Richtung vollzogen. Der nach § 37 Absatz 2a des SGB V jährlich durch die Krankenkassen (unter Beteiligung der privaten Pflegeversicherung) zu zahlende Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von 640 Millionen Euro errechnet sich lt. Begründung des Gesetzentwurfs unter Zugrundelegung von durchschnittlich 50.000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Verschiedene Berechnungen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege einen Umfang von mindestens 3 Mrd. Euro kosten würde. Kritisch sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Deckelung des Betrages von 640 Millionen € auch vor dem Hintergrund, dass nicht jeder Einrichtung die Refinanzierung von zusätzlichem Personal garantiert wird. So mag es rechnerisch zwar möglich sein, dass jede Einrichtung davon Gebrauch machen kann, praktisch ist es aber so, dass die Zuschläge enden, sobald der Höchstbetrag erreicht wurde. Dieses gedeckelte Prinzip kann gerade für die Einrichtungen von Nachteil sein, die sich besonders ausdauernd und lange um Fachkräfte bemühen und eben nicht sofort auf Hilfskräfte setzen. Der Umlagebetrag muss daher im ersten Jahr der Anwendung im Bedarfsfall zwingend um die erforderliche Summe aufgestockt werden, um allen Einrichtungen die Nutzung gem. der gesetzlichen Vorgabe zu ermöglichen.

Der Kabinettsentwurf stellt nun klar, dass es sich bei der Umsetzung des Sofortprogramms um Pflegefachkräfte handeln muss, es sei denn, die vollstationäre Einrichtung weist nach, dass es ihr über einen Zeitraum von drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen. Dann können auch Pflegehilfskräfte über das Sofortprogramm eingestellt werden. Dies dürfte aus unserer Sicht häufig der Fall werden, denn derzeit kommen auf 100 bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete Stellen für Altenpfleger nur 22 arbeitslose Pflegefachkräfte. Auch beträgt die Dauer bis zur Besetzung einer Fachkraftstelle durchschnittlich 170 Tage. Theoretisch kann der Zeitraum vom 01.01.2019 bis zum Tage der vom BMG genehmigten Regelungen

zur Antragstellung, zum Nachweisverfahren „Fachkraftsuche“ und zum Zahlungsverfahren, bereits als Nachweiszeitraum genutzt werden. In Verbindung mit den für den Krankenhaussektor vorgesehenen Änderungen, ist auch kaum vorstellbar, dass es in ausreichendem Maße gelingen wird Krankenpflegefachkräfte im vollstationären Langzeitpflegebereich zu akquirieren. Insgesamt entsteht der Eindruck einer politischen Vorgabe, dass sich die Pflegeeinrichtungen ohnehin wg. Pflegefachkräften nicht anzustrengen brauchen und dass dieses Sofortprogramm kein Fachkrafts Sofortprogramm, sondern eher ein Hilfskraftprogramm darstellt.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege können nachvollziehen, dass diese Herangehensweise kurzfristig – als Sofortprogramm – helfen soll. Allerdings genügt ein solches Sofortprogramm nicht dem zentralen Anliegen, auf lange Sicht das eigentliche Problem des Fachkräftemangels zu lösen. Pflegeeinrichtungen sind zukünftig noch mehr auf Fachkräfte angewiesen, um die Themen, die mit der dringend erforderlichen Aufwertung des Berufsbildes und der Weiterentwicklung der Fachlichkeit zu tun haben, die den Pflegebedürftigen zu Gute kommen sollen, umzusetzen. Dies betrifft z.B. die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ebenso wie die Einführung des indikatorenbezogenen Qualitätserhebungsverfahrens im stationären Bereich. Auch sollten nach Auffassung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Maßnahmen der Behandlungspflege aus guten Gründen nur von Pflegefachkräften erbracht werden. Die Tatsache, dass Behandlungspflege teilweise von Pflegehilfskräften erbracht wird, ist eine Entwicklung vor dem Hintergrund des Fachkraftmangels und erfolgt auch häufig aus wirtschaftlichen, aber eben nicht aus hinreichenden fachlichen Gründen. Diese Entwicklung ist auch haftungsrechtlich hochproblematisch. Behandlungspflege sollte eine Vorbehaltstätigkeit für Pflegefachkräfte gemäß des Pflegeberufgesetzes sein.

