

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Frau Birgit Naase  
Leiterin der Abteilung 4  
Pflugesicherung, Prävention  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

E-Mail: [PpSG-Verbaende@bmg.bund.de](mailto:PpSG-Verbaende@bmg.bund.de)  
[birgitt.naase@bmg.bund.de](mailto:birgitt.naase@bmg.bund.de)

06.07.2018/rem

Ansprechpartner:

Lutz Decker  
Deutscher Städtetag  
Tel.-Nr.: 0221-37 71-305  
E-Mail: [lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)

Aktenzeichen: 53.13.15 D

Miriam Elsaesser  
Deutscher Landkreistag  
Tel.-Nr.: 030-59 00 97-332  
E-Mail: [Miriam.Elsaesser@landkreistag.de](mailto:Miriam.Elsaesser@landkreistag.de)

Aktenzeichen: V-560-01/5

Uwe Lübking  
Deutscher Städte- und Gemeindebund  
Tel.-Nr.: 030-773 07-245  
E-Mail: [uwe.luebking@dstgb.de](mailto:uwe.luebking@dstgb.de)

Aktenzeichen:

## Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)

Ihr Schreiben vom 26.06.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung und die Möglichkeit einer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes - PpSG. Die Frist für eine Rückmeldung war allerdings bei weitem nicht ausreichend. Bitte binden Sie uns demnächst rechtzeitig ein, damit die Stimmen aus der Praxis auch gehört werden können. Ein Meinungsbild aus unserer Mitgliedschaft konnten wir vor dem Hintergrund nur eingeschränkt einholen. Wir behalten uns daher noch Ergänzungen und weitere, auch neue Hinweise im weiteren Gesetzgebungsverfahren vor.

Zu dem Gesetzentwurf positionieren wir uns wie folgt:

### Grundsätzliches

Mit dem Referentenentwurf werden zum Großteil die im Eckpunktepapier für ein Sonderprogramm Kranken- und Altenpflege angekündigten Maßnahmen umgesetzt. Darüber hinaus

wird auch die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinaus auf 35 Prozent gesetzlich festgelegt.

Es ist sehr zu begrüßen und dringend notwendig, dass dem seit Jahren zunehmenden Mangel an Pflegekräften und der damit einhergehenden Verschlechterung der Versorgung von Patienten und Patientinnen und Menschen mit Pflegebedarf endlich entgegengewirkt werden soll. Außerordentlich wichtig ist gleichzeitig, dass ebenfalls die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden sollen. Die hohe Arbeitsbelastung und -verdichtung in der Pflege dynamisiert den Personalmangelprozess, da sie u.a. einen hohen Krankenstand sowie ein frühes Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf nach sich zieht. Auch wenn die in dem Gesetzesentwurf beabsichtigten Maßnahmen nur einen ersten Schritt darstellen, sind sie dennoch ein Schritt in die richtige Richtung, um die Situation in der Pflege zu entspannen. Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, dass es grundsätzlich zu wenig ausgebildete Pflegekräfte gibt, was sicherlich auch auf die chronische Unterfinanzierung des Systems zurückzuführen ist. Es ist deswegen notwendig, die Finanzierung der Systeme insgesamt in den Blick zu nehmen statt sie kleinteilig auszugestalten.

Die Grundidee, die Finanzierung des Personals im Krankenhaus unabhängig von Fallpauschalen hausindividuell zu gestalten ist nachvollziehbar und eine bessere Finanzierung absolut notwendig. Der Gefahr einer höheren Intransparenz muss allerdings begegnet werden.

Deutlich zu kritisieren und die Intentionen konterkarierend ist die vorgesehene Streichung des Pflegezuschlages im Krankenhaus. Er wurde als Kompensation in anderer Sache gewährt und der Kompensationsgrund (Absenkung der Landesbasisfallwerte) besteht weiterhin. Das Finanzierungsvolumen von ca. 500 Mio. Euro würde mit einer solchen Regelung dann wieder für die Pflege real fehlen. Es ist dringend erforderlich, dass das Vorhaben der Streichung des Pflegezuschlages fallen gelassen wird.

