



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

A. Zusammenfassende Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt die mit dem Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), der als „Sammelsurium-Gesetz“ viele Einzelpunkte regelt.

1. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen insbesondere die Ansätze zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung. Die BAGFW hatte sich schon seit langem für die Einführung eines Netzwerkkoordinators für die vor Ort bestehenden Angebote und Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung eingesetzt und Vorschläge für die Finanzierung sowie für die Koordinierungsaufgaben unterbreitet. Diese finden sich weitgehend im vorgelegten Gesetzentwurf. Angeregt wird, die Fördersumme für die Netzwerkkoordination so zu erhöhen, dass eine 0,75 Stelle VZÄ förderfähig ist und die Förderung auf Grundlage der Grundlohnsummenbindung zu dynamisieren. Im Bereich der SAPV sind neben den schon bestehenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen psycho-soziale Leistungen zu ergänzen; das bisherige Leistungsspektrum wird dem Modell des „Total pain“ ohne die psycho-soziale Dimension nicht gerecht. Zudem bedarf es wesentlich differenzierter Daten und Aussagen über die Entwicklung der SAPV, um weiße Flecken im Versorgungsgeschehen entdecken und diese Versorgungsform weiterentwickeln zu können. Im Bereich der stationären Hospize sehen wir die Notwendigkeit der gesetzlichen Normierung eines Verfahrens für die Entwicklung und Erprobung von Anforderungen und Kriterien für ein Qualitätsprüfungsverfahren und –instrument. Zur Weiterentwicklung der mit dem HPG eingeführten gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V soll der GKV im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern verpflichtet werden, eine Erhebung zu den Struktur- und Prozessdaten durchzuführen.
2. Im Bereich der medizinischen Vorsorge wird mit Nachdruck begrüßt, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie stationäre Vorsorgeleistungen mit dem Gesetzentwurf von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden. Dafür wir hatten sich die Verbände seit langem eingesetzt.
3. Beim QS-Verfahren wird ein Auseinanderdriften der Qualitätssysteme der GKV und der DRV befürchtet, dies auch vor dem Hintergrund des Gesetzentwurfs zum Digitalen Rentengesetz, das das Zulassungsverfahren der Reha im SGB VI neu ordnet. Es bedarf der Verpflichtung einer Zusammenführung der beiden QS-Verfahren zu einem einheitlichen Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX, da die Einrichtungen

sowohl Versicherte nach dem SGB V als auch nach dem SGB VI versorgen. Abgelehnt wird auch, dass der GKV-Spitzenverband künftig einseitig die Daten zur externen Qualitätsversicherung veröffentlichen kann und auf dieser Grundlage sogar Empfehlungen an die Versicherten abgeben kann. Da sich die Datenerhebung der Qualitätssicherung über einen Zeitraum von 3 Jahren erstreckt und damit die Qualitätsberichte nur in diesem Zyklus veröffentlicht werden, bedarf es zudem eines Korrekturmechanismus, um die Aktualität der Daten sicherzustellen.

4. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bitten den Gesetzgeber, einen unbeabsichtigten Kollateralschaden des TSVG bei den Heilmittelerbringerverträgen zu korrigieren: Die Krankenkassen haben auf Landesebene geschlossene Verträge mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe, welche selbst im Rahmen eines multiprofessionellen Teams Heilmittelerbringer beschäftigen, mit Verweis auf die neue Rechtsgrundlage bundesweiter Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V gekündigt. Das bedroht die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in den genannten Einrichtungen. Das Problem gilt es zu heilen.
5. In mehreren Stellungnahmen haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege immer wieder auf das Problem des Präqualifizierungserfordernisses der Pflege- und Behinderteneinrichtungen bei der Hilfsmittelversorgung hingewiesen. Auch hier verweisen die Krankenkassen auf die bestehende Rechtsgrundlage, die sie zu einem Präqualifizierungsverfahren der Einrichtungen zwingt. Da die Einrichtungen Hilfsmittel nur zum Ge- oder Verbrauch abgeben, jedoch weder herstellen noch anpassen, sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Präqualifizierungsanforderungen erfüllt sind, wenn die bisherigen vertraglichen Grundlagen, wie z.B. der Versorgungsvertrag, zur Hilfsmittelversorgung berechtigen.
6. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich grundsätzlich für die Stärkung der Tarifbindung ein. Die Anerkennung der Tarifbindung bei der Versorgung mit Haushaltshilfe ist bislang in § 132 SGB V, anders als in der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V, nicht geregelt. Auch hier sehen die Verbände daher Nachbesserungsbedarf, nicht nur, aber auch gerade vor dem Hintergrund der Mindereinnahmen und Mehraufwendungen in der Pandemie.
7. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass die Krebsberatungsstellen mit diesem Gesetzentwurf, wie von ihnen lange gefordert, eine stabile Finanzierungsgrundlage erhalten. Ebenso positiv zu bewerten ist die Einführung einer psychosozialen Beratungsmöglichkeit. Beim Förderverfahren sollte den maßgeblichen Trägerverbänden noch ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden.
8. Begrüßt wird die Etablierung einer Gesetzesgrundlage über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und des Gesundheitspersonals. Besonders zu würdigen ist die Möglichkeit zu einem regionalen Fachkräftemonitoring, insbesondere angesichts des Fachkräftemangels in allen Berufszweigen des Gesundheitswesens. Wünschenswert wäre sowohl in Bezug auf die Pflegeberufe als auch die therapeutischen Berufe, dass auch Fachweiterbildungen und Versorgungsschwerpunkte in dieser Statistik erfasst werden. Bezüglich des Fachkräftemonitorings im Bereich der Pflege sollte zunächst eine Priorisierung der für den Roadmap-Prozess nach § 113c SGB XI benötigten Daten erfolgen. In der Stellungnahme werden detaillierte Vorschläge zur Konkretisierung der Datenerhebung zu standardisierten Kennzahlen gemacht. Insbesondere bedarf es auch der Einführung statistischer Angaben darüber, wo und

wie versorgt die Menschen in Deutschland sterben. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, die Frist für die Erprobung der akademischen Ausbildung in den therapeutischen Berufen der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie auf max. 31.12.2024 zu begrenzen.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **§ 23 Ambulante Vorsorgeleistungen**

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von einer Ermessensleistung („Kann“) in eine Pflichtleistung umgewandelt. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände. Durch die Regelung wird der Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt. Dies ist angesichts des in den letzten Jahren zu verzeichnendem stetigen Rückgang der Vorsorgeleistungen nachhaltig zu begrüßen.

Des Weiteren setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, wie bereits in mehreren Stellungnahmen ausgeführt, nachdrücklich dafür ein, dass der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationärer Maßnahmen für pflegende Angehörige nicht nur bei der medizinischen Rehabilitation aufgehoben wird, sondern gerade auch bei der medizinischen Vorsorge. Da für diese Zielgruppe ambulante Maßnahmen in der familiären Situation praktisch nur schwer nutzbar sind, sollte gerade bei dieser Zielgruppe bei Bedarf ein früherer Zugang in gesundheitspräventive Angebote auch in einem stationären Setting ermöglicht werden.

Änderungsbedarf:

§ 23 Absatz 4 zweiter Halbsatz wird aufgehoben und ersetzt durch folgenden neuen Satz ersetzt:

„Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht, unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht.“

Hospiz- und Palliativversorgung

§ 39a Absatz 2 Ambulante Hospizleistungen - Stärkung der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit durch eine gesonderte Rahmenvereinbarung

Nach Auffassung der BAGFW haben Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien/Zugehörigen in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung besondere Bedürfnisse. So erfolgt z.B. die Begleitung der erkrankten Kinder und Jugendlichen unter Begleitung der Kernfamilie - hierzu zählen die Eltern und Geschwister. Des Weiteren gibt es besondere Krankheitsbilder wie z.B. erblich bedingte Stoffwechselkrankheiten, die lebensbegrenzend sind, Muskelerkrankungen mit degenerativem Verlauf und besonders häufig intermittierende Krankheitsverläufe. Folglich wird die Option einer gesonderten Rahmenvereinbarung für die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit für sachgerecht gehalten.

§ 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkoordinator/in

Für die Begleitung, Beratung und Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Menschen müssen alle Helfenden, z.B. Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Ehrenamtliche, Sozialarbeiter/innen oder Seelsorgende und alle Einrichtungen und Dienste, z.B. Krankenhäuser, Palliativstationen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize oder ambulante Pflege- und Hospizdienste eng zusammenarbeiten. Hospiz- und Palliativ-Netzwerke arbeiten am erfolgreichsten und effektivsten, wenn sie eine Instanz zur Koordinierung haben. Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGFW die Einführung der Förderung der Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke nachdrücklich. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

In der Überschrift zu § 39d sowie im Gesetzestext ist gendergerecht die weibliche Form „Netzwerkkoordinator/in“ einzufügen

Absatz 1 Fördersumme der Netzwerkkoordination

Die BAGFW unterstützt den Lösungsansatz, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem oder mehreren regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkoordinator/in fördern. Die Förderung setzt allerdings voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. Die BAGFW hat die Beteiligung der Kommunen an der Förderung der Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke aktiv eingefordert, da kommunale Netzwerkarbeit auch die Begleitung der Bürger/innen in ihrer letzten Lebensphase im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung umfassen sollte. In den vergangenen Jahren haben sich viele kommunale Träger mit ihrer Unterschrift für die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihre Umsetzung eingesetzt und somit signalisiert, dass ihnen die Förderung der hospizlichen und palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung wichtig ist. Die aktuelle Haushaltslage sollte dieser Intention nicht im Wege stehen.