Der in der Gesetzesbegründung aufgeführte Hinweis, dass die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraftquote, zu beachten sind, wirft Fragen auf: Wie soll die in den Heimgesetzen der Länder geforderte 50-Prozent-Fachkraftquote eingehalten werden, wenn zusätzliche Stellen als Pflegehilfskraftstellen ausgestaltet werden? Dies kann nur mit einer Absenkung der Fachkraftquote einhergehen. Generell sei angemerkt, dass eine Fachkraftquote von 50 Prozent keine fachwissenschaftliche Fundierung aufweist, aber als pragmatische Regelung angesehen werden, bis die aus dem Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes nach § 113c SGB XI zu erwartenden Ergebnisse vorliegen.

Die Pflegeeinrichtungen werden zur Realisierung der Regelung versuchen, Stellenanteile von in Teilzeit arbeitenden Pflegefachkräften aufstocken. Dies muss der Königsweg sein, um kurzfristig zu mehr Fachpersonal zu kommen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen einschließlich der Schaffung entsprechender politischer Rahmenbedingungen, die Arbeitsbedingungen so verbessert werden, dass mehr Pflegefachkräfte wieder bereit sind, Vollzeit zu arbeiten. Es muss gewährleistet sein, dass die Stellenaufstockung auch flexibel über mehrere Personalstellen praktiziert werden kann. So soll es auch möglich sein, dass eine Einrichtung die in Satz 6 Nummer 1-4 genannten, gestaffelten Stellenanteile nicht auf Anhieb besetzen kann. Des Weiteren muss es auch möglich sein, dass Ein-

richtungen mit mehr als 120 Plätzen auch mehr als die max. vorgesehenen zwei Vollzeitstellen entsprechend des Intervalls von 0,5 VZ-Stellen auf 40 Plätze aufstocken können. Insgesamt fehlt eine Begründung, warum das Intervall von einer halben Stelle pro 40 Plätze als Berechnungsgrundlage für die zusätzlichen Stellen gewählt wurde. Um unnötige Härtefälle gerade unterhalb der Schwellenwerte zu verhindern, wäre es sinnvoll, wenn die Regelung grundsätzlich vorsieht, dass die Aufstockung im Verhältnis des Schlüssels 1:60, hilfsweise 1:80 erfolgt.

Um unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, sollte sichergestellt werden, dass sich der gesetzlich vorgesehene Schlüssel auf die vorhandenen und belegbaren Pflegeplätze bezieht und nicht auf die tagesaktuelle Auslastung mit ggf. entsprechenden Schwankungen. Zu klären wäre weiter, dass ggf. aufgrund von Personalmangel stillgelegte Pflegeplätze später noch einbezogen werden können, wenn die Stilllegung wieder aufgehoben werden konnte.

Zu begrüßen ist, dass die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch erhalten, auf Antrag schnell und unbürokratisch diese zusätzlichen Pflegekräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen. Zu den zusätzlichen Aufwendungen gehören auch die Verbrauchsgüter nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 SGB XI. Der Verweis auf § 84 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 SGB XI ist entsprechend zu ergänzen. Über den Verweis auf § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 wird zusätzlich sichergestellt, dass die konkrete Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zugrunde gelegt werden kann. Für die Pflegekassen besteht kein Verhandlungsmandat. Im Gegenzug ist es sachgerecht, dass die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 (Personalabgleich) und Absatz 7 nachzuweisen sind.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. Und, um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen, was ausdrücklich begrüßt wird.

Die Regelungen, die der GKV-Spitzenverband zur Antragstellung und zum Zahlungsverfahren zu treffen hat, sind im Gesetz dennoch mit einer zeitlichen Frist zu versehen, damit die Einrichtungen zeitnah zum Inkrafttreten des Gesetzes am 01.01.2019 von der Regelung Gebrauch machen können. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bereits ab Antragstellung - frühestens ab dem 01.01.2019 – möglich ist und auch Sach- und Verwaltungskostenanteile mitfinanziert und nicht nur die reinen Personalkosten der Stellen. Die Regelungen des GKV-Spitzenverbands sind gem. Kabinettsentwurf dem

BMG zur Genehmigung vorzulegen, welches sich zudem mit dem BMFSFJ dazu ins Benehmen setzt. Letztlich muss gewährleistet sein, dass Einrichtungen in einer der Stellenaufstockung nachfolgenden Pflegesatzvereinbarung gem. § 84 Absatz 5 SGB XI den Personalschlüssel im Umfang der erfolgten Aufstockung nicht absenken.