Das nur Maßnahmen förderfähig sind, die nach dem 01.01.2019 begonnen werden, ist bedauerlich. Damit kommt der Ansatz für diejenigen, die bereits begonnen haben, leider zu spät.

## **Zu Einzelthemen:**

### **Pflegepersonalkosten**

Eine bessere Absicherung der Finanzierung der Pflegekosten ist uns ein Anliegen. Daher begrüßen wir auch die Chancen, die sich daraus ergeben, dass die Pflegepersonalkosten ab 2020 hausindividuell vergütet werden sollen. Dabei sind allein der tatsächliche Einsatz von Pflege und die nachweisbaren Kosten maßgeblich. Die Pflegepersonalkosten sollen nicht einer Verhandlung und Budgetierung mit den Kostenträgern unterliegen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang,

- dass die Methode zur Weiterentwicklung der DRG Pauschalen sowie zur Einführung der neuen Bewertungsrelationen (Pflege) schlüssig und umsetzbar ist und
- die Übergangsregelungen zur Finanzierung der Anzahl (ab 2018) und Tariflohnsteigerung (ab 2019) der Pflegebeschäftigten nachvollziehbar und hilfreich sind.
- Zudem ist die Klarstellung, dass der Einsatz von Pflegepersonal als wirtschaftlich nach § 12 SGB XII gilt, wichtig.

Wenn ab 2020 aus dem DRG-Budget ein Budget für Pflege herausgerechnet werden soll, erscheint unklar, auf welcher Basis dies erfolgen soll. Erfolgt es auf der Basis 2018, dann setzt sich der aktuelle Mangel bzgl. eingesetzter Pflegekräfte fort. Erfolgt es auf der Basis des Jah-

res 2019, dann wird es darauf ankommen, ob und in welcher Höhe es gelungen ist, die Anzahl geeigneter Kräfte zu steigern. Egal auf welcher Basis kann ein „Budgetüberschuss“ demnach nicht erwirtschaftet werden. Hier verweisen wir dringend u.a. auf unsere Ausführungen zu den Investitionskosten.

Zu dem geplanten Wegfall des Pflegezuschlages zum 31.12.2019 darf es, wie schon eingangs beschrieben, nicht kommen. Im Rahmen der Rückmeldungen aus unserer Mitgliedschaft kam es in diesem Kontext auch zu dem sehr kritischen Hinweis, dass dann zusammen mit der Umwandlung von einer nicht zweckgebundenen Finanzierung in eine zweckgebundene Finanzierung mit einem Erlösrückgang für Krankenhäuser zu rechnen ist. Dies wurde dann auch mit Blick auf die hierdurch entstehenden Nachweispflichten und gegebenenfalls damit verbundenen weiteren MDK-Prüfungen und der damit verbundenen Bürokratisierung kritisch beurteilt.

Ein weiteres Problem besteht in den in vielen Krankenhäusern sehr unterschiedlichen Strukturen in der Patientenversorgung auf den Stationen. Aufgrund des bestehenden Kostendruckes wurden in den vergangenen Jahren die Pflegekräfte vielfach von bestimmten Aufgaben (z. B. Verpflegungsassistenten, Versorgungsassistenten, Stationsassistenten und -sekretärinnen) entlastet. Auch der Einsatz von dreijährig ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegern und Pflegehelfern findet in unterschiedlichen Verhältnissen in den Kliniken statt. Hier bestehen Notwendigkeiten, dies sachgerecht bei der Ausgliederung der Personalkosten aus der DRG-Kalkulation abzubilden.

Eine besondere Herausforderung ist auch die Befriedigung des Personalbedarfs in der Pflege. Angesichts der schon vielen offenen Stellen im Bereich der Pflege dürfte sich die Lage weiter verschärfen. Wenn der Personalbedarf durch Pflegekräfte aber wegen der fehlenden Fachkräfte nicht gedeckt werden kann, sind Einrichtungen gezwungen die Versorgungsstrukturen weiter anzupassen (im Krankenhaus beispielsweise durch operationstechnische Assistenten). Diese Stellen werden jedoch nicht besonders finanziert, wenngleich Sie auch zur Verbesserung der Situation in der Pflege beitragen.