Um angesichts unterschiedlicher finanzieller Belastungen der Kommunen zu vermeiden, dass eine hälftige Beteiligung der Kommunen an der Netzwerkförderung zu einer Finanzierung „nach Haushaltslage“ führt, schlägt die BAGFW deshalb konkret vor, dass der Zuschuss aus Mitteln der Krankenversicherung nicht ausschließlich um die finanzielle Förderung in Euro und Cent durch die jeweiligen kommunalen Träger zu ergänzen ist, sondern dass auch das jeweilige Land die Möglichkeit haben sollte, diese Förderung bereitzustellen. Des Weiteren spricht sich die BAGFW dezidiert dafür aus, dass es dem jeweiligen kommunalen Träger oder dem jeweiligen Land auch möglich sein sollte, die Förderung in Form von Personal- und/oder Sachmitteln einzubringen, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den Förderzweck zu erreichen.

Angesichts der Tatsache, dass 7 Prozent der Patient/innen in Deutschland privat versichert sind, setzen wir uns für eine entsprechende verpflichtende anteilige Beteiligung der PKV an der Finanzierung ein.

Ballungsgebiete können unterschiedlich groß und sehr unterschiedlich strukturiert sein. Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf nun regelt, dass es dort auch mehrere Netzwerke für verschiedene Teile des Kreises oder der kreisfreien Stadt geben kann und dass hierzu, wie von uns gefordert, Kriterien nach Absatz 3 festzulegen sind. Die maximale Fördersumme pro Netzwerk sollte insgesamt von 30.000 auf 45.000 Euro erhöht werden, um einen Anteil von 0,75 VZÄ-Stelle von insgesamt 1 VZÄ-Stelle, die aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege für eine adäquate Koordination erforderlich ist, fördern zu können. Um Tarifsteigerungen, auf die auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu Recht hinweist, Rechnung tragen zu können, sollte die Fördersumme jährlich auf der Basis der Grundlohnsumme dynamisiert werden.

Änderungsbedarf:

In Satz 4 ist die Zahl „15.000“ durch „22.500“ zu ersetzen.

Absatz 2: Ziel der Förderung und Aufgaben des/r Netzwerkkoordinators/in

Im Gesetzentwurf sind, abweichend vom Referentenentwurf, in Absatz 2 die Ziele der Netzwerkkoordination gestrichen worden. Das halten die Wohlfahrtsverbände für nicht sachgerecht. Um Grundsätze und Kriterien der Förderung begründen zu können, bedarf es einer Definition von Zielen, aus denen sich dann die Aufgaben ableiten lassen. Das Ziel eines regionalen Hospiz- und Palliativ-Netzwerkes ist aus unserer Sicht, in der Region eine abgestimmte, nicht nur vom Engagement einzelner Personen abhängige, nachhaltige und an den Bedürfnissen Betroffener angepasste, strukturierte Beratung, Begleitung und Versorgung systematisch zu entwickeln, zu fördern und zu etablieren. Dabei orientiert sich das Zusammenwirken der Netzwerk-Akteure nicht an einzelnen fachlichen oder organisatorischen Interessen, sondern am Gesamtnutzen für die Betroffenen sowie der Bürger/innen einer Kommune. Im Mittelpunkt des Netzwerks stehen also die Vorteile, die Betroffene von der sektorenübergreifenden Kooperation von Praktiker/innen – etwa bei der Beratung, Begleitung, und Versorgung – in ihrem Alltagsleben vor Ort haben. Die Netzwerkpartner/innen verbindet das Ziel, ein würdevolles Lebensende an allen Orten und in allen Institutionen zu ermöglichen. Netzwerke sind damit ein wichtiges Element bei der Überwindung von Sektorengrenzen und der Sicherung von Versorgungskontinuität. Mit abgestimmten Versorgungsverläufen gilt es, den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Sie stellen so ein Qualitätsmerkmal in der Versorgung dar. Eine entsprechende Zieldefinition sollte somit wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen werden.

Für die erfolgreiche Koordination eines Netzwerkes und seiner Akteure ist die Neutralität, Allparteilichkeit und Unabhängigkeit der mit der Koordination betrauten Person von großer Bedeutung. Als Lösung schlagen wir vor, dass die mit der Koordination betraute Person von den Akteuren des Netzwerkes mit Hilfe eines demokratisch angelegten Prozesses gewählt wird. Dies ist in den Förderrichtlinien festzulegen; die Begründung sollte entsprechend um diesen Aspekt ergänzt werden.

Als wesentlich erachten wir zudem, dass über den/r Netzwerkkoordinator/in das **bürgerschaftliche Engagement sowie die Sorgeskultur in der Region** bzw. Kommune weiter gefördert und unterstützt wird. Wir begrüßen, dass dieser Aspekt nun in die Begründung aufgenommen wurde. Aus Sicht der BAGFW kann ein Netzwerk dazu

beitragen, weitere Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens und der Kommunen, wie z.B. Stadtplaner/innen, Quartiersentwickler/innen, sowie Akteure der lokalen Bürgergesellschaft (Besuchsdienste, Trauergruppen oder Vereine, wie z.B. Bürgervereine, Migrantenvereine) für die Sorgeskultur in der Kommune zu sensibilisieren und bürgerschaftliches Engagement, über ein Engagement in einem ambulanten Hospizdienst hinaus, zu ermöglichen.

Änderungsbedarf:

„Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen, **um regional eine abgestimmte, nachhaltige und an den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste, strukturierte, koordinierte und sektorenübergreifende Beratung, Begleitung und Versorgung systematisch zu entwickeln, zu fördern und/oder zu etablieren.**

Absatz 3: Förderrichtlinien

Die BAGFW begrüßt, dass, wie von ihr gefordert, mit Blick auf die Erstellung der Förderrichtlinien durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen neben den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und dem Verband der privaten Krankenversicherung nun auch die kommunalen Spitzenverbände beteiligt werden.

Weitergehender Änderungsbedarf zum Netzwerkkoordinator

Nach Ansicht der BAGFW sollte die Koordination regionaler Netzwerke nur dann förderfähig sein, wenn es sich um Netzwerke handelt, die Rechte und Pflichten der Mitglieder des jeweiligen Netzwerkes gemeinsam festgelegt haben und auf Grundlage gemeinsamer Leitsätze zusammenarbeiten. Dies ist aus unserer Sicht durch einen freiwilligen Zusammenschluss, z. B. als eingetragener Verein (e. V.), als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) oder ohne Rechtsform auf Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen der in der Region beteiligten Netzwerk-Akteure möglich.

Wir weisen auch darauf hin, dass in der Begründung des Gesetzes an geeigneten Stellen zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass die mit der Koordination betraute Person gewisse Qualifikationen und Kompetenzen mitbringen sollte. Besonders wichtig erscheinen uns in dieser Hinsicht Kenntnis des Feldes und des Sozialraums, hospizlich-palliative Kompetenz, Moderationsfähigkeit sowie ein systemischer Blick. Eine abgeschlossene Berufsausbildung, insbesondere Qualifikationen im Sozial- oder Gesundheitswesen sind unserer Ansicht nach von Vorteil.

Weitergehende Änderungsbedarfe im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung

1. § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - Erweiterung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung um psychosoziale Leistungen

Schwerstkranke und sterbende Menschen leiden nicht nur körperlich. Sie leiden auch an den psychischen, sozialen, seelischen, und finanziellen Folgen ihrer Krankheit. Ziel der Hospizarbeit und Palliativversorgung muss es deshalb auch sein, neben den körperlichen Beschwerden einer unheilbaren Krankheit auch psychische Probleme (z.B. Angst, Trauer) und soziale Probleme (z.B. Einsamkeit, Kommunikation, Einkommensverlust) zu lindern und die letzte Lebenszeit lebenswert zu machen. Symptombelastung und Leid setzen sich aus erlebten Belastungen verschiedener Dimensionen zusammen. Diese Dimensionen werden kategorisiert als physisch (ärztlich und pflegerisch), psychosozial und spirituell. Diese Kategorien sind als gleichwertig behandlungsrelevant anerkannt. Eine Reduktion auf einzelne Elemente wird dem Bedarf nach und Anspruch auf Palliativversorgung nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, je komplexer die Ausgangslage ist. Die Diagnose einer lebensverkürzenden Krankheit und die Auseinandersetzung mit dem Herannahen des eigenen Todes gehören zu den größten Herausforderungen im Leben eines Menschen.

Die Notwendigkeit psychosozialer Leistungen als Teil der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird u.a. durch das anerkannte Modell des „Total Pain“ Konzepts belegt. Symptomprävalenzstudien bei unterschiedlichsten Erkrankungen dokumentieren den (Be-)Handlungsbedarf in den psychischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen – eine effektive und effiziente SAPV Teamstruktur muss diesem Faktor Rechnung tragen können.

