



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Telefon: 030 284 44 7 - 822, Telefax: 030 284 44 7 - 828
Mail: cbp@caritas.de, www.cbp.caritas.de

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

Stellungnahme zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

zum Pflegepersonalstärkungsgesetz

vom 25.06.2018

gleichzeitig als

Stellungnahme zum Fachkräftebedarf in der Eingliederungshilfe

an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales:

Stärkung des Personals in der Eingliederungshilfe dringend erforderlich

Berlin, den 8. August 2018

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel. 030-284447-822, Fax 030 – 284447-828
info@caritas.cbp.de – www.caritas.cbp.de

Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben, einer der größten Interessenvertretungen der gemeinnützigen Anbieter der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP tragen die Verantwortung für über 94.000 Mitarbeitende und unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft.

Zusammenfassung

Der CBP begrüßt, dass der Referentenentwurf zum Pflegepersonalstärkungsgesetz darauf abzielt, die Ausbildung und Gewinnung von Fachkräften in der Pflege zu stärken und weiterzuentwickeln und dies durch Bundesmittel zu finanzieren sowie durch Bundesprogramme zu fördern. Der Referentenentwurf zeigt, dass die personelle Stärkung der Kranken- und Altenpflege auf Bundesebene eine hohe Priorität besitzt. Gleichzeitig ist sichtbar, dass die Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und im Krankenhaus unterschiedlich und nicht gleichwertig gestaltet sind. Im Krankenhaus soll beispielsweise künftig jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert werden. In stationären Pflegeeinrichtungen sollen lediglich bis zu zwei Pflegestellen – und dies auch nur für Einrichtungen ab 121 Plätzen – refinanziert werden.

Von dem im Referentenentwurf vorgesehenen Pflegesofortprogramm sind die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe ausgeschlossen. Diese strukturelle Ungleichbehandlung ist nicht nachvollziehbar, zumal die Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe sowohl die Pflege nach § 43 a SGB XI als auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V für über 800.000 Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen übernehmen. Im Jahre 2014 waren 81.172 Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe pflegebedürftig¹. In der Zwischenzeit ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung weiter stark gestiegen und nimmt aufgrund der Altersstruktur weiter stark zu. Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung stellt eine vergleichbare Herausforderung für die Beschäftigten dar, wie für die Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen. Bundesweit melden CBP-Mitglieder zunehmend Personalbedarf und Fachkräftemangel. Durch die geplanten neuen Maßnahmen im Pflegepersonalstärkungsgesetz und durch die bereits in Kraft getretene neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) ist mit einer weiteren Abwanderung von Fachkräften und jungen Menschen aus der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in die Pflegeberufe zu rechnen. Ein Effekt, der übrigens auch bereits bei den gesetzlichen Maßnahmen und Stärkung der Kindertagesstätten eingetreten ist. Es sind vor allem die Berufsgruppen der Heilerziehungspflege und Heilpädagogik, die der Eingliederungshilfe verloren gehen.

Aus diesem Grunde fordert der CBP die Einbeziehung der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe bei bundesweiten Maßnahmen zur Personalverbesserung. Im Bereich der Stärkung und Ausbildung von Fachkräften sind die Sozial-, Gesundheits- und Pflegeberufe als Gesamtes zu betrachten. Einzelmaßnahmen gefährden das Gesamtgebäude gesundheitlichen und wohlfahrtsstaatlichen Handelns, das ineinander sehr vielfältig verwoben und vernetzt ist.

Der CBP appelliert deshalb, auch geeignete Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften und der Verbesserung von Arbeitsbedingungen in der Behindertenhilfe und Psychiatrie auf der Bundesebene zu ergreifen. Dies ist auch deshalb eine vordringliche Aufgabe, da sich die

¹ Endbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales 2014: Verbesserung der Datengrundlage zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a127-verbesserung-datengrundlage-eingliederungshilfe-menschen-mit-behinderung.html>