## **Ausbildung**

Wir begrüßen, dass die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften unterstützt werden soll. Dazu gehören

- die Investitionen in Ausbildungsstätten,
- der Entfall der Anrechnung von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr.

Eine weiterführende Unterstützung wäre hier allerdings konsequent. Zu dieser muss gehören:

- die Unterstützung auch der Ausbildung von Lehrkräften für Krankenpflegesschulen,
- der Abgleich mit den neuen Rahmenlehrplänen bzw. die Überprüfung der Anrechnung von Auszubildenden in allen Ausbildungsjahren, und
- die Sicherstellung dass die im aktuellen Referentenentwurf noch anzurechnenden Auszubildenden im Rahmen der Pflegepersonalkosten finanziert werden.

Hierzu regen wir entsprechende Ergänzungen an.

## **Investitionen**

Wir begrüßen, dass die investiven Maßnahmen, die mit aktuellen bundespolitischen Zielen korrelieren, aus dem Strukturfonds gefördert werden können. Dazu gehören

- die Erweiterung von Ausbildungsstätten,

- die Einrichtung von integrierten Notfallzentren,
- die Umsetzung von IT Sicherheit und
- die Vernetzung von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen.

Weiterhin ungelöst bleibt allerdings die langjährige Unterfinanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder. Diese Unterfinanzierung dürfte wesentlich zu Organisationsmaßnahmen zur Erwirtschaftung eines Deckungsbeitrags geführt haben, wovon das ganze Krankenhaus und somit auch der Bereich der Pflegepersonalkosten betroffen war. Eine langjährig nachhaltige Lösung wäre hier extrem wichtig. Von daher darf es zur Lösung der Krankenhausfinanzierungsproblematik nicht nur um den Bereich Pflege gehen, sondern es müssen die Querverbindungen berücksichtigt werden. Eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung ist essentiell!

### **Fixkostendegressionsabschlag**

Die gesetzliche Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags auf 35% (Regelsatz) ist vorteilhaft gegenüber der hausindividuellen Verhandlung, bringt für die Vertragsparteien vor Ort Klarheit und wird von uns begrüßt. Es sollten jedoch die Sachverhalte mit reduzierten Abschlagssätzen überprüft und ergänzt werden (zumindest um das Leistungssegment der Geburten sowie um Leistungen aus der Umsetzung neuer Versorgungsaufträge)

Da bei Gelegenheit dieses Gesetzes der § 4 Krankenhausentgeltgesetz geändert wird, erlauben wir uns hierzu einen weiteren, uns aus der Mitgliedschaft gemeldeten, wichtigen Änderungsbedarf zu beschreiben: Richtig erscheint die Beibehaltung der in § 4 Abs. 2b Satz 3 KHEntgG genannten Ausnahmetatbestände vom Fixkostendegressionsabschlag. Allerdings bedarf es offenbar in Bezug auf den Buchstaben c) der genannten Ausnahmetatbestände einer Konkretisierung. Dort ist von „nicht bei...zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.“ die Rede. Hier sollten in der Formulierung aber vielmehr deutungssicher auch die quantitativ bewilligten Versorgungsaufträge erfasst sein (also etwa „nicht bei...zusätzlich qualitativ oder quantitativ bewilligten Versorgungsaufträgen,...“). Hintergrund dieses Vorschlags ist die Position der Krankenkassen, dass bei der bisherigen Regelung die Formulierung „für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand“ derart zu interpretieren ist, dass es sich ausschließlich um rein qualitative Veränderungen des Versorgungsauftrags handeln kann. Die bisherige Gesetzesbegründung kann ebenso in dieser Art gedeutet werden. Dies führt dazu, dass quantitative Erweiterungen des Versorgungsauftrags nach Ansicht der Kostenträger vom Fixkostendegressionsabschlag umfasst werden. Das hat zur Folge, dass ggf. erfolgende Bettenerweiterungen, obwohl konsentiert nachgewiesen und angeordnet, in den ersten drei Jahren der Inbetriebnahme nur mit 65% der Erlöse refinanziert werden. Real wird uns aus den Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 berichtet, dass Mehrleistungen durch im Feststellungsbescheid zusätzlich bewilligte Betten in der Intensivmedizin, der Neurologie oder der Kardiologie mit einem 35%igen oder noch höheren Abschlag vereinbart werden sollen. Es handelt sich hierbei teilweise um Bettenzuweisungen, die die ursprüngliche Kapazität mehr als verdoppeln.