Gerade Menschen in der häuslichen Begleitung und Versorgung haben am Lebensende oft einen intensiven Bedarf an dieser multiprofessionellen Unterstützung. Psychosoziale Fachkräfte unterstützen die Betroffenen dabei die Bedeutung ihres bisherigen Lebens zu erkennen und gleichzeitig Sinn in der momentanen, durch Leid und Ausweglosigkeit bestimmten, Situation zu finden. Mit Hilfe einer lösungsorientierten Gesprächsführung helfen psychosoziale Fachkräfte beim Herausarbeiten neuer Lebensperspektiven und neuen Lebensmuts. Psychosoziale Beratung hilft Betroffenen auf der Grundlage von Ressourcenerschließung, basiert auf rechtlichen Grundsätzen und beinhaltet sozialanwaltschaftliches Handeln. Sie unterstützt den Betroffenen in Form von Einzel-, Paar- oder Familien- bzw. Zugehörigengesprächen unter Berücksichtigung individueller sowie kultur- und religionsspezifischer Aspekte.

Um sicherzustellen, dass auch schwerkranke und sterbende Menschen, die ambulant begleitet, beraten und versorgt werden vollumfänglichen Zugang zu hospizlich-palliativen Leistungen erhalten, einschließlich der Unterstützung durch psychosoziale Fachkräfte, bedarf es einer Ergänzung der bestehenden gesetzlichen Grundlage.

Im Versorgungssektor der Palliativversorgung im Krankenhaus ist die Multiprofessionalität einschließlich psychosozialer Leistungen als ein obligates Mindestmerkmal spezialisierter Palliativversorgung operationalisiert.

Auch in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung i. d. F. vom 31.03.2017 wird die Notwendigkeit des Einsatzes einer psychosozialen Fachkraft aufgegriffen. Diese sieht für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen für psychosoziale Fachkräfte einen Stellenanteil von 0,75 Vollzeitäquivalenten vor. Eine analoge Regelung enthält die Rahmenvereinbarung stationäre Kinderhospize (...) vom 31.03.2017.

Nach Auffassung der BAGFW muss der vorliegende Gesetzentwurf eine Gleichbehandlung der ambulant und stationär zu begleitenden und zu versorgenden schwerkranken und sterbenden Menschen herbeiführen. Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ist explizit um psychosoziale Leistungen zu erweitern.

Änderungsbedarf:

§ 37b Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, ~~und~~ pflegerische und **psychosoziale Leistungen** einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen;(...).”

2. § 37b Abs. 4 SGB V Weiterentwicklung des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V (SAPV-Bericht)

Seit Beginn der SAPV 2009 wird regelmäßig ein Bericht zur Versorgungslage in der SAPV erstellt. Seit 2016 ist dies eine Pflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geworden, der dieser Pflicht alle 3 Jahren nachkommt (Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V).

Die Darstellung des Berichts des GKV-SV zur Palliativversorgung beschränkt sich seither allerdings mehr oder weniger nur noch auf einen Aspekt: auf die Darstellung, in welchen Landkreisen es einen Dienstleister mit einem SAPV-Vertrag gibt. Diese Darstellung reicht unseres Erachtens nicht aus, um die Versorgungslage im Bereich der SAPV zu beschreiben. Um eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Bezug auf die Versorgung mit SAPV zu ermöglichen, soll nach Ansicht der BAGFW der SAPV-Bericht differenzierter werden und sich über weitere Themen erstrecken. Aus Sicht der BAGFW fehlt z.B. eine Darstellung der Entwicklung der Beschäftigten in der SAPV, sowie der SAPV-Versorgung in Bezug auf den Umfang der Dienstleistung (Beratung, Koordination, Teilversorgung, Vollversorgung), Erkenntnisse zur leistungsauslösenden Diagnose der Patienten und zum Leistungsbedarf in Verbindung zum Lebensort.

Ziel einer verbesserten Berichtslage wäre es, die tatsächliche Versorgungslage vor Ort zu erfassen, darzustellen und bedarfsgerecht anpassen zu können. Solche Daten würden zudem eine Vergleichbarkeit der SAPV-Versorgung bzw. dem Versorgungsgrad in den verschiedenen Regionen ermöglichen.

Aus unserer Sicht könnte diese qualitativ verbesserte Darstellung der Versorgung mit SAPV im Bericht des GKV-SV zur Palliativversorgung durch die Verknüpfung von

Daten geschehen, die an vielen Stellen bereits vorhanden sind. Das sind insbesondere die Daten der KBV zu den Verordnungen mit SAPV, zu den Ausgaben im Bereich der SAPV und zur Anzahl des Personals in der Palliativversorgung, Daten aus den relevanten Gesundheits- und Pflegestatistiken des Bundesamtes für Statistik wie der Krankheitskostenstatistik, des Gesundheitspersonalmonitoring (vgl. GVWG Artikel 15 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG) als auch durch Daten der Leistungserbringer in der SAPV selbst. Diese sollten bezogen bis auf die der Landkreise dargestellt werden, damit ein realistisches Bild der Versorgung vor Ort gezeichnet werden kann. Die BAGFW sieht in der Weiterentwicklung des Bericht des GKV-SV zur Palliativversorgung den richtigen Ansatz, um verfolgen zu können, wie sich die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in der Fläche etabliert und um evaluieren zu können, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um dem Ziel der Flächendeckung näher zu kommen.

Im Bericht des GKV-SV zur Palliativversorgung sollten nach Ansicht der BAGFW folgende Daten dargestellt werden:

- Anzahl mit SAPV versorgten Versicherten (Alter, Geschlecht, Diagnose) (vgl. Forderung der BAGFW zu § 3 GAPStatG)
- Anzahl der Verordnungen zur SAPV zusätzlich differenziert nach Art (Beratung, Koordination, Teilversorgung, Vollversorgung), Dauer und Häufigkeit der SAPV-Leistung (Erst- und Folgeverordnung);
- Pflegegrad der Patienten (vgl. § 5 GAPStatG)
- Anzahl der Patienten/innen, die in der Häuslichkeit oder in einer Einrichtung des Gesundheits- und Pflegewesens im Rahmen einer palliativen Versorgung verstorben sind, differenziert nach folgenden Versorgungsformen: mit SAPV, mit HKP Nr. 24 a (Symptomkontrolle), hausärztliche Palliativversorgung, besonders koordinierte und qualifizierte palliativmedizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V, im Krankenhaus, in einem stationären Hospiz oder in der stationären Pflege. (vgl. Forderung der BAGFW zum GAPStatG § 3 Abs. 1a Gesundheitsausgaben am Lebensende.)

Des Weiteren regen wir an, die Berichtspflichten zum neuen § 39 d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkoordinator/in hinsichtlich der Zeiträume des Erscheinens mit dem Bericht des GKV zur Palliativversorgung zu harmonisieren und in diesen zu integrieren.

Änderungsbedarf:

§ 37b Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge, **die Entwicklung der Versorgung und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Darüber hinaus bezieht er die notwendigen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des statistischen Bundesam-**

tes mit ein. Die zu ermittelnden und einzubeziehenden Daten sind insbesondere Angaben zur Art, Dauer und Häufigkeit der SAPV-Leistung, die Anzahl der versorgten Versicherten nach Alter, Geschlecht und Diagnose, Pflegegrad und mitversorgende Einrichtungen und Dienste des Gesundheitssystems. Die Partner des Rahmenvertrages nach § 132d SGB V vereinbaren hierzu weitergehende Daten, die im Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V veröffentlicht werden sollen. Die Daten sind in anonymisierter Form bis auf die Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften darzustellen. Der GKV erstellt den Bericht im Benehmen mit den Partnern der Rahmenvereinbarung n. § 132d SGB V.“

Neben der Weiterentwicklung des SAPV-Berichts (vgl. § 37b Abs. 4 SGB V) muss dazu allerdings auch die Rahmenvereinbarung nach § 132d SGB V um den Gesichtspunkt der Evaluation der SAPV angepasst werden.

§ 39 d SGB V Abs. 3 Satz 3 wird folgend geändert und ergänzt:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März **2026 und danach alle drei Jahre** über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung **im Rahmen des Berichtes zur Palliativversorgung**. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sind verpflichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für den Bericht erforderlichen Informationen insbesondere über die Struktur der Netzwerke sowie die aufgrund der Förderung erfolgten Koordinierungstätigkeiten und die Höhe der Fördermittel zu übermitteln.“

§ 132d SGB V Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. **Zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes legen die Vertragspartner gemeinsam die entsprechend § 37b Abs. 4 Satz 3 SGB V zu erhebenden und zu veröffentlichenden statistischen Daten zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Rahmenvertrag nach § 132d SGB V fest. Die auf Landesebene von den Krankenkassen zu erhebenden Daten werden jährlich zu einem von den Vertragspartnern zu vereinbarenden Stichtag erhoben und im Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Entwicklung der Palliativversorgung gem. § 37b Abs. 4 SGB V veröffentlicht.**“

3. § 39a Absatz 1 Stationäre Hospizleistungen - Sicherung und Entwicklung der Qualität in stationären Hospizen

Aufgrund der Änderungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 01.12.2015 haben der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenverbände u. a. die Aufgabe erhalten, in den Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art, Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen.