Lösungsvorschlag

- Der Umlagebetrag von 640 Millionen € gem. § 37 Absatz 2a des SGB V muss im ersten Jahr der Anwendung im Bedarfsfall zwingend um die erforderliche Summe aufgestockt werden, die nötig ist, um allen Einrichtungen die Nutzung zu ermöglichen.
- Zur Vermeidung unnötiger Härtefälle unterhalb der Schwellenwerte soll die Regelung zur Personalaufstockung grundsätzlich vorsehen, dass diese im Verhältnis des Schlüssels 1:60, hilfsweise 1:80 erfolgt.
- In der Begründung ist zu konkretisieren, dass zur Umsetzung der Regelung Stellenanteile auch mehrere Personalstellen aufgestockt werden können.
- In § 8 Absatz 6 Satz 6 soll zusätzlich geregelt werden, dass Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen die Möglichkeit erhalten, einen Vergütungszuschlag für mehr als 2 Vollzeitstellen zu erhalten. Ebenfalls im Sinne einer bürokratiearmen Umsetzung ist ein vereinfachtes Antrags- und Nachweisverfahren zu wählen. Hier bietet sich in Anlehnung an die Anlage 1 Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017.
- In § 8 Abs. 6 ist auch auf die Anwendung von § 84 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 SGB XI hinzuweisen.

§ 8 Absatz 7 Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2019 bis 2024 Mittel in Höhe von 10 Mio. für die bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Gesetzeswortlaut können sowohl ambulante als auch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Fördersumme in Höhe von bis zu 7.500 Euro jährlich in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass maximal 13.000 Einrichtungen gefördert werden können, mithin also nur die Hälfte aller ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen in Deutschland. Es ist sicherzustellen, dass jede Pflegeeinrichtung den Zuschuss in Anspruch nehmen kann. Mithin wäre die Summe aus dem Ausgleichsfonds also zu verdoppeln.

Der Gesetzentwurf umfasst aus Sicht der BAGFW alle relevanten Bereiche, die zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Pflegekräften beitragen, indem sowohl individuelle Maßnahmen wie Kinderbetreuung und die Sicherstellung der Pflege der eigenen Angehörigen am Wochenende, in Randzeiten oder während der Nachtschichten als auch strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung des Personalmanagements von der Förderfähigkeit umfasst sind. Dazu zählt die Schaffung attraktiver Arbeitszeitmodelle, welche die Selbständigkeit und Handlungsautonomie der Pflegekräfte erhöhen, eine Verbesserung der Dienst- und Schichtpläne zur Förderung einer ausgewogenen Gestaltung von Arbeit und Freizeit sowie ganz wesentlich auch die Etablierung einer wertschätzenden Unternehmenskultur und die Stärkung von Management- und Führungskompetenzen. Wir weisen darauf hin, dass die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend sein wird, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in tragereigenen Strukturen gefördert werden soll. **Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von 5 Jahren vorgesehen werden können.** Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, sollten zudem in das Folgejahr übertragen werden können. Dieser Forderung der BAGFW wurde im vorliegenden Gesetzentwurf Rechnung getragen, was wir sehr begrüßen. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass alle investiven Ausgaben, z.B. für die Angebote der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, nicht im Pflegegesetz geltend gemacht werden können. Daher bleibt die Ko-Finanzierung von 50 Prozent, die von den Einrichtungen aufzubringen ist, ungeklärt. Es ist daher zu befürchten, dass die Fördermöglichkeiten im investiven Bereich nicht in Anspruch genommen werden. Den für die Verteilung der Fördermittel gewählten Ansatz einer Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf Länderebene erachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nicht für sachgerecht. Die Fördermittel sollten schnell und unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden. Ein bewährtes und bekanntes Verfahren zur Festlegung von Verteilungen zwischen den Bundesländern bildete der Königsteiner Schlüssel, der festgelegt, wie die einzelnen Länder der Bundesrepublik Deutschland an gemeinsamen Finanzierungen zu beteiligen sind. **Daher schlagen wir eine Verteilung der Fördermittel gemäß dem Königsteiner Schlüssel vor;** dieser kommt beispielsweise auch bei der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts nach § 45c SGB XI zur Anwendung. Anträge sollten auch

rückwirkend zum Inkrafttreten des Gesetzes gestellt werden können, da die Förderlinien erst zum 31. März 2019 verabschiedet werden sollen.

§ 8 Absatz 8 Förderung des Entlastungspotentials digitaler Anwendung in der Pflege

Die Chancen der Digitalisierung in der Pflege können nur unter Partizipation aller relevanten Akteure und mit einer längerfristigen Förderphase nachhaltig und im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer sinnvoll genutzt werden.

Zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege fördert die Pflegeversicherung bis zum Jahr 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen. Die Verbände der BAGFW begrüßen die Förderung von digitalen Lösungen in der Altenpflege. Allein das Vorhandensein von Pflegesoftware kann einen Wettbewerbsvorteil für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen darstellen, da dadurch nicht nur vorhandenes Personal entlastet, sondern auch zusätzliche Anreize bei der Personalakquise geschaffen werden können. Die Förderung digitaler Lösungen im Bereich der Altenpflege ist nach Auffassung der BAGFW deshalb eine zwingend notwendige Maßnahme, um zur Aufwertung des Berufes beizutragen und im Wettbewerb um Auszubildende bestehen zu können. Zudem vermag der kluge Einsatz moderner Technologien Pflegekräften im verdichteten Arbeitsalltag wieder mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zu schaffen. Vor allem aber, ist zu erwarten, dass digitale Anwendungen einen (messbaren) Nutzen für die pflegebedürftigen Menschen selbst erzeugen können.

Um die maximale Fördersumme zu erhalten, ist ein Investitionsvolumen von 30.000 Euro pro Organisation notwendig. **Zur nachhaltigen Nutzung der Potenziale, welche die Digitalisierung für ambulante und stationäre Einrichtungen bietet und zur technischen und digitalen Aufwertung der Altenpflege erscheint die in Aussicht gestellte Fördersumme vor dem Hintergrund der Variationsbreite der benötigten Anschaffungen und dem in den ambulanten und stationären Einrichtungen vorherrschenden Investitionsstau jedoch als zu gering bemessen.** So umfassen digitale und technische Anwendungen eine große Bandbreite an verschiedenen Produktgruppen, angefangen bei elektronischen Dokumentations- und Kommunikationssystemen, über vernetzte Technologien im Sinne von „Active Assisted Living“ oder „Mensch Technik Interaktion“ bis hin zu Pflegerobotik, die sich wiederum durch unterschiedliche Zielsetzungen und Aufgabenstellungen auszeichnen.

Um die Digitalisierung in der Pflege nachhaltig voranzutreiben, müssen Investitionen in all diesen Bereichen getätigt werden und nicht nur in einem spezifischen Bereich. Hinzu kommt, dass die Einbindung von digitaler und technischer Ausrüstung in die Strukturen und Prozesse der Organisationen nicht mit der Anschaffung endet, sondern damit erst beginnt. Investitionen in digitale und technische Anwendungen übersteigen häufig die Summe von 30.000 Euro, da ein aufwendiger Organisationsentwicklungsprozess angestoßen wird, der über die einmalige Anschaffung eines

Gerätes mit entsprechenden Lizenzen hinausgeht. Es müssen ebenso die Aufwendungen für Schulungen, Aus- und Weiterbildungen, Systempflege und -wartung, Administration sowie für fachliche Begleitung eingerechnet werden. Insofern geht mit der Implementierung von digitalen und technischen Investitionen nicht nur eine Entlastung einher, sondern gerade zu Beginn auch ein zusätzlicher Aufwand.

Die BAGFW spricht sich daher für eine Erhöhung des Förderbetrages auf ein bedarfsgerechtes Niveau aus und regt zusätzlich die Berücksichtigung der im Zusammenhang mit der Implementierung stehenden Mehraufwendungen an.

Weiterhin gilt es, die zeitlich viel zu begrenzte Limitierung des Zuschusses auf das Jahr 2021 aufzulösen und eine längere Förderphase z.B. bis zum Jahre 2025 vorzusehen, da gerade im Zusammenhang mit Weiterentwicklungen und Updates der Hard- und Software kontinuierliche Kosten anfallen können; insbesondere vor dem Hintergrund des Erwerbs von Lizenzen. Die oftmals nur sehr kurze Halbwertszeit von digitalen und technischen Anschaffungen gilt es daher entsprechend weiterführend zu berücksichtigen. Eine längere Inanspruchnahme von Fördergeldern ist aus unserer Sicht auch deshalb notwendig, um digitale Lösungen nachhaltig und mit Erfolg in Organisationsstrukturen zu integrieren. Anderenfalls bleibt es bei einer lediglich punktuellen und eher symbolischen Finanzierung, die allenfalls die Interessen der Digital-Industrie bedient. Es gilt jetzt, die digitale Transformation der Dienste und Einrichtungen der Pflege anzuschieben und offensiv und innovativ zu gestalten. Bei einer maximalen Ausschöpfung der Fördersumme von 12.000 Euro verbleibt immer noch ein Eigenanteil von 18.000 Euro für die Einrichtungen. **In ihrer gesamten Wirkung darf die Anschubfinanzierung nicht zu einer Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten führen.**