Wir meinen, dass eine solche Rechtsinterpretation sowohl den Willen des Gesetzgebers unterläuft, aber auch die Gestaltung der Krankenhauslandschaft durch die Aufsichtsbehörden konterkariert. Unterstützt fühlen wir uns in unserer Auffassung durch eine Position des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Gröhe und durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 20.12.2007 (Urteilsnummer BVerwG 3c 53.06 Randnummer 30), in dem, festgehalten wird: „Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses, wie es die Klägerin betreibt, ergibt sich nach § 4 Nr. 1 BPflV in erster Linie aus den Festlegungen des Krankenhausplans. Der

Krankenhausplan bestimmt die medizinischen Bereiche, in denen das Krankenhaus tätig werden soll, und legt die Zahl der Betten fest, mit denen das Krankenhaus in den Plan aufgenommen wird. Setzt das Krankenhaus daher zur Behandlung seiner Patienten zusätzlich zu den genehmigten Planbetten weitere Betten ein, um seine Kapazität zu erweitern, so überschreitet es seinen Versorgungsauftrag nicht anders, als wenn es auf medizinischen Gebieten tätig wird, die ihm im Krankenhausplan nicht zugewiesen sind.“ Das Bundesverwaltungsgericht unterscheidet damit den Versorgungsauftrag in zwei Dimensionen, sieht aber beide Bereiche als gleichwertig nebeneinander. Die einseitige Privilegierung eines Bereiches ist daher nicht nachvollziehbar. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie sich diesem Präzisierungsvorschlag anschließen.

## **Tarifsteigerungen**

Schwierig scheint der Kostennachweis der Tariflohnsteigerung im Jahr 2019. Es ist unklar, ob hier die Vorlage eines gültigen Tarifs gemeint ist, oder ob bereits ein Verwendungsnachweis für tatsächliche Pflegekosten gefordert wird. Letzteres erschiene zumindest unlogisch. Unklar ist auch die Umsetzung der Finanzierung von Tariflohnsteigerungen bereits für das Jahr 2018. Ist hier eine Ausgleichsregelung angedacht?

Ein Manko des Entwurfs sind die nicht gedeckten Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern. Sie werden nur zum Teil (nämlich in der Pflege) behoben. Bei den anderen Berufsgruppen (immerhin knapp zwei Drittel der Beschäftigten) bleibt die alte Regelung bestehen (50 % der nicht gedeckten Tarifsteigerung wird gegenfinanziert). Damit bleibt die Unterdeckung der Tarifentwicklungen in weiten Teilen bestehen. Aufgrund der nicht mehr vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus führt dies weiterhin zu einer systembedingten Unterfinanzierung, die in den meisten Krankenhäusern nicht mehr kompensiert werden kann. Hier ist eine Nachbesserung des Gesetzentwurfes notwendig.

Wichtig wäre zudem die Klarstellung, dass nicht nur prozentuale Tarifierhöhungen, sondern auch strukturell aufgrund tariflicher Regelungen bedingte Kostensteigerungen (z. B. zusätzlich Urlaubstage bei Wechselschicht; notwendige Höhergruppierungen durch Änderungen der Entgeltordnung etc.) finanziert werden. So wurde im letzten Tarifabschluss z. B. festgelegt, dass bei Wechselschicht in der Pflege der bisherige Zusatzurlaub von 6 Tagen pro Jahr auf bis zu 9 Tage pro Jahr erhöht wird. In einem Krankenhaus, in dem z. B. 200 Pflegekräfte bisher in der Wechselschicht tätig waren und den maximalen Zusatzurlaub in Anspruch genommen haben, führt dies zu 600 Arbeitstagen, die zukünftig durch zusätzliche Kräfte abgedeckt werden müssen.