In der aktuellen Fassung der Rahmenvereinbarung finden sich derzeit Standards zur Qualität im Bereich der Struktur- und Prozessqualität sowie allgemeine Aussagen zur internen und externen Qualitätssicherung. Standards zur Qualität im Bereich Ergebnisqualität in Gestalt von Lebensqualität konnten in Ermangelung entsprechend wissenschaftlich abgesicherter Anforderungen und Kriterien bisher nicht vereinbart werden. Für den Aufbau eines geeigneten Konzeptes zur internen und externen Qualitätssicherung in der stationären Hospizarbeit liegen deshalb derzeit keine ausreichenden Erkenntnisse zum Thema Ergebnisqualität (im Sinne von Lebensqualität) vor. Aus diesem Grund wurden entsprechend der Protokollnotiz zur Rahmenvereinbarung die Beratungen zu bundesweit geltenden Standards zur Qualität der Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufgenommen.

Im ersten Schritt wurde von den Rahmenvereinbarungspartnern eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche und -auswertung im Hinblick auf bestehende Qualitätskriterien und -indikatoren insbesondere mit Hinblick auf Ergebnisqualität (im Sinne von Lebensqualität) vergeben. Die entsprechende Leistungsbeschreibung, die Bewerbungsbedingungen sowie die erforderlichen Vergabeunterlagen für die Ausschreibung des zu vergebenden Auftrages wurden durch die Rahmenvereinbarungspartner gemeinsam erarbeitet.

Durchgeführt wurde die Literaturrecherche von GAB München (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung eG). Finanziert wurde die Literaturrecherche in gleichen Teilen vom GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenverbänden. Die Literaturstudie kam zu dem Ergebnis, dass die ermittelten Qualitätskriterien und -indikatoren zum Thema Ergebnisqualität in Gestalt von Lebensqualität sich nicht unmittelbar auf die stationären Hospizarbeit in Deutschland übertragen lassen.

Der nächste Schritt besteht nun darin, aufbauend auf den mit Hilfe der Literaturrecherche ermittelten Qualitätskriterien und -indikatoren, bestehender hospizspezifischer Prüfsiegel und -leitfäden sowie der hospizspezifischen Qualitätsrahmenhandbücher, Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen für stationäre Hospize in Deutschland zu entwickeln.

Diese Entwicklungsschritte für die Anforderungen und Kriterien, Instrumente und das Verfahren für die Qualitätsprüfungen sind als Regelungsgegenstand in § 39a Absatz 1 zu konkretisieren und als gemeinsame Aufgabe der Rahmenempfehlungspartner zu definieren. Außerdem ist die Finanzierung dieser Aufgabe durch die GKV zu tragen.

Änderungsbedarf:

Nach Satz 6 sollten folgende Sätze 7 und 8 ergänzt werden:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geben ein wissenschaftliches Verfahren für die Entwicklung und Erprobung von Anforderungen und Kriterien sowie der Instrumente und Verfahren für die Prüfung der Qualität (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität in der Gestalt von Lebensqualität) in stationären Hospizen und stationären Kinderhospizen in Auftrag und entwickeln bis zum 31.12.2025 ein Qualitätsprüfungssystem für stationäre Hospize und stationären Kinderhospize. Die Kosten hierfür trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

4. Finanzierung von Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe

Ein weiteres Ziel des Gesetzentwurfs sollte die Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sein. Dieses Ziel erfordert eine bessere Personal- und Ressourcenausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Debatte um das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben und der möglichen assistierten Selbsttötung zeigt, dass das Vertrauen in eine gute medizinische, pflegerische und spirituelle Begleitung in Tagen schwerer Krankheit und zum Lebensende zu stärken ist. Wir sehen damit verbunden einen Auftrag an die Gemeinschaft und an die sozialrechtlichen Strukturen, dem Einzelnen Ängste und Sorgen des eigenen Daseins in der letzten Lebensphase zu nehmen und eine gute Versorgung auch für Verwandte, Freunde und Bekannte erfahrbar zu machen.

Eine würdevolle Begleitung der Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase erfordert einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl in großem Maße die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psycho-soziale Begleitung und Betreuung des Sterbenden. Auch Angehörige haben in der letzten Lebensphase einen deutlich höheren Bedarf an Gesprächen. Sowohl mit der Anwesenheit von Angehörigen vor Ort, als auch wenn enge Angehörige bei dem Sterbenden in seiner letzten Lebensphase nicht dabei sein können, verbinden sich Nachfragen und Absprachen zum Gesundheitszustand der sterbenden Angehörigen sowie häufig auch ein persönlicher Bedarf an emotionaler Unterstützung. Weiterhin besteht ein hoher Organisations- und Koordinierungsaufwand mit behandelnden Ärzten, ggf. dem SAPV-Team, dem ambulanten Hospizdienst und weiteren Personen oder in Hinblick auf die Zusammenkunft zu ethischen Fallbesprechungen.

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Auch die Leistungen der pflegerisch-palliativen Versorgung in Heimen sind über diese bestehende Pauschale inbegriffen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden.

Die hospizliche und palliative Versorgung pflegebedürftiger Menschen umfasst jedoch nicht nur die reine medizinische Behandlungspflege, sei es als allgemeine oder spezialisierte pflegerische Palliativversorgung. Sie muss auch ganz wesentlich die

psycho-soziale Begleitung umfassen. Die Begleitung der in den vollstationären Einrichtungen betreuten Menschen auf ihren letzten Lebensweg ist entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen sehr individuell auszugestalten. Dafür braucht es zusätzliche personelle Kapazitäten, die im Rahmen der Personalbemessung berücksichtigt werden müssen. Sie dürfen jedoch nicht zu einer Belastung mit höheren Eigenanteilen der Heimbewohner/innen führen.

Vor diesem Hintergrund setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine Verbesserung der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein, die nicht mit einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner/innen einhergeht. Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen sehen wir - in Anlehnung der Finanzierung stationärer Hospize - in der gesetzlichen Krankenversicherung verortet.

5. § 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurden eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Durch Koordinierung der verschiedenen Versorgungsangebote und Kooperation mit den dafür zuständigen Leistungserbringern und Einrichtungen ist sicherzustellen, dass eine umfassende palliative und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gewährleistet ist. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 132g Abs. 3 SGB V gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII vereinbart.

Zum einen sieht die Vereinbarung nach §132g Abs.3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 in § 16 eine Überprüfung des Vergütungsverfahrens vor und zum anderen statuiert § 132g Absatz 5 eine Berichtspflicht des GKV- SV über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase alle drei Jahre. Aus Sicht der BAGFW umfassen die in Absatz 5 Satz 2 zu erhebenden statistischen Informationen Daten, die eine Betrachtung und Bewertung des neuen Leistungsangebotes ermöglichen. Hierzu gehören sowohl einrichtungsbezogene Strukturdaten als auch Daten zum Beratungsprozess und den durchgeführten Beratungsgesprächen, inkl. des zeitlichen Aufwandes. Nur in der erweiterten Betrachtung von Struktur- und Prozessdaten kann die Entwicklung dieser neuen Leistung verfolgt und bewertet werden. Daraus ergeben sich zudem wichtige Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung des Leistungsangebotes. Wir regen, vor diesem Hintergrund, eine differenziertere Formulierung zur Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen an sowie eine Einbeziehung der Vereinbarungspartner nach § 132g Absatz 3 in die Erstellung des Berichts.

Änderungsbedarf:

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre **im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern nach § 132g Absatz 3** über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3. Er ~~legt~~ **führt zu diesem Zweck eine Erhebung durch, bei der sowohl Struktur- und Prozessdaten zur Versorgungsplanung am Lebensende erhoben werden, mit dem Ziel, eine Weiterentwicklung des Angebotes der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen** ~~die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.~~“

§ 65e Ambulante Krebsberatungsstellen

Die Neuregelung der Finanzierung der ambulanten Krebsberatungsstellen wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Durch die Erhöhung des durch die GKV zu erbringenden Betrags ab dem 01.7.2021 mit Wirkung zum 01.01.2021 von jährlich bis zu 42 Millionen Euro kann die Arbeit der Krebsberatungsstellen auf bessere, stabile finanzielle Grundlagen gestellt werden. Die Beteiligung der Krankenkassen auch in dieser Höhe ist angemessen, da die Krebsberatungsstellen ein für Gesundheit und Teilhabe der Erkrankten wichtiges Leistungsspektrum anbieten. Mit den Neuregelungen kann besser gelingen, die im Nationalen Krebsplan festgestellten Leistungslücken in der außerstationären Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten zu schließen.

Begrüßt wird zudem die Änderung von Absatz 2, wonach die Beratungsstellen psychosoziale (statt psychoonkologische) Beratung und Unterstützung anbieten, dadurch wird den erkrankten Personen und ihren Angehörigen angebotene Leistungsspektrum offener gefasst.

Nach Absatz. 2 bestimmt der GKV-Spitzenverband die Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Verfahren der Förderung. Nach Satz 3 setzt er sich mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung ins Benehmen. Um ihre Expertise einzubeziehen, im Sinne eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und einer gemeinsamen Verantwortung für die Sache ist den maßgeblichen Verbänden, denen die Krebsberatungsstellen angehören, die Möglichkeit der Beteiligung einzuräumen.

Durch die Ergänzung der Aufzählung in Absatz 2 um die Ziffer 5 wird gewährleistet, dass die Länder hinsichtlich der Finanzierungsbeiträge von Ländern und Kommunen an der Formulierung der Grundsätze beteiligt werden. Dies ist sinnvoll und wird begrüßt, da die Leistung der ambulanten Krebsberatungsstellen nicht ausschließlich aus Mitteln der Krankenversicherung zu refinanzieren sind. Die Begrenzung der Förderung durch die Krankenkassen auf maximal 80 % wird begrüßt, ebenso die vorgeschlagene Antragsregelung.