Die Regelung sieht vor, dass die digitalen Anwendungen insbesondere beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren, bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen und stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege gefördert werden. Die Beurteilung von vernetzten digitalen und technologiebasierten Lösungen in der Pflege auf ihre nachhaltige Wirkung auf den Pflegeprozess und die Stärkung des Pflegepersonals nach überprüfbaren Kriterien steht erst am Anfang. Die in der BAGFW organisierten Verbände weisen darauf hin, dass die Anschaffung von digitalen Lösungen ohne dass daraus für das Pflegepersonal und die pflegebedürftigen Menschen nach festgelegten Kriterien überprüfbare Vorteile entstehen, nicht Absicht dieser Regelung sein kann. Die ePflege-Studie des BMG (2017) hat gezeigt, dass die Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologie-Anwendungen häufig an den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer, d.h. der Pflegekräfte und der pflegebedürftigen Leistungsempfänger, vorbeigeht. Die Erfahrung zeigt, dass zuweilen teure digitale Investitionen getätigt werden, die dann nicht zum Einsatz kommen, weil die Nutzerinnen und Nutzer nicht richtig einbezogen wurden. **Mit der Förderung muss daher ein partizipativer Ansatz in den Schulungen der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbunden sein mit dem Ziel der Prüfung, inwieweit die förderfähigen Maßnahmen wirklich zu einer Entlastung der Pflegekräfte und zur Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen beitragen können. Die beispielhafte Aufzäh-**

lung der förderfähigen Maßnahmen muss deshalb nach unserer Auffassung im Gesetzestext konkretisiert und erweitert werden.

Ferner ist die tatsächliche Wirksamkeit vieler digitaler und technischer Produkte nicht erwiesen, was aber eine Grundvoraussetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und § 29 SGB XI darstellt und zu Recht die Voraussetzung für eine Finanzierung durch die sozialen Sicherungssysteme bildet. Denn genau wie bei Arzneimitteln sollten auch im Bereich der Digitalisierung – zumindest bei solchen Produkten, die einen medizinisch-pflegerischen Nutzen am Menschen versprechen – nur solche Produkte finanziert werden, die einen nachgewiesenen Nutzen haben. **Hier bedarf es daher begleitend einer entsprechenden Förderung von Forschungsprojekten.**

Ziel der Förderung ist laut der Regelung die Entlastung der Pflegekräfte. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege gehen davon aus, dass die Entlastung der Pflegekräfte den Pflegebedürftigen im Sinne von mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Beziehungsarbeit zu Gute kommen soll, was wir ausdrücklich begrüßen. Nichtsdestotrotz sind digitale und technische Anwendungen alleine nicht in der Lage, einem von Fürsorglichkeit geprägten Verständnis von Pflege entsprechen zu können. Aus Sicht der BAGFW sollte sich der digitale Wandel daher grundsätzlich auf das Unterstützen und nicht das Ersetzen von pflegerischen Dienstleistungen beziehen, da ansonsten die Gefahr einer Enthumanisierung der Pflege – und damit eine erhebliche Beeinträchtigung der Daseinsvorsorge – besteht.

Ebenso ist nicht alles, was technisch möglich ist, auch gesellschaftlich wünschenswert, insbesondere vor dem Hintergrund einer Ethik, die die Würde des Individuums in den Vordergrund stellt. Aktuell werden digitale Produkte oft am Markt vorbei entwickelt, was häufig auch durch das fehlende Verständnis für pflegerische Theorien, Erfahrungen, Aufgaben, und Prozesse der hier dominierenden Akteure bedingt ist. Diesen angebotsinduzierten Top-down Prozess gilt es daher durch einen nachfrage- bzw. bedarfsorientierten Bottom-up Prozess abzulösen. **Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang die Etablierung von partizipatorischen Entwicklungsprozessen, in die alle relevanten Akteure mit einbezogen werden sollten, konkret in Form eines Runden Tisches „Digitalisierung in der Pflege“, um ethische, technische, qualitative und finanzielle Aspekte zu beraten und Empfehlungen auszusprechen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände fordern daher eine stetige Beteiligung an diesem Verfahren.**

Anträge sollten auch rückwirkend zum Inkrafttreten des Gesetzes gestellt werden können, da die Förderrichtlinien erst zum 31. März 2019 verabschiedet werden sollen.