Bundesregierung mit der Annahme der UN-Behindertenrechtskonvention in 2009 zur inklusiven Weiterentwicklung der Gesellschaft verpflichtet hat. Die gleichberechtigte und umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und mit psychischen Erkrankungen braucht hochqualifizierte Fachkräfte. Dies wird insbesondere deutlich, wenn man sich die aktuellen Herausforderungen vergegenwärtigt, die mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) seit dem 1.1.2017 anzugehen sind. Das BTHG setzt leistungrechtlich neue Rahmenbedingungen in und für die Eingliederungshilfe, die ein hohes Maß an Fachlichkeit aller Beteiligten voraussetzen. Deshalb weist der CBP auf die Dringlichkeit der Stärkung des Fachpersonals in der Eingliederungshilfe hin, zu dem Heilerziehungspfleger/innen, Erzieher/innen, Soziale Assistenten/innen, Heilpädagogen/innen etc. gehören. Die größte Berufsgruppe in der Eingliederungshilfe stellen die Heilerziehungspfleger/innen, die vor allem in der Begleitung, Betreuung und in der Pflege von Menschen mit Behinderungen beschäftigt sind. Heilerziehungspfleger/innen sind sozialpädagogisch-heilpädagogisch und pflegerisch ausgebildete Fachkräfte, die vor allem in stationären und teilstationären Einrichtungen und in ambulanten Diensten für Menschen mit Behinderungen tätig sind. Das Aufgabenverständnis der Heilerziehungspflege umfasst Pädagogik, Begleitung, Assistenz, Beratung, Unterstützung, Bildung und Pflege von Menschen mit Behinderungen aller Altersstufen in deren jeweiligem Lebensumfeld.

Durch den Referentenentwurf werden neue Rahmenbedingungen für die Personalgewinnung und die Personalausstattung von Einrichtungen und Diensten im Pflege- und Gesundheitswesen geschaffen. Aus den Diensten und Angeboten der Eingliederungshilfe droht eine erhebliche Personal-Abwanderung in die Krankenhäuser, Krankenpflege und Altenhilfe. Auch an den Ausbildungsstätten, Akademien und Fachschulen der Heilerziehungspflege und Heilpädagogik ist mit einem erheblichen Rückgang der Schüler- und Studentenzahlen zu rechnen, wenn die Rahmenbedingungen in den Gesundheitsberufen durch z.B. Ausbildungsvergütungen und Schulgelderlass gegenüber den Berufsausbildungen in der Eingliederungshilfe privilegiert werden.

I. Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Artikel 2 Nummer 1

§ 17 a Abs. 1 S. 3 und 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Finanzierung von Ausbildungskosten

Nach § 17 KHG sollen die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe ab 2019 im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden.

Bewertung:

Der CBP begrüßt die vollständige Finanzierung der Ausbildungskosten im ersten Ausbildungsjahr durch die Kostenträger. Diese Regelung trägt erheblich zur Verbesserung der Finanzierung von Ausbildungsstellen und zur Schaffung von neuen Ausbildungsstellen in der Krankenpflege bei. Die Maßnahme ist wichtig, um junge Menschen für diesen Beruf zu gewinnen.

In gleicher Weise sollen aber auch die Ausbildungskosten in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie finanziert werden. Diese Maßnahme ist wichtig, um junge Menschen für den Beruf der Heilerziehungspflege und vergleichbarer sozialer Berufe zu gewinnen.

Die Maßnahme sollte aus der Sicht des CBP unbedingt durch den Zugang von jungen Fachkräften aus dem europäischen Ausland sowie aus dem nichteuropäischen Ausland flankiert werden. Der CBP fordert deshalb das bundesweite Sonderprogramm zur "Förderung der beruflichen Mobilität von ausbildungsinteressierten Jugendlichen aus Europa (MobiPro-EU)" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wieder neu zu starten und auf alle Berufe im sozialen Bereich, insbesondere auch der Heilerziehungspflege auszuweiten. Das Bundesprogramm „MobiPro-EU“ erstreckte sich bisher nur auf duale Ausbildungen und schloss die

Berufe im sozialen Bereich aus, die eine schulische Ausbildung erfordern wie z.B. Altenpflege, Heilerziehungspflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpfleger und Erzieher. Gerade in diesen Berufen bestehen aber ein sehr großer Bedarf an Arbeits- und Fachkräften. Am 23. März 2016 hat das Bundeskabinett beschlossen, das Sonderprogramm zu beenden mit der Folge, dass nur noch das Ausbildungsjahr 2016 gefördert wird. Angesichts des Fachkräftemangels im sozialen Bereich regt der CBP an, dieses Programm zu erneuern oder ein vergleichbares Sonderprogramm für Fachkräfte im sozialen Bereich zum 01.01.2019 zu starten. Ferner sollen nicht nur Ausbildungen, sondern auch Weiterbildungen zum Heilerziehungspflege gefördert werden.