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender neuer Satz angefügt:

„Die für die Vertretung der Interessen der ambulanten Krebsberatungsstellen maßgeblichen Spitzenverbände sind zu beteiligen“.

§ 125 Heilmittelverträge in Eingliederungshilfeeinrichtungen

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Kompetenz zum Abschluss von Versorgungsverträgen grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert. Je Heilmittelbereich wird fortan ein bundeseinheitlicher Vertrag mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer geschlossen, um Verhandlungen „auf Augenhöhe“ zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern zu gewährleisten. Versorgungsverträge auf Landesebene verlieren damit grundsätzlich ihre Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der bundesweiten Versorgungsverträge. Der Gesetzgeber hatte hierbei offenbar die auf Landesebene geschlossenen Versorgungsverträge zu Förderschulen, Förderkindergärten und anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe übersehen, aufgrund derer Heilmittel an Menschen mit Behinderungen bzw. an von Behinderung bedrohte Menschen, darunter vorwiegend Kinder und Jugendliche abgegeben werden. Hiervon betroffen sind zum Beispiel alle Förderschulen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die Versorgung erfolgt in diesen Fällen durch angestellte Therapeuten und Therapeutinnen als Teil eines interdisziplinären Teams nach einem integrierten Konzept von pädagogischer und teilhabeorientierter Versorgung, das von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) als Versorgungsform ausdrücklich empfohlen wird und bislang auch wirksam zur Versorgung von Menschen mit Behinderung praktiziert wurde („Überlegungen aus der DVfR zur Heilmittelerbringung für Menschen mit Behinderungen durch Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach Änderung der §§ 124 ff. SGB V durch das TSVG“, 22.09.2020). Auch die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundes- und Länderebene haben sich in Beschlüssen vom November 2020 für eine Fortsetzung der Heilmittelabgabe an Menschen mit Behinderungen in diesen besonderen Einrichtungen ausgesprochen und das BMG gebeten, „in § 125 SGB V eine gesetzliche Klarstellung im Sinne einer Länderöffnungsklausel vorzunehmen, damit das Weiterbestehen und auch die Weiterentwicklung der für die Betroffenen wichtigen Verträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt wird.“

Wie im Fall der Versorgung mit kurortspezifischen Heilmitteln, welche sinnvoll nicht auf Bundesebene geregelt werden kann, bedarf es einer eigenen Ermächtigungsgrundlage für regionale Versorgungsverträge, die die Besonderheiten der Heilmittelerbringung an Förderschulen, Förderkindergärten oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderungen bedroht sind, regeln. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme zum Fairer-Kassenwettbewerbs-Gesetz (GKV-FKG) bereits die Ergänzung von § 127 Abs. 7 SGB V zur Schaffung einer sicheren Rechtsgrundlage für die die Bundesverträge ergänzenden Regionalverträge gefordert (Empfehlung des federführenden Gesundheitsausschusses vom 29.11.2019, BR-Drs. 517/1/19). Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt wegen einer zu pauschalen Formulierung der Voraussetzungen zulässiger vertraglicher Regelungen auf Länderebene.

Durch die in den Änderungsantrag nun aufgenommene klare Orientierung am Vorliegen einer bzw. der Bedrohung durch eine Behinderung im Sinne des Sozialrechts (§ 2a SGB V und § 2 Abs.1 SGB IX) als Voraussetzung der Zulässigkeit regionaler Versorgungsverträge ist ein spezifisches Kriterium geschaffen, das eine systemkonforme Gestaltung regionaler Versorgungsverträge ergänzend zu den nach § 125 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Bundesebene zentrierten Verhandlungs- und Vertragsschlusskompetenzen ermöglicht.

Änderungsbedarf:

In § 125 Abs. 7 SGB V wird nach Satz 1 als neuer Satz 1a eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 weitere Verträge zur Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedarfe schließen.“

§ 126 Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.).

Aufgabe der Pflegeeinrichtungen in Bezug auf zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ist hingegen nur ihre Abgabe an die Versicherten und allenfalls noch die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung im Rahmen von pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI. Diese Aufgaben sind bereits Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, mit denen die fachliche Eignung zur Hilfsmittelversorgung bescheinigt wird. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf für ein zusätzliches, kostspieliges und zudem zeitlich immer nur befristetes Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V. Somit sollte gesetzlich geregelt werden, dass Einrichtungen, die vertraglich nachweisen können, dass

sie für zum Verbrauch zugelassene Hilfsmittel zugelassen sind, kein Präqualifizierungsverfahren durchlaufen müssen.

Änderungsbedarf:

§ 126 neuer Absatz 4:

„Sofern Einrichtungen vertraglich zur Abgabe von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zugelassen sind, gelten die Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 als erfüllt.“

§ 132 Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe

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

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehr-Kind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwersterkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf:

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

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

§ 132a Ergänzung der Verträge zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege um Kriterium „Zuverlässigkeit“

Die Neuregelung, wonach als neues Kriterium für den Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege und Krankenkasse die „Zuverlässigkeit“ eingeführt wird, wird entschieden abgelehnt. Die Zuverlässigkeit wird bereits mit der Prüfung der Eignung entsprechend der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V festgestellt. Begründet wird die Einführung dieses Kriteri-

ums mit dem etwaigen Fehlverhalten, das nicht nur bei Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege vorkomme, sondern auch bei anderen Pflegediensten. Dies stellt die Pflegedienste unzulässigerweise unter Generalverdacht. Da Fehlverhalten bei allen Akteuren im Gesundheitswesen vorkommen kann und auch vorkommt, müsste beim Festhalten des Gesetzgebers an dieser Regelung das Kriterium „Zuverlässigkeit“ als Eignungsmerkmal und Zulassungsvoraussetzung für alle Leistungserbringer des SGB V eingeführt werden. Isoliert für die Pflege stellt eine nicht akzeptable Diskriminierung dar.

Änderungsbedarf:

Streichung der Regelung oder alternativ Einfügung in alle Verträge mit Leistungserbringern nach dem SGB V.

§ 137d QS-Reha-Verfahren

Mit den Ergänzungen des § 137d Absatz 1 soll der GKV Spitzenverband die Ergebnisdaten aus dem QS Reha® Verfahren bezogen auf die stationären Rehabilitationseinrichtungen erhalten. Er wird verpflichtet, die Ergebnisse einrichtungsbezogen vergleichend im Internet zu veröffentlichen und berechtigt, Empfehlungen auszusprechen.

Umfassende Transparenz für die Versicherten

Das Ziel der Transparenz und der Stärkung der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts tragen wir ausdrücklich mit. Problematisch ist die Beschränkung auf die Daten des QS-Reha®-Verfahrens. Da derzeit die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der externen Qualitätssicherung der Reha-Träger unterliegen, gibt es Einrichtungen, für die nur Daten aus dem QS-Reha®-Verfahren der GKV und andere, für die nur die Daten der Deutschen Rentenversicherung vorliegen. Für dieses Nebeneinander besteht kein sachlicher Grund, da – bis auf wenige Ausnahmen - dieselben Fachabteilungen von beiden Reha-Trägern in Anspruch genommen werden. Das Nebeneinander der Verfahren verhindert einen umfassenden Vergleich der Einrichtungsqualität im Sinne der Versicherten. Mit dem Digitale-Renten-Übersicht-Gesetz erhält auch die Deutsche Rentenversicherung den Auftrag, ihre Qualitätssicherungsdaten im Internet zu veröffentlichen. Wir befürchten, dass sich das Nebeneinander der Verfahren so weiter verfestigt und große Chancen zur Qualitätstransparenz verspielt werden. Notwendig ist die Verpflichtung zur Zusammenführung der QS-Verfahren zu einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung. Es bietet sich an, eine entsprechende Verpflichtung zur Zusammenführung der Verfahren im SGB IX gesetzlich zu verankern und die nähere Ausgestaltung des Verfahrens und der Maßnahmen zur Qualitätstransparenz zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung und den Verbänden der Leistungserbringern zu vereinbaren.

Gemeinsame Verantwortung

Bislang tragen GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer die Verantwortung für die externe Qualitätssicherung im Sinne des Grundsatzes der gemeinsamen Selbstverwaltung gemeinsam. Dass dieser Grundsatz verlassen und die Veröffentlichung und ggf. Kommentierung der Daten nun in die alleinige Verantwor-

tung des GKV Spitzenverbandes gegeben werden und die Mitwirkung der Leistungserbringerverbände lediglich auf eine Stellungnahme-Möglichkeit beschränkt wird, kritisieren wir. Auch die Veröffentlichung der Daten sollte weiterhin eine gemeinsame Aufgabe von GKV Spitzenverband und Leistungserbringerverbänden sein und ihre Grundlagen entsprechend geregelt werden. Die Rehabilitationseinrichtungen sind über ihre Verbände vollumfängliche Partner im QS-Rehasystem. Eine „einseitige“ Veröffentlichung der Ergebnisse nur von einem Vereinbarungspartner ist sachlich nicht angemessen, da die entsprechenden Strukturen für eine gemeinsame Veröffentlichung existieren. Auch die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Vorschrift, nach welcher der GKV-Spitzenverband bei seiner Veröffentlichung auch in geeigneter Form auf die Veröffentlichung von Ergebnissen externer Qualitätssicherung anderer Rehabilitationsträger hinweisen soll, kann dieses Problem nicht heilen.