§ 8 Absatz 9: Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Kosten der Maßnahmen nach § 8 Absätze 5, 7 und 8

Der Anteil der privat Versicherten in Deutschland an den insgesamt kranken- und pflegeversicherten Personen beträgt im Jahr 2018 10,72 Prozent. Der Gesetzentwurf

sieht im Unterschied zum Referentenentwurf jedoch nur eine Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung an den Kosten, die gemäß der Absätze 5, 7 und 8 entstehen vor. Die privat Versicherten profitieren jedoch in gleichem Maße von den 13.000 zusätzlichen Pflegepersonalstellen sowie von den Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wie die gesetzlich Versicherten. Die private Versicherung sollte daher im Umfang von 10 Prozent zur Beteiligung an den Kosten herangezogen werden.

Lösungsvorschlag:

In § 8 Absatz 9 Satz 1 wird die Zahl „7“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

§ 33 Leistungsvoraussetzung

Die in Absatz 1 Satz 3 vorgeschlagene Änderung der Formulierung dient der Klärung des Sachverhalts.

§ 33 SGB XI regelt zudem, dass Leistungen auch befristet gewährt werden können. In diesem Zusammenhang weisen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf das Problem hin, dass pflegebedürftigen Menschen nach Aufenthalt im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in der Regel nur ein vorläufiger Pflegegrad nach Aktenlage zugeordnet wird. Dies ist in der Regel Pflegegrad 2.

Der vorläufige Pflegegrad entspricht häufig nicht der tatsächlichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit und Fähigkeiten/ dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten. Dies führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste.

Diese Zuordnung schafft beispielsweise dann Probleme, wenn ein pflegebedürftiger Mensch nach Krankenhausaufenthalt noch nicht zuhause gepflegt werden kann, sondern in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegt werden muss, weil der pflegerische Aufwand zu hoch ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich daher seit Jahren dafür ein, dass bei verkürzten Fristen kein vorläufiger Pflegegrad gewährt wird, sondern die Zuordnung zu einem konkreten Pflegegrad entsprechend des tatsächlichen Aufwands erfolgt. Alternativ soll in diesen Fällen auch regelhaft die Zuordnung zu Pflegegrad 4 vorgenommen werden können. Die Zuordnung sollte unter Zuhilfenahme der Befristungsregelung des § 33 Absatz 1 Sätze 4 und 5 befristet werden.

Lösungsvorschlag:

In § 18 Absatz 3 soll Satz 6 daher wie folgt gefasst werden:

„In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 vorliegt. Es muss eine Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 erfolgen. Diese Zuordnung ist nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 und 5 zu befristen.“

§ 37 Absatz 3 Neuregelungen zur Vergütung der Beratungseinsätze i.V. mit § 106a Mitteilungspflicht und i. V. mit § 146 (neu) Übergangs- und Überleitungsregelungen

Die Vergütungssätze für die Beratungsbesuche sollen zukünftig nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Diese Neuregelung begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich. Der Vereinbarungsauftrag des § 89 SGB XI wird damit hinsichtlich der Vergütung für Beratungsbesuche erweitert. Über den Verweis auf § 89 SGB XI ist zum einem die gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 SGB XI gewährleistet und zum anderen indirekt sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind.

Die Änderung in § 37 Absatz 3 Satz 5 SGB XI verweist zwar auf die entsprechende Anwendung des § 89 SGB XI. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände halten es dennoch für erforderlich, auch in § 89 durch eine entsprechend Einfügung in Absatz 1 auf die Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI zu verweisen, um die Regelungskompetenz zur Vereinbarung der Vergütungssätze in § 89 SGB XI eindeutig zu statuieren.

Durch die Streichung des bisherigen Satzes 5 „Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro“ und die Zuordnung zum Vereinbarungsauftrag nach § 89 SGB XI wird es möglich, dass eine wirtschaftliche und leistungsgerechte Vergütung verhandelt werden, bei der auch die tarifliche Vergütung bzw. Vergütung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Damit wird die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, dass die Vergütung der Beratungsbesuche den steigenden Qualitätsanforderungen an die Beratungsbesuche entspricht. Durch die Streichung von Satz 5 wird auch auf die bisherigen pflegegradgruppenbezogene Vergütungsstruktur verzichtet. Die Vertragspartner nach § 89 SGB XI können die Vergütungssätze gestaffelt für alle Pflegegrade vereinbaren. Dabei bleibt es ihnen überlassen, ob Vergütungssätze für jeden Pflegegrad separat vereinbart oder entsprechend dem geltenden Recht Gruppen gebildet werden.