## **Altenpflege**

In Artikel 10 zur Änderung des SGB XI sind zur Stärkung des Pflegepersonals in der Altenhilfe folgende Schwerpunkte vorgesehen:

- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können zusätzliche Pflegekräfte einstellen, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden.
- Pflegeheime und Pflegedienste erhalten Zuschüsse für digitale Anschaffungen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten sollen.
- Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen, werden unterstützt.

- Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen wird weiter verbessert und vereinfacht und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben (Sprechstunden per Video).

Sämtliche Maßnahmen zur Stärkung der Altenpflege werden im Grundsatz begrüßt. Die Gesamtentwicklung in der Pflege, die durch einen Pflegefachkraftmangel bei gleichzeitig steigendem Bedarf an Pflegeleistungen gekennzeichnet ist, setzt alle verantwortlichen Akteure unter Druck. Doch es sind die Kommunen, in denen die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen leben und in denen die Pflege stattfindet. So ist es ein wichtiges Ansinnen aller Kommunen, im Sinne guter Lebensbedingungen vor Ort die notwendige Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen sicherzustellen. Ausreichendes Pflegepersonal ist dabei elementar.

Die Finanzierung sämtlicher Schwerpunktmaßnahmen findet nach dem Entwurf außerhalb der nach SGB XI zu vereinbarenden Pflegesätze statt und wird unmittelbar von den Pflege-/Krankenkassen getragen. Somit werden weder die Pflegebedürftigen noch der Sozialhilfeträger damit belastet. Dies ist angesichts der ohnehin hohen Eigenanteile in der Finanzierung und der daraus resultierenden hohen Belastung der Pflegebedürftigen sowie der Sozialhilfeträger wichtig und wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist zu bedenken, dass bei Einführung der Pflegeversicherung angedacht war, die gesamten SGB V Leistungen (Behandlungspflege) – wie im ambulanten Bereich – über die Krankenversicherung zu finanzieren. Aus Kostengründen wurde hiervon schließlich Abstand genommen. Dringend notwendig ist die Finanzierung aller behandlungspflegerischen Leistungen über das SGB V, die wir hiermit erneut einfordern.

Zur Stärkung der Pflegeleistungen in der vollstationären Pflege soll den Einrichtungen auf Antrag zusätzliches Pflegepersonal, das über die Pflegesatzvereinbarung hinausgeht, über einen Vergütungszuschlag finanziert werden. Aktuell befinden sich die Einrichtungen personell bereits in einer sehr angespannten Situation und sind häufig bereits nicht in der Lage, das vereinbarte Personal vorzuhalten. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahme ist mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden (monatliche Auszahlung des Vergütungszuschlags, Bericht an das BMG, Nachweisverfahren). Es ist zu befürchten, dass sich der mit der Umsetzung verbundene Verwaltungsaufwand hemmend auf die Inanspruchnahme in den Einrichtungen auswirken wird.

Gleichzeitig stellt sich aus Sicht der Kostenträger in der Langzeitpflege die Frage, inwiefern die separate Vorhaltung der entsprechenden Stellen sichergestellt werden soll. Dieses außerhalb der geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen finanzierte Personal fällt nicht in die Prüfungskompetenz der Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung und kann daher weder im Umfang noch im Rahmen der Weitergabe der refinanzierten Personalkosten an die Mitarbeiter geprüft werden. Eine parallele Prüfung durch die Krankenkassen führt letztlich zu Doppelstrukturen. Es ist eine klares und einheitliches Nachweisverfahren sicherzustellen, das auch das System Altenpflege berücksichtigt und Doppelstrukturen vermeidet.

Zu kritisieren ist, dass die Maßnahmen in der Langzeitpflege weit hinter den Maßnahmen zur Verbesserung in der Krankenpflege zurückbleiben:

- Die Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte in der Langzeitpflege ist im Gegensatz zu einer Vollfinanzierung aller zusätzlichen Pflegestellen im Krankenhaus gedeckelt.
- Tarifsteigerungen werden nur für den Bereich der Krankenpflege finanziert.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung wird nur in Krankenhäusern und (teil)stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt.