Aktualität der Daten

Da die Erhebungen zur Qualitätssicherung und damit die Qualitätsberichte in dreijährigen Phasen erfolgen, beschreiben sie eine Momentaufnahme zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt. Da bisher im QS Reha® Verfahren keine Korrekturschleifen für die Qualitätsberichte möglich sind, würde eine 1/1 Veröffentlichung auch evtl. Unrichtigkeiten wie Fehleingaben oder Auswertungsfehler über einen Zeitraum von drei Jahren festschreiben. Für die Versicherten muss für aktuelle Auswahlentscheidungen aber die aktuelle Situation transparent sein, deshalb ist es zwingend in die vorgesehene Veröffentlichung auch Aktualisierungen einzubeziehen.

Die Qualitätsberichte müssen in barrierefreier Form im Internet veröffentlicht werden.

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der GKV- Spitzenverband auch Empfehlungen aussprechen kann. Dies ist zu weitgehend und zurückzunehmen. Die Rolle des GKV- Spitzenverbandes kann sich nur auf die neutrale und transparente Veröffentlichung beziehen. Eventuelle Präferenzen sind bezogen auf den Einzelfall von den Versicherten selbst im Benehmen mit ihrer Kasse zu treffen

Änderungsbedarf:

§ 137d Absatz 1 Satz 1 n.F. soll wie folgt geändert und ergänzt werden:

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der **Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen**. Diese sind verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, **unter Einbezug erforderlicher Aktualisierungen**, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache **und barrierefrei** im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen** die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; ~~er kann auch Empfehlungen aussprechen.~~

Artikel 7, 8, 9. Änderung des Ergotherapeutengesetzes, des Gesetzes über den Beruf der Logopäden und des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

Gegenwärtig ist die Modellklausel für Erprobung akademischer Erstausbildungen in der Ergotherapie, Logopädie und Masseur- und Physiotherapie jeweils bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Der Gesetzentwurf sieht nun eine Verlängerung bis zum 31. Dezember 2026 vor. Da die Modellvorhaben bereits 2009 gestartet sind, ist diese Frist viel zu lang. Die vom Bundesrat im Rahmen seiner Stellungnahme geforderte kurze Frist bis Ende 2022 ist jedoch auch kaum zu halten, da die Konstituierung der neuen Regierung nach den Wahlen im Herbst 2021 sich hinziehen kann und die Novellierung von drei Berufsgesetzen mit einer aufwändigen Anpassung von drei Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verbunden ist, die jeweils auch noch Bundestag und Bundesrat durchlaufen müssen. Die BAGFW setzt sich daher für eine Fristverlängerung bis zum 31. Dezember 2024 ein. Wir unterstützen insoweit auch den Antrag der GRÜNEN „Perspektive für Therapieberufe schaffen – verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen“ (BT-Drs. 19/27839), der das Ziel definiert, die regulären Studiengänge dieser therapeutischen Berufe zu einem verbindlich festgelegten Zeitpunkt in der nächsten Legislaturperiode – und nicht erst in der übernächsten Legislaturperiode, wie hier im Gesetzentwurf vorgesehen – starten zu können.

Artikel 15 (Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen)

Die Verbände der BAGFW begrüßen die mit dem Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (GAPSG) verbundene Überführung der **EU-Verordnung zu den gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsstatistiken** in das nationale Recht. Im Besonderen soll hier die Etablierung eines **regionalen Fachkräftemonitorings des Gesundheitspersonals** gewürdigt werden, was vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen Fachkräftemangels in allen Berufszweigen des Gesundheits- und Pflegewesens einen wichtigen Beitrag für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung darstellt. **Aufgrund einer fehlenden zentralen Registrierung der Gesundheitsfachberufe muss die derzeitige Datengrundlage der Gesundheitsberichtserstattung als limitiert angesehen werden.** Insbesondere da sich die aktuelle Gesundheitspersonalrechnung auf Beschäftigungsfälle bezieht, sodass erstens Personen mit Beschäftigungsverhältnissen in mehreren Einrichtungen auch mehrfach gezählt werden¹ und zweitens nicht der tatsächliche Personalkörper² der jeweiligen Berufsgruppe erfasst wird.

So fließen beispielsweise diejenigen Berufsangehörigen, die entweder nicht beschäftigt sind, oder mittlerweile in anderen Berufen und Branchen tätig sind, nicht in die Gesundheitsberichtserstattung mit ein. Was jedoch für die Reaktivierung bestehender Potentiale oder die Registrierung freiwilliger „Reservist/innen“³, insbesondere für den Krisen- und Katastrophenfall, bedeutsam wäre. Darüber hinaus fehlen die Daten über die **Anzahl der Auszubildenden und Absolvent/innen** der jeweiligen Gesundheitsfachberufe, aber auch zu den jeweiligen **Assistenz- und Helferqualifikationen**, insbesondere in den Pflegeberufen⁴. Letzteres ist insofern von hoher Bedeutung, da hier im Rahmen des **Roadmap Prozesses nach § 113c SGB XI (PeBeM)** ein deutlicher Personalaufbau erwartet wird⁵. Weiterhin handelt es sich bei der Gesundheitsberichtserstattung um **aufbereitete Sekundärdaten** aus 30 verschiedenen Grundstatistiken, die teilweise unter völlig anderen Fragestellungen oder Zielsetzungen erhoben wurden, und mit Hochrechnungen sowie Schätzungen arbeiten⁶. Hinweise bezüglich der **Fluktuation in einzelnen Berufsgruppen und Versorgungszweigen** können allerdings nur auf der Grundlage eines vollständigen Personalkörpers gewonnen werden.

Der tatsächliche Personalkörper der Gesundheitsfachberufe kann daher grundsätzlich nur von den Institutionen erhoben werden, die eine zentrale Registrierung aller Berufsangehörigen eines Bundeslandes vornehmen. Mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (ab 01.01.2020) wurde eine bundesweite Erfassung aller Auszubildenden in den Pflegefachberufen eingeführt, die erstmalig ein systematisches Monitoring der Nachwuchsgewinnung ermöglicht. Aktuell liegen allerdings

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Gesundheitspersonalrechnung 2018. Qualitätsbericht. S. 4 – 7. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> [10.11.2020].

² Die Grundgesamtheit aller Absolventinnen und Absolventen der jeweiligen Berufsausbildungen unabhängig des Beschäftigungsstatus

³ Stichwort: #Pflegereserve. Online im Internet: <https://pflegereserve.de/#/login> [10.11.2020].

⁴ Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Gesundheitspersonalrechnung 2018. Qualitätsbericht. S. 4 – 7. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> [10.11.2020].

⁵ Rothgang et al. (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Online im Internet: https://www.gs-gsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf [29.03.2021]

⁶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Gesundheitspersonalrechnung 2018. Qualitätsbericht. S. 4 – 7. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> [10.11.2020].

noch keine veröffentlichten Daten vor, sodass zukünftige Fachkräftetrends nicht ausreichend antizipiert werden können. **Wir bitten daher den Gesetzgeber, die bundesweite Aufbereitung der Daten aus den Ausbildungsfonds zu beschleunigen, und diese so schnell wie möglich zur Verfügung zu stellen.** Ebenso wäre es wünschenswert, dass die Spitzenverbände der Ausbildungsträger und Pflegeschulen die Rohdaten dieser Datensätze kostenlos für interne Evaluationen nutzen könnten.

Die Verbände der BAGFW begrüßen, dass der Gesetzgeber in § 4 Abs. 2 GAPSG GE auch die **berufsständischen Kammern** als Datenquellen in Betracht zieht. Unserer Ansicht nach sollten die jeweiligen Datenquellen in diesem Kontext grundsätzlich nach dem Evidenzgrad, also der jeweiligen **Aussagekraft und Vollständigkeit** der zur Verfügung stehenden Daten, ausgewählt werden. Hierzu schlagen wir die **Entwicklung von transparenten und nachvollziehbaren Auswahlkriterien** vor. Liegen beispielsweise mehrere Datenquellen zu dem gleichen Erhebungsgegenstand vor, sollten diejenigen mit höherer Evidenz bevorzugt werden. Denn am Beispiel der Pflegeberufe hat sich gezeigt, dass die Daten der berufsständischen Kammern weitaus genauer sind als die der Bundesagentur für Arbeit.

Die BAGFW Verbände begrüßen zudem die nach § 4 Abs. 1 GAPSG GE erfassten Sachverhalte; **wobei wir darum bitten, dass hier neben dem ausgeübten Beruf auch der erworbene Berufsabschluss berücksichtigt wird,** da dies voneinander abweichen kann. So kann insbesondere in der Langzeitpflege von einem sehr heterogenen Qualifikationsmix ausgegangen werden, denn in diesem Sektor sind neben Altenpfleger/innen auch Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen beschäftigt. Die aber in diesem Kontext dem Berufsbild der ehemaligen Ausbildung nach dem AltPflG nachgehen.

Des Weiteren wäre vor dem Hintergrund eines kompetenzorientierten Personaleinsatzes in der medizinisch-pflegerischen Versorgung die **Registrierung und Aufbereitung von Fachweiterbildungen** der Berufsangehörigen wünschenswert. Gerade im Hinblick auf Weiterbildungen, die zur Ausübung spezieller Aufgaben qualifizieren, oder die für bestimmte Zertifizierungen benötigt werden, z.B. Praxisanleitung, Palliative Care, Wundversorgung, Case Management, Lymphdrainage oder Gerontopsychiatrie.