Um die Vergütungsneuregelung zeitnah umzusetzen, bedarf es der Aufnahme von Anhaltswerten in die Gesetzesbegründung zu Artikel 11 Nr. 4. Hierzu schlagen wir die folgenden Anhaltswerte vor: Die Beratungsdauer umfasst nach dem Potsdamer Projekt im Gesamtdurchschnitt 41 Minuten pro Besuch, unsere Erfahrungswerte liegen bei ca. 45 Minuten pro Besuch. Hinzu kommen noch Wegezeiten sowie Vor- und Nachbereitungszeiten. Folglich kann im Durchschnitt von einer Dauer von einer Stunde pro Beratungsbesuch ausgegangen werden. Bei den Beratungsbesuchen sind erfahrene Pflegefachkräfte mit einer Beratungsqualifikation einzusetzen. Wir gehen hier von einer Zugrundelegung von durchschnittlich 50.000 bis 55.000 Euro Kosten je Pflegefachkraft, abhängig vom zugrundeliegenden Tarifwerk, kirchlichen

Arbeitsrechtsregelungen sowie anderen arbeitsvertraglichen Regelungen und dem jeweiligen Bundesland/Geltungsbereich aus.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es ebenfalls für sachgerecht und begrüßen, dass die Pflegekassen im Land in Anlehnung an die vereinbarten Vergütungssätze nach § 89 SGB XI mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen für durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführte Beratungsbesuche festlegen. Dies dient auch dem Bürokratieabbau.

Der gesetzliche Auftrag an die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b SGB XI bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen, gilt weiterhin. Hierzu liegt eine Entscheidung des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege vor. Diesen Empfehlungen stimmen wir inhaltlich zu; sie sind aber nicht im Rahmen der noch bis mindestens zum 31.12.2018 geltenden gesetzlich festgelegten Vergütungshöhe wirtschaftlich und leistungsgerecht zu erbringen. Wir schlagen deshalb vor, dass die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 und die Neuregelungen zur Vergütung der Beratungsbesuche zeitgleich zum 01.01.2019 in Kraft treten sollen.

§ 37 Absatz 4 Einwilligung in Beratungsbesuche i.V. mit § 106 a Mitteilungspflicht

Durch die Einfügung der neuen Sätze 2 und 3 in § 37 Absatz 4 (und die entsprechenden Ergänzungen in § 106a) soll es zukünftig möglich sein, dass die Beratungsperson, die die Beratungsbesuche durchführt, der zuständigen Pflegekasse bzw. dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen mitteilt, dass nach ihrer Überzeugung eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen angezeigt ist. Die Pflegekasse kann dann auf die Versicherte / den Versicherten zugehen und ihr / ihm ein Beratungsangebot machen, das diese/r auch ablehnen kann.

Wir halten diese Regelung für sachgerecht, da sie einerseits einer Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dienen kann und andererseits die /der Pflegebedürftige die ihr / ihm von der Pflegekasse angebotene Beratung auch ablehnen kann.

§ 37 Absatz 5 Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche

Durch eine Ergänzung in § 37 Absatz 5 sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden, indem festgelegt wird, dass die Empfehlungen wenigstens Ausführungen zu Beratungsstandards, zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen, sowie zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall enthalten sollen.

„Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“

Diese Konkretisierung ist aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege zwar zu begrüßen, sie geht aber nicht weit genug. Nach Auffassung der BAGFW müssen die Empfehlungen auch Ausführungen zur standardisierten Dokumentation und zu dem in § 37 Absatz 4 Satz 2 SGB XI geregelten einheitlichen Formular zur Mitteilung der Ergebnisse des Beratungsbesuche an die Pflegekasse umfassen, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Es ist eine Verschränkung zwischen Absatz 5 und Absatz 2 Satz 2 erforderlich.