Ergänzungsvorschlag:

Der CBP schlägt vor, die vollständige Refinanzierung der Ausbildungskosten im ersten Ausbildungsjahr durch die Kostenträger gesetzlich festzulegen sowie ein neues Bundesprogramm zu starten.

1. **§ 97 SGB IX** wie folgt zu erweitern: *Abs. 2 Die Kosten der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Leistungserbringers infolge der Ausbildung, der Weiterbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung, sind durch Zuschläge zu finanzieren.*
2. **Ein Bundesprogramm zur Förderung der beruflichen Mobilität von ausbildungsinteressierten jungen Menschen aus Europa und aus dem Ausland für Fachkräfte im sozialen Bereich zum 01.01.2019 zu starten.**

Artikel 5 – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung § 11 Abs. 1 Nr. 3b Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Förderungsfähige Vorhaben

Nach § 11 KHSFVO wird die Umwandlung eines Krankenhauses oder von Teilen von stationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhausträgers in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung der stationären Rehabilitation förderungsfähig nach § 12 Abs. 2 S. 4 KHG.

Bewertung:

Die strukturelle Förderung von Umwandlungen von Versorgungseinrichtungen von Krankenhausträgern in Einrichtungen der stationären Rehabilitation stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber den bisherigen Trägern von Einrichtungen der stationären Rehabilitation, die z.B. auch im Bereich der Eingliederungshilfe tätig sind. Diese werden von der Förderung ausgeschlossen. Es handelt sich um eine einseitige Subvention von Krankenhausträgern. Es ist sachlich nicht nachzuvollziehen, aus welchem Grunde z.B. die Umwandlung eines Krankenhauses in eine Einrichtung der Rehabilitation von Menschen mit Behinderung mehr Förderung erfahren soll als die Träger von Einrichtungen, die sich bereits auf die Rehabilitation von Menschen mit Behinderung spezialisiert haben. Gerade die Träger von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung melden seit Jahren mangelnde Finanzierung der Einrichtungen durch die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Ergänzungsvorschlag:

Der CBP schlägt vor, die Umwandlung der bisherigen stationären Einrichtungen in die besonderen Wohnformen nach dem Bundesteilhabegesetz entsprechend zu finanzieren und diese Verpflichtung für die Träger der Eingliederungshilfe ausdrücklich gesetzlich aufzunehmen.

Formulierungsvorschlag: § 150 a SGB IX Förderungsfähige Maßnahmen

Ein Vorhaben zur Weiterentwicklung der Qualität der Eingliederungshilfe durch

1. *Gewinnung und Sicherung qualifizierter Fachkräfte,*
2. *barrierefreie Gestaltung der Wohnräume,*

3. die Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Eingliederungshilfe,
4. inhaltliche Herausforderungen in der Eingliederungshilfe zu bewältigen,
wird gefördert.

Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Erweiterung auf die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ist erforderlich

Artikel 7 Nummer 2

§ 20b Abs. 3 SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach § 20 b Abs. 3 SGB V RefE sollen die Krankenkassen bei Beratung und Unterstützung besonders den Fokus auf Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen legen.

Bewertung:

Der CBP macht darauf aufmerksam, dass die Einbeziehung der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe bei der betrieblichen Gesundheitsförderung erforderlich ist. Im Übrigen sind die regionalen Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V in der Praxis nicht bekannt. Der Grund für die grundsätzliche Fokussierung der Beratung und Unterstützung der regionalen Koordinierungsstellen ausschließlich auf die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtung ist sachlich nicht nachvollziehbar, zumal die Beschäftigten in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe ähnlichen Belastungen im Arbeitsalltag ausgesetzt sind und ebenfalls in die gesetzlichen Krankenkassen ihre Sozialversicherungsbeiträge abführen.

Ergänzungsvorschlag:

Aus Sicht des CBP ist es notwendig, die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe zu benennen und ihre Einbeziehung zu fördern.

Formulierungsvorschlag: § 20b SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung

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

Artikel 7 Nummer 3

§ 20d Abs. 3 SGB V Nationale Präventionsstrategie

Neuregelung:

Im Fokus der Präventionsstrategie sollen nach § 20 d Abs. 3 SGB V RefE sollen die Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen stehen.