Darüber hinaus ist auch eine Differenzierung der nicht-approbierten Gesundheitsberufe in **beruflich oder hochschulisch qualifiziert** erforderlich, um ein Monitoring der Akademisierungsquote in den jeweiligen Berufszweigen durchführen zu können. **Ebenso werden für eine solide Personalplanung für das Gesundheits- und Pflegewesen Daten hinsichtlich der verfügbaren Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen benötigt.** Wie auch die Anzahl an entsprechenden berufspädagogischen Studienplätzen; denn ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten in den Gesundheitsfachberufen benötigt ebenfalls **ausreichend qualifiziertes Lehrpersonal.** Diese Angaben stehen bislang allerdings noch nicht zur Verfügung. Genauso wenig wie ein **Monitoring der verfügbaren Praxiseinsatzplätze nach dem PfIBG,** die nicht bei dem Ausbildungsträger selbst, sondern bei Kooperationspartnern durchgeführt werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich das Aufgreifen der in der **Konzertierten Aktion Pflege** gemeinsam vereinbarten Maßnahmen für ein

besseres Fachkräftemonitoring. Aufgrund dessen, dass hierzu erst noch Datenerhebungsverfahren aufgebaut werden müssen, sollte unserer Ansicht nach hier zunächst eine **Priorisierung des Roadmap Prozess nach 113c SGB XI** erfolgen. Was in dem vorliegenden Gesetzentwurf erfreulicherweise in Form der Rechtsdogmatik in § 5 Abs. 1 gegeben ist.

Weiterhin begrüßen wir die **Ausweisung des Gesundheitspersonals** als Beschäftigungsverhältnisse pro Kreis oder kreisfreier Stadt, insbesondere unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter § 5 Abs. 1 Nr. 1 GAPSG GE. Wünschenswert wäre allerdings eine **Ausweitung der in § 5 Abs. 1 Nr. 2 GAPSG GE genannten Zielgruppen** (Vollzeitäquivalente pro Kreis oder kreisfreier Stadt) auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, sowie den öffentlichen Gesundheitsdiensten. Ebenso gilt es unter dem Anstellungsverhältnis auch die **Leiharbeit** zu berücksichtigen, sowie die **freiberuflich Pflegenden** miteinzubeziehen, da gerade über die Verbreitung letzterer nur wenig bekannt ist.

Gleichzeitig möchten wir diese Gelegenheit dazu nutzen, um auf einen bisher noch „weißen Fleck“ in der Statistiklandschaft hinzuweisen; eine **Erfassung der Orte, an denen die Menschen in unserer Gesellschaft verstorben sind** – die sogenannten „Sterbeorte“. So wissen wir bislang nicht, wie viele Menschen in Deutschland im Krankenhaus, in der stationären Langzeitpflege oder in der Häuslichkeit versterben, ob sie beim Sterben eine palliative oder hospizliche Versorgung erhalten haben, und wenn ja welche? Denn die Versorgungslandschaft stellt sich hier höchst divers dar. Von der SAPV, über die hausärztlich-palliative Versorgung, bis hin zur Palliativ Station im Krankenhaus, oder der Sterbebegleitung in einem Hospiz, ist hier vieles möglich. **Bisher können in Deutschland zur Frage, wo und wie die Menschen sterben, allerdings nur Schätzungen angestellt werden.** Auch zu dem Personal, das in der palliativen Versorgung tätig ist, können heute keine validen Aussagen getroffen werden, denn dazu fehlen systematisch erhobene Daten. **Die Verbände der BAGFW halten daher die Einführung einer solchen Statistik der Sterbefälle für notwendig, um mehr über die Umstände des Sterbens in Deutschland erfahren zu können.**

Änderungsbedarf:

- **Erhebung standardisierter Kennzahlen:**
 - Sterbeumstände in Deutschland: Sterbeorte, Versorgungsform und einrichtungsindividuelle Konzepte der Sterbebegleitung
 - Zu- und Abgänge des Personalkörpers einer Berufsgruppe
 - Differenz zwischen Personalkörper und Erwerbstätigen einer Berufsgruppe
 - Zu- und Abgänge sowie Abbrecher/innen und Absolvent/innen der jeweiligen Fachausbildungen sowie Assistenz- und Helferqualifikationen
 - Registrierung und Aufbereitung von Daten hinsichtlich Fachweiterbildungen der Berufsangehörigen
 - Differenzierung der nicht-approbierten Gesundheitsberufe in berufliche oder hochschulische Qualifikation
 - Verfügbare Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen
 - Verfügbare berufspädagogische Studienplätze

- Auslastung der Studien-, Fachschul- und Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen, insbesondere zum Monitoring von Nadelöhr Bereichen bei den externen Praxiseinsätzen
- **Aufbereitung der folgenden Daten in absoluten Häufigkeiten sowie Vollzeit-Äquivalenten:**
 - Berufsabschluss aufgrund einer Ausbildung
 - Zusatzqualifikation durch eine Weiterbildung (z.B. Praxisanleitung, Palliative Care, Wundversorgung, Case Management, Lymphdrainage oder Gerontopsychiatrie etc.)
 - Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit
 - Leiharbeit
- **Auswahl der Datenquellen nach Vollständigkeit und Aussagekraft**
- **Bezug der Ausbildungsdaten nach dem PflBG über fondsverwaltende Stellen in den Bundesländern**
- **Einbeziehung der pflegepolitischen Maßnahmen der Konzertierten Aktion Pflege, wie den Roadmap Prozess nach § 113c SGB XI, a prio**
- **Ergänzung der stationären Hospize und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in allen Vorschriften zu dem regionalen Gesundheitspersonalmonitoring nach § 5 GAPSG GE**

Änderungsbedarf:

Dem § 3 Krankheitskostenstatistik ist nach dem Absatz 1 ein neuer Absatz 1a einzufügen.

„Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 erfasst die Sterbefälle in der jeweiligen Versorgungsform.“

§ 5 Regionales Gesundheitspersonalmonitoring wird wie folgt ergänzt:

„(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 erfasst folgende Sachverhalte:

1. das Personal als Beschäftigungsverhältnisse pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, **stationären Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**, Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufsabschluss, ausgeübtem Beruf, Tätigkeits- oder Funktionsbereich, Geschlecht, Geburtsjahr und Beschäftigungsart,
2. das Personal als Vollzeitäquivalente pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, **stationären Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** nach Einrichtungsart, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Arbeitsanteil für die Pflegeeinrichtung sowie Geschlecht und Geburtsjahr.
3. **Anzahl der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, den stationären Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach Kreis oder kreisfreier Stadt des Behandlungsortes, Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie nach Geschlecht, Geburtsjahr, Hauptdiagnose und Verweildauer.**

C. Fachfremde Änderungsanträge

ÄA 2: Ausnahmeregelung zum Festzuschuss für Zahnersatz für das Kalenderjahr 2020

Die BAGFW begrüßt, dass eine coronabedingt nicht in Anspruch genommene zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in 2020 nicht zu einer Kürzung der Festzuschüsse führt. Den Patient_innen dürfen keine Nachteile entstehen, sofern sie wegen Praxis-schließungen oder reduzierten Sprechstunden keine fristgerechte Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Prophylaxeleistung hatten.

ÄA 5: Qualitätssicherung häusliche Krankenpflege

Es ist sachgerecht, dass auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erbringen, zur Nachbesserung von Qualitätsmängeln, die im Rahmen der Qualitätsprüfungen festgestellt wurden, aufgefordert werden können. Damit werden die reinen SGB V-Dienste den nach SGB XI und SGB V zugelassenen Leistungserbringern gleichgestellt.

ÄA 6: Mitberatungsrecht der Interessenvertretungen der Patient/innen in den Zulassungsausschüssen

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände begrüßen nachdrücklich, dass die Patientenvertretungen nach § 140f SGB V nach dem neuen § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 auch Mitberatungsrechte bei Zulassungsmöglichkeiten von Vertragsärzten in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten oder bei der Verlegung eines Vertragsarztsitzes erhalten, da beides stark versorgungsrelevante Entscheidungen darstellen.

ÄA 12: Befristetes Beitragszuschlagsrecht für die private Pflege-Pflichtversicherung

Der Antrag sieht ein befristetes Beitragszuschlagsrecht der privaten Pflegeversicherung für den Schutzschirm nach dem SGB XI vor. Die BAGFW lehnt diese Änderung ab. Die private Pflegeversicherung funktioniert sowohl hinsichtlich der Einnahmenseite als auch der Ausgabenseite nach denselben Grundsätzen wie die soziale Pflegeversicherung, abweichend von der Funktionsweise der privaten Krankenversicherung. Der Steuerzuschuss des Bundes an die soziale Pflegeversicherung hat nach § 153 SGB XI zur Voraussetzung, dass der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel – und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Eine vergleichbare Voraussetzung wird im neuen § 110a SGB XI für die private Pflegeversicherung nicht geschaffen. Statt dessen wird es den privaten Pflegeversicherungsunternehmen erlaubt, pauschal für Mehrausgaben im Rahmen des Schutzschirms auf der Grundlage der bestehenden Vertragsverhältnisse einen monatlichen Zuschlag zu erheben, ohne dass es auf das Aufbrauchen bestehender Reserven ankommt. Dies entspricht der Logik privater Versicherungen, Risiken auf ihre Kunden abzuwälzen. Vor diesem Hintergrund setzt sich die BAGFW erneut für ein einheitliches Versicherungssystem ein, das die private und die soziale Pflegeversicherung zu einer solidari-

schen Versicherung ohne Erhebung individueller Krankheitsrisiken und Risikozuschläge zusammenführt. Keine Sozialversicherung eignet so gut wie die Pflegeversicherung für die Einführung einer Bürgerversicherung.