Lösungsvorschlag:

§ 37 Absatz 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung entsprechend den Empfehlungen nach Absatz 5.“

§ 37 Absatz 5a Richtlinien des GKV-SV zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Nach § 37 Absatz 5a neu erhalten der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Kompetenz bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen zu beschließen. Die standardisierte Dokumentation darf unserer Auffassung nach nicht einseitig durch die Richtlinien des GKV-SV festgelegt werden, sondern muss Inhalt der Empfehlung nach § 37 Absatz 5 SGB XI sein. Analog zu § 17 Abs. 1a. SGB XI sind die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an den Richtlinien zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Lösungsvorschlag:

§ 37 Absatz 5a neu Satz 1 neu ist wie folgt zu fassen:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und ~~standardisierten Dokumentation~~ der Erkenntnisse aus dem je-

weiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen

Die BAGFW begrüßt die Klarstellung, dass sich die Tätigkeit der Präsenzkraft in ambulant betreuten Wohngruppen u.a. auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung bezieht. Dazu zählt beispielsweise auch die Organisation der Haushaltskasse der Wohngruppenmitglieder.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen auf drei weitere Probleme aus der Umsetzungspraxis des § 38a SGB XI hin, die mit dem neuen Gesetzentwurf beseitigt werden sollen:

1. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person – nicht einen Dienst – beauftragen müssen.
2. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang einer vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, wenn „ die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung (...) (der) eigenen Ressourcen und (...) des sozialen Umfelds“ der Bewohnerinnen und Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält

die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen. Es muss jedoch ein Kriterium geben, nach welchem ambulant betreute Wohnformen von stationären Wohnformen abgegrenzt werden können, damit der Wohngruppenschlag tatsächlich nur für ambulante Wohnformen zum Tragen kommt. Als Kriterium schlagen wir vor, ob die Wählbarkeit der Leistungen nach § 38 Absatz 1 Nr. 2 und 3 tatsächlich gegeben ist.

Des Weiteren lehnen die Verbände der BAGFW die Regelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a nach § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI ab. Hintergrund der Regelung dürften bekannte Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreute Wohngruppen eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der Wohngruppenschlag kann auch nicht für Tagespflege zweckentfremdet werden, denn er darf nur zur Finanzierung der Präsenzkraft verwendet werden, welche jedoch ausdrücklich nicht pflegen darf, sondern unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten soll. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung in der WG durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK.

Lösungsvorschlag:

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände lehnen eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts hinsichtlich der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege durch Menschen, die in ambulanten Wohngruppen leben, ab und fordern daher die Streichung des § 38a Absatz 1 Satz 2.

Der Begriff „Anbieter der Wohngruppe“ in § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zu nicht nachvollziehbaren Leistungsausschlüssen. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz zu streichen. und durch folgende Formulierung zu ersetzen, die eine Abgrenzbarkeit von ambulanten und stationären Wohnformen zu ermöglicht:

„Eine ambulante Wohngruppe im Sinne des Absatz 1 liegt nur vor, wenn die Wählbarkeit der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 rechtlich gewährleistet ist. Die von der Gemeinschaft gemeinsam getroffenen Entscheidungen gelten dabei nicht als Einschränkung der Wahlrechte nach Satz 1“ Wir schlagen vor, diese Formulierung als neuen Absatz 2 auszugestalten.

Präsenzkkräfte werden zumeist von Pflegediensten gestellt. Das sieht auch die Gesetzesbegründung zu § 38a ausdrücklich vor. „Personen“ im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 können sowohl juristische als auch natürliche Personen sein.

Daher sollen in Nummer 3 vor dem Wort „Person“ die Wörter „natürliche oder juristische“ eingefügt werden.

§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds

Das Bundesversicherungsamt wird als Rechtsvertreter des Sondervermögens des Pflegevorsorgefonds mit der Neuregelung konkret benannt. Dies ist aufgrund der Funktionen, die das Bundesversicherungsamt in Bezug auf die Kontrolle von Anlagevermögen und aufgrund seiner sonstigen Sachkompetenzen ausübt, sachgerecht.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen im Übrigen die Funktion des Pflegevorsorgefonds kritisch. Sie fordern, den Pflegevorsorgefonds umzuwidmen, da die mit seiner Einführung intendierte Funktion, die Beitragsentwicklung in der Pflegeversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung abzufedern, nicht erreicht werden kann. Der dahingehende Antrag der LINKEN wird daher unterstützt.

In der derzeitigen langanhaltenden Niedrigzinsphase sind für den Pflegevorsorgefonds sogar Negativzinsen zu zahlen. Seine Funktion, einen Beitrag zur nachhaltigen Demographie festen Finanzierung der Pflegeversicherung zu leisten, kann er daher nicht erfüllen. Mit den jährlich zur Verfügung stehenden Mitteln des Fonds in Höhe von 1,2 Mrd. Euro könnten ca. 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen für Pflegefachkräfte finanziert werden, ohne die Leistungsempfänger mit zusätzlichen Kosten zu belasten.

Berlin, 04.10.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (Elisabeth.fix@caritas.de)