Bewertung:

Aus Sicht des CBP ist es notwendig, die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ebenfalls zu benennen und ihre Einbeziehung zu fördern.

Ergänzungsvorschlag: § 20 d Abs. 3 SGB V Nationale Präventionsstrategie

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. *Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches **sowie bei Leistungserbringern der Eingliederungshilfe.*** Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt weitere Bundesministerien, soweit die Rahmenempfehlungen ihre Zuständigkeit berühren. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

Artikel 7 Nummer 4

§ 37 Abs. 2 a SGB V Häusliche Krankenpflege i.V.m. Art. 10 Nr. 2 § 8 Abs. 6 SGB XI Pauschaler Vergütungszuschlag für Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung vom zusätzlichen Personal

Bewertung:

Die Schaffung von ca. 13.000 neuen Personalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen wird begrüßt. Der CBP weist darauf hin, dass die medizinische Behandlungspflege ebenfalls in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht und diese bisher durch die Träger der Sozialhilfe nicht auskömmlich finanziert wird. Diese mangelhafte Finanzierung wird letztlich auf dem Rücken von Menschen mit Behinderungen ausgetragen. Die Finanzierung der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe soll künftig unbedingt durch die Krankenkassen erfolgen, zumal durch die Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz die Träger der Sozialhilfe/Träger der Eingliederungshilfe sich zunehmend weigern, die Kosten der Behandlungspflege zu finanzieren. In der Praxis besteht aufgrund der ablehnenden Bewilligungspraxis der Krankenkassen faktisch der Ausschluss von Menschen mit Behinderung von Leistungen der häuslichen Krankenkassen in Wohnstätten der Eingliederungshilfe und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Änderung des § 37 SGB V zugunsten von Menschen mit Behinderung dringend erforderlich!

Begründung:

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V wird Menschen mit einer Behinderung, die pflegebedürftig sind und/oder in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, häufig von den gesetzlichen Krankenkassen teilweise unrechtmäßig abgesprochen. Dieser faktische Leistungsausschluss muss durch eine gesetzliche Änderung in § 37 SGB V behoben werden. Einige gesetzliche Krankenkassen lehnen eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege für Menschen in Wohnstätten der Behindertenhilfe pauschal und ohne Einzelfallprüfung mit dem Argument ab, dass diese Einrichtungen keine Häuslichkeit im Sin-

ne des § 37 SGB V (kein „geeigneter Ort“) seien. Die Krankenkassen lehnen die Anträge ab und verkennen dabei, dass die Wohnstätten der Eingliederungshilfe das „Zuhause“ der betroffenen Menschen sind.

Der Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege muss den Menschen mit Behinderung unabhängig vom Wohnort geöffnet werden. In § 37 Abs. 1 und 2 SGB V sollte entsprechend klargestellt werden, dass auch Wohnstätten der Behindertenhilfe ein „geeigneter Ort“ sind.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat bereits in 2015² entschieden, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe grundsätzlich in den Anwendungsbereich des § 37 SGB V fallen. In einer Einzelfallprüfung soll ermittelt werden, ob die Einrichtung personell und sächlich aufgrund der Vereinbarung mit dem Träger der Eingliederungshilfe so ausgestattet ist, dass sie die Behandlungspflege vertraglich übernehmen muss. Müsse die Einrichtung kein medizinisch ausgebildetes Personal vorhalten, seien *regelmäßig* einfachste Maßnahmen der Krankenpflege von der Einrichtung selbst zu erfüllen, so das Bundessozialgericht. In der Praxis lehnen jedoch die Krankenkassen *ohne Ausnahme* die einfachsten Krankenbehandlungsmaßnahmen ab. Ferner vertreten viele Krankenkassen die Ansicht, dass der Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen auf medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen bereits durch den in § 43a Satz 2 SGB IX genannten Betrag in Höhe von 266 EUR abgegolten sei und ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestehe.

Dieser faktische Leistungsausschluss muss unbedingt vom Gesetzgeber behoben werden. Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, sind schon dadurch benachteiligt, dass sie von Leistungen der Pflegeversicherung durch den Pauschalhöchstbetrag nach § 43a SGB XI in Höhe von 266 EUR ausgeschlossen sind. Dieser Betrag wurde vor über 20 Jahren festgesetzt und nur einmal erhöht.

Ein weiterer Problembereich in Bezug auf die häusliche Krankenpflege besteht in Werkstätten für behinderte Menschen. Dort wird ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur zugesprochen, wenn ein „*besonders hoher Pflegebedarf*“ vorliegt. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff in § 37 SGB V führt unweigerlich zu einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten. Es ist sachlich nicht nachvollziehbar, warum in den Werkstätten, wo Fachpersonal in der Regel aus Handwerkern besteht, nur „bei besonders hohem Pflegebedarf“ ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen soll, in Kindertagesstätten jedoch zum Beispiel nicht. Die Begründung durch den § 10 Werkstättenverordnung ist sachlich nicht ausreichend, zumal die unzureichende Finanzierung der Pflegepersonals in Werkstätten für behinderte Menschen in der Praxis häufig zum Ausschluss von der Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 221 Abs. 2 SGB IX führt. Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen besteht ein dringender Änderungsbedarf.

Menschen mit Behinderung muss unabhängig vom Wohnort und von der Beschäftigungsstätte der Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenversicherung geöffnet werden. Der Umfang des Anspruchs darf nicht eingeschränkt werden. Mindestens bedarf es der gesetzlichen Klarstellung, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung einander ergänzen können. § 37 Abs. 3 SGB V sollte auch für ein Leben in einer Einrichtung der Behindertenhilfe gelten und erweitert werden.

Die Finanzierung der häuslichen Krankenpflege soll durch die Krankenversicherung (originärer Sozialversicherungsträger) erfolgen und nicht durch die Träger der Eingliederungshilfe.

Änderungsvorschlag: § 37 Abs. 1 SGB V

*(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten, **Wohngemeinschaften und Wohnstätten der Eingliederungshilfe und Werkstätten für behinderte Menschen**, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn*

² Bundessozialgericht Urteile vom 25. Februar 2015 AZ: B 3 KR 10/14 R und B 3 KR 11/14 R und B 3 KR 16/14 https://www.bsg.bund.de/DE/Entscheidungen/Entscheidungen-ab-2010/entscheidungen-2010_node.html

Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere auch in Schulen, Kindergärten, **Wohngemeinschaften und Wohnstätten der Eingliederungshilfe und Werkstätten für behinderte Menschen** als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

§ 37 Abs. 2 S. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Leistungserbringer der Eingliederungshilfe erhalten als Ergänzung zur Vergütung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege. Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass der Leistungserbringer über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Vereinbarung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch vorzuhaltende Personal hinausgeht. Der Anspruch beläuft sich für die Einrichtungen auf die Kosten für zusätzlich

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

Der Vergütungszuschlag ist von den Krankenkassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere für die Antragstellung sowie für seine Mitglieder das Zahlungsverfahren. Dabei hat die Auszahlung des gesamten Zuschlags einheitlich über eine Krankenkasse an die Leistungserbringer vor Ort zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung.

Artikel 7 Nummer 5

§ 40 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Nach § 40 Abs. 2 SGB V RefE sollen Krankenkasse stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige bewilligen und zwar unabhängig von § 40 Abs. 1 SGB V, der bestimmt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen vorrangig sind.

Bewertung:

Aus Sicht des CBP ist zu begrüßen, dass ohne Vorbehalt stationäre Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige bewilligt werden können, da die ambulanten Leistungen für pflegende Angehörige schwierig in den regulären Tagesablauf zu integrieren sind. Gleichzeitig sieht der CBP die Notwendigkeit, diese Regelung ebenfalls für Angehörige von Menschen mit Behinderungen umzusetzen und zwar unabhängig der Pflegebedürftigkeit. Angehörige von Menschen mit Behinderungen haben durch die Betreuungssituation z.B. von ihren Geschwistern genauso Schwierigkeiten ambulante Reha-Leistungen in ihren regulären Tagesablauf zu integrieren. Zudem kann bei Angehörigen von Menschen mit Behinderungen zusätzlich davon ausgegangen werden, dass die zu leistende Betreuung insgesamt über einen längeren Zeitraum zu erbringen ist, als bei der Pflege von älteren Menschen – häufig lebenslang. Ferner ist auch erforderlich, dass der Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge für Angehörige von Menschen mit Behinderung und/oder pflegebedürftigen unabhängig von ambulanten Leistungen besteht.

Aus Sicht des CBP ist es notwendig, die betreuenden Angehörigen von Menschen mit Behinderungen ebenfalls in der Regelung des § 40 Abs. 2 SGB V aufzunehmen und § 23 SGB V Abs. 2 entsprechend zu novellieren.

Ergänzungsvorschlag: § 40 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

Die Krankenkasse erbringt stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige **und für betreuende Angehörige von Menschen mit Behinderungen** unabhängig von Satz 1; für pflegende Angehörige **und für betreuende Angehörige von Menschen mit Behinderungen** kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach §111a besteht.

Artikel 7 Nummer 6

§ 87 Abs. 2a S. 17-20 SGB V Einsatz elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien bei Besprechung mit Patienten

§ 87 Abs. 2 a S. 17-20 SGB V ermöglicht den Ärzten z.B. die Durchführung von Videosprechstunden. Hierbei sollen künftig „die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge“ Berücksichtigung finden.

Bewertung:

Aus Sicht des CBP ist zu begrüßen, dass den besonderen Belangen von Pflegebedürftigen Rechnung getragen wird. Gleichzeitig weist der CBP darauf hin, dass die besonderen Belange der Menschen mit Behinderungen und mit psychischen Erkrankungen ebenfalls eine notwendige gesetzliche Berücksichtigung finden müssen, insbesondere auf die Barrierefreiheit und der bisher nicht ausreichenden flächendeckenden medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Die Videosprechstunde kann z.B. bei Überprüfung der Medikation eine sinnvolle Ergänzung sein, allerdings ist stets eine technische und fachliche Assistenz erforderlich, die wiederum eine entsprechende Finanzierung von Fachkräften bei Leistungserbringern in der Eingliederungshilfe erfordert. Der Gesetzentwurf sieht lediglich die Vergütung für Ärztinnen/Ärzte vor.

Aus Sicht des CBP ist es notwendig, besondere Belange von Menschen mit Behinderung in § 87 Abs. 2a zu berücksichtigen.

Ergänzungsvorschlag: § 87 Abs. 2a S. 17-20 SGB V

§ 87 Abs. 2a S. 17-20 werden wie folgt gefasst:

*Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist eine Regelung zu treffen nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die bisherige Vorgabe von Indikationen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen und **besondere Belange von Menschen mit Behinderung und von Menschen mit psychischen Erkrankungen** durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen...*

Artikel 7 Nummer 7

§ 119 b Abs. 2a und 2b SGB V Anforderungen zum elektronischen Datenaustausch

Neuregelung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den Pflegeeinrichtungen und den mit ihnen kooperierenden Ärzten sowie Zahnärzten zu bestimmen, damit diese elektronische Zusammenarbeit sektorenübergreifend optimiert werden kann. Im Anwendungsbereich dieser Regelung sollen auch die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe stehen, weil diese ebenfalls mit vielen Ärzten und Zahnärzten bundesweit kooperieren und

medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung sicherstellen.

Bewertung:

Im Anwendungsbereich dieser Regelung sollen auch die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe stehen, weil diese ebenfalls mit vielen Ärzten und Zahnärzten bundesweit kooperieren und die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung sicherstellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die speziellen Anforderungen für den elektronischen Datenaustausch vereinbart werden und die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe diese nachträglich nicht erfüllen können. Aus diesem Grund sieht der CBP die Notwendigkeit der Ergänzung des § 119 Abs. 2a SGB V.

Ergänzungsvorschlag: § 119 b Abs. 2a und 2b SGB V

Der CBP schlägt vor, die Ergänzung des § 119 Abs. 2a SGB V wie folgt vorzunehmen:

*(2a) Für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch in der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 gelten Anforderungen, die von den Vertragsparteien nach Absatz 2 erstmals bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren sind und bezüglich derer das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und **Leistungserbringer der Eingliederungshilfe** auf Bundesebene herzustellen ist. In den Anforderungen nach Satz 1 können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, **Leistungserbringer der Eingliederungshilfe**, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden.*

Artikel 7 Nummer 9

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

Der Referentenentwurf schlägt in § 132 a Abs. 1 nach S. 5 die bessere Finanzierung von Aufwendungen (z.B. längere Wegezeiten) der Leistungserbringer bei Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im ländlichen Raum. Das gesetzgeberische Ziel wird begrüßt.

Bewertung:

Gleichzeitig soll die strukturelle Ungleichbehandlung von Leistungserbringern in der Pflegeversicherung und in der Eingliederungshilfe behoben werden. Endlich soll die Finanzierung der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (sowohl in Wohnstätten als auch in Werkstätten) durch die Krankenversicherung (originärer Sozialversicherungsträger) erfolgen und nicht durch die Träger der Eingliederungshilfe (vgl. die obigen Ausführungen zu Art. 7 Nr. 4). § 37 SGB V muss unbedingt geändert werden.

Artikel 7 Nummer 12

§ 301 Abs. 2a SGB V Mitteilungspflicht der Krankenkassen

Erweiterung auf die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ist erforderlich

Nach § 301 Abs. 2a SGB V RefE sollen die Krankenkassen den Krankenhäusern unverzüglich nach der Aufnahme einen bestehenden Pflegegrad übermitteln.

Bewertung:

In der Praxis weigern sich die Krankenkassen, den Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei Aufnahme die Informationen über den Versicherten wie z.B. die Einstufung in einen Pflegegrad mitzuteilen. Dies bedeutet, dass der individuelle Bedarf nicht ganz abschätzbar ist und z.B. die Erbringung der häuslichen Krankenpflege im Vorfeld der Aufnahme häufig nicht abgestimmt werden kann. Eine ähnliche Situation besteht im Übrigen auch in Pflegeeinrichtungen. Der Grund für die grundsätzliche Fokussierung ausschließlich auf die Krankenhäuser ist sachlich nicht nachvollziehbar.

Ergänzungsvorschlag:

Aus Sicht des CBP ist es notwendig, die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe zu benennen und ihre Einbeziehung zu fördern.

Formulierungsvorschlag: § 301 Abs. 2a SGB V Mitteilungspflicht der Krankenkassen

§ 301 Abs. 2a lautet wie folgt:

„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern bei Krankenhausbehandlung, **den Pflegeeinrichtungen und Leistungserbringern der Eingliederungshilfe** unverzüglich nach Anzeige der Aufnahme einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.“

Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 10 Nummer 2

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

Bewertung:

Nach § 8 Abs. 6 SGB XI RefE sollen die Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege erhalten, wenn die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Personal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Der Vergütungszuschlag wird gestaffelt nach Anzahl der Plätze in der Einrichtung gezahlt von 0,5 Stellen bei bis zu 40 Plätzen bis 2 Stellen bei über 120 Plätzen. Der Vergütungszuschlag soll den Pflegeaufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege pauschal berücksichtigen.

Die medizinische Behandlungspflege erfolgt ebenfalls in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und deren aktuelle Finanzierung durch die Träger der Eingliederungshilfe ist nicht auskömmlich.

Der CBP fordert:

- 1. den Einstieg der Krankenversicherung in die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der Eingliederungshilfe und den Vergütungszuschlag ebenfalls bei Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe gesetzlich in § 37 SGB V zu verankern.**
- 2. Den Einstieg der Pflegeversicherung in die Finanzierung der Pflegeleistungen in der Eingliederungshilfe und einen Vergütungszuschlag bei Erbringung von Pflegeleistungen gesetzlich zu verankern und die Regelung des § 43 a SGB XI aufzuheben.**

Änderungsvorschlag: § 43 a SGB XI aufzuheben

Artikel 10 Nummer 2

§ 8 Abs. 8 SGB XI Zuschuss für digitale Anwendungen

Der Referentenentwurf sieht ein Förderprogramm für eine anteilige Finanzierung von max. 40 % der Aufwendungen für die Digitalisierung in Höhe von max. 12.000 pro Einrichtung jährlich vor.

Bewertung:

Diese Regelung ist begrüßenswert. Auch die Leistungserbringer benötigen für die Digitalisierung der Arbeitsabläufe in der Eingliederungshilfe eine adäquate finanzielle Unterstützung.

Ergänzungsvorschlag: § 97 SGB IX wie folgt zu erweitern:

(3) In den Jahren 2019 bis 2021 wird ein einmaliger Zuschuss für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Entlastung der Fachkräfte durch digitale Anwendungen bereitgestellt, insbesondere beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikator-

ren, bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte. Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen können durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von 40 Prozent gefördert werden.

Weitergehende Änderung des SGB XI

Ergänzung des § 71 SGB XI Anerkennung von Heilerziehungspflegern als verantwortliche Pflegefachkraft bei Leistungserbringern der Eingliederungshilfe erforderlich

Handlungsbedarf:

Die Anerkennung von Heilerziehungspflegern als Pflegefachkräfte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erfolgte bisher nach landesrechtlichen Bestimmungen und Vereinbarungen. Die unterschiedlichen landesrechtlichen Bestimmungen unterscheiden sich gravierend. Eine bundesweite Anerkennung ist daher erforderlich.

Bei der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V werden die Heilerziehungspfleger bereits als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt. Ab dem 01.01.2014 gilt die Bundesrahmenempfehlung nach § 132 a SGB V zur Häuslichen Krankenpflege.³

Für den Bereich des SGB XI gilt § 71 Abs. 3 S. 2 SGB XI (siehe Heilerziehungspfleger) für ambulante Dienste mit der Folge, dass die Heilerziehungspfleger als Fachkräfte unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt werden. Sogenannte familienentlastende Dienste führen die Förderung und Pflege von Menschen mit Behinderung im häuslichen Bereich unter der ständigen Verantwortung einer Heilerziehungspflegerin bzw. einer Heilerzieherin durch und können sich seit dem 25. Juni 1996 als ambulante Pflegeeinrichtung zulassen und ihre Leistungen mit den Pflegekassen abrechnen.

Nach § 71 Abs. 4 SGB XI erfolgt keine Anerkennung der Heilerziehungspfleger in stationären Einrichtungen. Diese Regelung ist nicht zufriedenstellend, da die Heilerziehungspfleger für stationäre Dienste (anders als für ambulante Dienste) eine Ausbildung als Gesundheitspflege bzw. Altenpfleger vorweisen müssten. Eine Anpassung ist deshalb erforderlich.

Die Heilerziehungspfleger/innen sind die Hauptfachkräfte in der Eingliederungshilfe, die in einer 3-jährigen Ausbildung bereits auch die Pflege von Menschen mit Behinderung gelernt hat. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger bzw. Heilerzieherinnen und Heilerzieher sind sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte mit pflegerischen Kompetenzen in der Behindertenhilfe. Bei dem – heute überwiegend als Heilerziehungspflege – bezeichneten Beruf handelt es sich um einen eigenständigen Ausbildungsberuf, der nicht bundeseinheitlich, sondern landesrechtlich geregelt ist. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sollen Menschen, deren Leben durch Beeinträchtigungen oder Behinderungen erschwert ist, begleiten, beraten, pflegen, ihre Persönlichkeitsentwicklung, Bildung und Rehabilitation fördern. Die Berufsbezeichnung darf nur derjenige führen, der eine entsprechende staatliche Abschlussprüfung bestanden und gegebenenfalls zusätzlich eine entsprechende Erlaubnis erhalten hat. Tätigkeitsfelder für Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger finden sich in allen Bereichen der Eingliederungshilfe, z. B. in teil- und vollstationären Wohneinrichtungen für behinderte Menschen, in Werkstätten, in ambulanten Diensten, Beratungsstellen, integrativen Kindergärten, heilpädagogischen Kinder- und Jugendwohnstätten sowie in Sonderschulen etc.

Die Einzelheiten der Inhalte der Ausbildung und ggfs. die Anpassung der Ausbildungsinhalte könnten in einer Rahmenvereinbarung festgehalten werden.

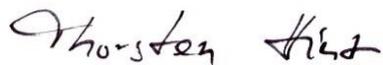
Ergänzungsvorschlag: § 71 Abs. 3 S. 2 SGB XI

*Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, und **Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe** gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher sowie **Ergotherapeuten und Physiotherapeuten** mit einer praktischen*

³ <http://www.dbfk-unternehmer.de/home/bund/258-haeusliche-krankenpflege-bundesrahmenempfehlung-nach-132a-sgb-v-veroeffentlicht>

Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

Die vorgeschlagenen Regelungen sind aus Sicht des CBP sachgerecht und dienen der Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Versorgung und Begleitung von Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischen Erkrankungen.



i.V. Dr. Thorsten Hinz, CBP Geschäftsführer
Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de oder janina.bessenich@caritas.de

Berlin, den 8. August 2018