Zudem weisen wir auf die hohen Überschüsse der privaten Pflegeversicherung hin, die aus ihrer günstigen Versichertenstruktur rühren, die weitaus weniger Pflegeleistungen in Anspruch nehmen muss als die gesetzlich Versicherten. Auch vor diesem Hintergrund ist es nicht akzeptabel, dass die Privatversicherten zweimal zur Kasse gebeten werden: einmal für die Finanzierung des Steuerzuschusses an die SPV und zum anderen durch Pandemiezuschläge zu ihrer Versicherungsprämie.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 110a SGB XI neu.

ÄA 18: Ethisch hochwertige Anwerbung ausländischer Pflegekräfte

Die Anwerbung von Pflege(fach)kräften aus Drittstaaten kann einen zusätzlichen Beitrag zur Bekämpfung der gegenwärtigen Personalnot im Gesundheits- und Pflege-sektor leisten. Neben dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften sind jedoch kaum Maßstäbe guter Praxis für ethisch vertretbare Personalgewinnung in Drittstaaten vorhanden. In Anbetracht des entstandenen undurchsichtigen Marktes für die Anwerbung von Pflegepersonal begrüßt die BAGFW die Schaffung eines Gütesiegels zur Bescheinigung von ethischen, nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Personalgewinnungsprozessen, das sowohl von privaten Personalvermittlern als auch den Leistungserbringern erworben werden kann.

Aus Sicht der BAGFW ist das Kuratorium für Deutsche Altershilfe als unabhängige und neutrale Institution geeigneter Herausgeber des Gütesiegels. Als erfahrene Leistungserbringer sollte die Expertise der Mitgliedsverbände der BAGFW in die Entwicklung der Kriterien des Gütesiegels einbezogen werden. Es empfiehlt sich die Erarbeitung der Anforderungen bzgl. Vereinbarungen und Verfahrensweisen der Anwerbung transparent und plausibel zu gestalten, um dem Gütesiegel die notwendige Legitimität zu verschaffen. Daher fordert die BAGFW frühzeitige Möglichkeiten zur Beteiligung an der Entwicklung des Gütesiegels und der zu findenden Regelungen zur Kontrolle der Einhaltung der Kriterien. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Positionierung der BAGFW „Altenpflege in Deutschland - Ethisch vertretbare Anwerbung von ausländischen Arbeits- und Fachkräften in der Pflege (<https://www.bagfw.de/suche/detailansicht-news/positionspapier-altenpflege-in-deutschland>). Des Weiteren begrüßt die BAGFW den geplanten Zuschuss zu den Anwerbekosten für internationale Pflegekräfte in Höhe von bis zu 6 000 Euro je angeworbener Pflegekraft aus Bundesmitteln für aufnehmende Einrichtungen, denen die ethische und qualitativ hochwertige Kräfteanwerbung durch ein Gütesiegel bescheinigt wurde. Da sich Personalgewinnungsprozesse in Drittstaaten besonders zeit- und kostenintensiv für Einrichtungen darstellen, wird finanzielle Unterstützung dringend benötigt. Die Eingrenzung der Bezuschussung auf die Anwerbung von Pflegekräften, deren Ausbildungs- und Herkunftsland mindestens 3500 Kilometer von den Außengrenzen der Bundesrepublik Deutschland entfernt liegen, sollte in Anbetracht der vorhandenen Gesundheits- und Pflegekräften in Herkunftsländern wie den

Westbalkanstaaten gestrichen werden. In das Gütesiegel sollte aufgenommen werden, dass nur in Ländern angeworben worden ist, in denen es keinen Fachkräftemangel gibt.

Die Mitgliedsverbände der BAGFW sind auch Teil internationaler Vereinigungen, Bewegungen oder Organisationen (z. B. Brot für die Welt, Misereor, Missio, Caritas International, ICRC, Arbeiterwohlfahrt International, SOLIDAR). Hier ist zu berücksichtigen, dass „Kannibalismus-Effekte“ hinsichtlich ihrer internationalen Verpflichtungen bzw. Engagements vermieden werden und Fachkräfte nicht untereinander ab- bzw. angeworben werden und dadurch medizinische oder pflegerische Notlagen in den wirtschaftlich schwächsten Regionen zunehmen und dringende Aufgaben nicht erledigt werden können. Damit einhergehend sind mit Blick bzw. Rücksicht auf die Gesundheitssysteme der Entsendeländer Brain Drain Aspekte kritisch zu bewerten bzw. zu vermeiden, da sie Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit insbesondere in den Gesundheitssektoren der Anwerbestaaten konterkarieren können. Zudem sollte im Zuge der „Brain Drain“ Gefahr von Anwerbeprogrammen von Fachkräften, im Sinne einer ethisch vertretbaren Anwerbung, nachhaltige Anwerbestrategien stets weiterentwickelt werden. Besonders interessant sind Anwerbestrategien, welche nicht nur keinen Nachteil für die Herkunftsländer mitbringen, sondern einen „Brain Gain“ für Herkunfts- und Anwerbeland zum Ziel haben.⁷

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Patientenberatung jetzt gemeinnützig ausgestalten – Privatisierung rückgängig machen“ (BT-Drs. 19/27833)

sowie

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Eine starke Stimme für Patientinnen und Patienten – Patientenstiftung gründen und Unabhängige Patientenberatung reformieren“ (BT-Drs. 19/25382)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich für eine grundlegende Reform der UPB noch in dieser Legislaturperiode ein. Der Bundesrechnungshof hat die Patienten- und Verbraucherberatung gemäß § 65b SGB V überprüft und grundlegende Schwachstellen und Defizite der gegenwärtigen Beratungsstruktur festgestellt. Moniert hat er insbesondere, dass zum Ende der laufenden Förderphase 20 Mio. Euro an den Mutterkonzern der UPD gGmbH geflossen sind. Vor diesem Hintergrund hat der BRH empfohlen, die UPD künftig möglichst wieder in die Hände einer von wirtschaftlichen Interessen unabhängigen Trägerstruktur zu legen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass die UPD wieder auf die zivilgesellschaftlichen Wurzeln zurückgeführt wird, aus denen sie ursprünglich entstanden

⁷ Zu fördern sind beispielsweise Projekte, die sich an dem Konzept „Global Skill Partnerships“ orientieren. Der Ansatz verfolgt ein Programm, das bei Anwerbungen Ausbildungsinfrastrukturen im Herkunftsland ausbaut und für Mangelberufe im Herkunfts- und Zielland ausbildet. So können die Kosteneinsparungen, die ein Zielland bei der Anwerbung von bereits ausgebildeten Fachkräften hat, gleichermaßen die Ausbildung von Fachkräften fürs Herkunftsland querfinanzieren. Nach diesem Ansatz können Strukturen und Fachkräfte für beide Länder bzw. Vertragsparteien entstehen (vgl. Azahaf, Najim (2020): Wie transnationale Ausbildungspartnerschaften in Deutschland vorangebracht werden können).

war. Nur so kann sie ihre Funktion als Seismograph für Problemlagen der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen erfüllen. Zudem ist es dringend erforderlich, Beratung wohnortnah und nicht nur digital in Call-Centern anzubieten.

Daher bewerten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände sowohl den vorliegenden Antrag der LINKEN als auch den der GRÜNEN zur Unabhängigen Patientenberatung positiv. Beide Anträge sehen vor, die Patientenberatung wieder in die Hände der Zivilgesellschaft zurückzulegen und auf dem Fundament der Patienten- und Verbraucherorganisationen und der Selbsthilfe auf der Grundlage des § 140f SGB V neu aufzustellen. Zentral ist für die Verbände eine verlässliche und von Kostenträgern des Gesundheitswesens unabhängige Finanzierung.

Angesichts der hohen Bedeutung der unabhängigen Patientenberatung gerade für chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung muss die UPD durchgängig barrierefreie Formate anbieten, wie im Antrag der LINKEN gefordert. Wie im Antrag von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN hervorgehoben, ist das wohnortnahe Beratungsangebot von fundamentaler Bedeutung. Dazu soll auf bewährten Strukturen aufgebaut werden, sodass sich die UPD besonders auch mit den regionalen Beratungsstrukturen vernetzen soll. Dafür ist eine auf zivilgesellschaftlicher Basis aufgebaute Organisationsstruktur, wie sie die alte UPD dargestellt hat, prädestiniert. Die Reform der UPD muss noch in dieser Wahlperiode eingeleitet werden. Daher sollten die notwendigen Reformschritte mit dem GVWG erfolgen.

Berlin, 08.04.2021

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

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

Erika Stempfle (erika.stempfle@diakonie.de)

Dr. Tomas Steffens (tomas.steffens@diakonie.de)