- Die Ausbildungsfinanzierung in der Altenpflege wird im bisherigen Entwurf nicht aufgeführt, obwohl er im „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ vorgesehen ist.

Derartige Besserstellungen von Pflegekräften in Krankenhäusern könnte eine Abwanderung von Pflegekräften aus der Altenpflege bedingen und das dort ohnehin bestehende Problem eines Personalmangels weiter verstärken.

Das Zustandekommen von Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Ärzten unter aktiver Beteiligung der KVen ist sehr zu begrüßen. Eine konstruktive und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Ärzten ist in der Regel eine große Herausforderung. Diese Versorgungsschnittstellen zu glätten, wird die Versorgung der Pflegebedürftigen verbessern und für bessere Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen sorgen. Allerdings sollte präzisiert werden, wie diese Kooperationsverträge praktisch umgesetzt werden sollen und ob weiterhin eine freie Arztwahl gegeben ist.

Die Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung ist sinnvoll. Zu beachten ist aber die Begrenzung des maximal möglichen Zuschusses von 12.000 € auf 40 %. 60 % der Investitionen sind danach von den Pflegediensten / Pflegeeinrichtungen zu finanzieren und gehen letztlich zu Lasten der Pflegebedürftigen bzw. der Sozialhilfeträger.

Für den Bereich der Altenpflege bleibt festzuhalten, dass die Maßnahmen des Gesetzentwurfes nur als erster Schritt zur Entspannung der Situation angesehen werden können. Zeitlich versetzt kündigt der Gesetzentwurf in weiteren Schritten die inzwischen angestoßene konzertrierte Aktion Pflege für die Verbesserung der Situation in der Langzeitpflege an. Das System Langzeitpflege einschließlich der Finanzierung (Teilkaskoprinzip, Deckelung der SGB XI Leistung, steigende Eigenbeteiligungen der Anspruchsberechtigten nach SGB XI und/oder der Kostenträger des SGB XII) wird hier mit dem Ziel einer umfassenden Verbesserung der Rahmenbedingungen insgesamt auf den Prüfstand zu stellen sein.

## **Infektionsschutz**

Aus Sicht des Infektionsschutzes sind die vorgesehenen Ergänzungen zu begrüßen. Durch Zulassung weiterer Untersuchungsmethoden erweitert sich der Handlungsspielraum bei der sogenannten Erstuntersuchung von Asylbewerbern in Gemeinschaftsunterkünften. Die Einbeziehung von Angehörigen im Familiennachzug schafft bezüglich des Infektionsschutzes gleiche Bedingungen für alle Asylbewerber und trägt der epidemiologischen Situation Rechnung.

Die Erweiterung auf nicht im Erstaufnahmелager befindliche Personen ist zu begrüßen. Hier bestand bisher eine massive Regelungslücke. Es ist allerdings immer noch keine eindeutige Regelung getroffen bezüglich der Diagnostik bei Minderjährigen, die ja vor der Stellung eines Asylantrages vom Jugendamt in Obhut genommen werden, also erhebliche Definitionsschwierigkeiten bzgl. der erforderlichen/erlaubten Diagnostik hervorufen. Dies ist zu regeln.

## **Weitere Hinweise und offene Fragen**

Die Einbeziehung der Krankenpflege in den Bereichen Psychosomatik und Psychiatrie könnte wirkungsgleich parallel erfolgen. Stattdessen baut der Referentenentwurf auf einer schwer einschätzbaren Modifikation der PsychPV / Bundespflegesatzverordnung auf.

Wichtig aus Sicht der Krankenhäuser ist die sorgfältige Abgrenzung von Pflegekosten aus der IneK-Kalkulation. Ausgliederung und Abdeckung der neuen Pflegebewertungsrelationen müssen sehr genau deckungsgleich sein.

Die Überprüfung von Dokumentationspflichten wird sehr begrüßt. Ebenso die Finanzierung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfolgt eine Begrenzung der möglichen Förderung von 7.500 € auf 50 %, so dass 50 % letztlich zu Lasten der Pflegebedürftigen bzw. der Sozialhilfeträger gehen.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Stefan Hahn  
Beigeordneter  
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese  
Beigeordneter  
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking  
Beigeordneter  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes