



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

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

Artikel 10 und 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	18
§ 8 Absatz 5 Finanzierung einer fachlich unabhängigen Institution aus Mitteln des Ausgleichsfonds (Datenauswertungsstelle).....	18
§ 8 Absatz 6 SGB IX i. V. mit § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung zusätzlicher Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege	18
§ 8 Absatz 7 Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.....	21
§ 8 Absatz 8 Förderung des Entlastungspotentials digitaler Anwendung in der Pflege	22
§ 33 Leistungsvoraussetzung.....	25
§ 37 Absatz 3 Neuregelungen zur Vergütung der Beratungseinsätze i.V. mit § 106a Mitteilungspflicht und i. V. mit § 146 (neu) Übergangs- und Überleitungsregelungen	25
§ 37 Absatz 4 Einwilligung in Beratungsbesuche i.V. mit § 106 a Mitteilungspflicht	27
§ 37 Absatz 5 Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.....	28
§ 38 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen.....	28
§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds	30

Vorbemerkungen

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bedanken sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) Stellung zu nehmen können. Sie machen davon gerne Gebrauch und nehmen gemeinsam im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Dabei beschränken wir uns im Wesentlichen auf die Teile des Gesetzes, welche die Altenpflege und Häusliche Krankenpflege betreffen.

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

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege merken kritisch an, dass der Referentenentwurf ein substantielles Ungleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und denen im Krankenhaus aufweist. Nach dem Entwurf wird im Krankenhaus zukünftig jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert. In stationären Pflegeeinrichtungen werden dem Verteilungsschlüssel in § 8 Absatz 6 entsprechend lediglich bis zu 2 Pflegestellen – und dies auch nur für Einrichtungen ab 121 Plätzen – refinanziert. Hier werden ungleiche Voraussetzungen geschaffen, die eine Pflegepersonal-Abwanderung in die Krankenhäuser begünstigen könnten, da im Krankenhausbereich ggf. bessere Rahmenbedingungen vorgehalten werden können.

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

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass der Entwurf den ambulanten Bereich der Altenpflege gegenüber dem stationären Bereich zu wenig in den Blick nimmt. So ist es nicht nachvollziehbar, warum Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nur den stationären Einrichtungen zugutekommen sollen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen auch im ambulanten Bereich hier dringlichen Handlungsbedarf. Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Senkung des Krankenstands, die als Ziel der Nationalen Präventionsstrategie vereinbart werden sollen, stellen für ambulante Pflegedienste ebenfalls ein zentrales Thema dar.

Darüber hinaus ist die systematische Nichtberücksichtigung der Häuslichen Krankenpflege nach den §§ 37 und 132 SGB V im Referentenentwurf scharf zu kritisieren. Die häusliche Krankenpflege stellt ein zentrales Element in der ambulanten pflegerischen Krankversorgung dar. Sie ist systemisch in alle Regelungen des vorliegenden Referentenentwurfs einzubeziehen. Dazu gehört auch die uneingeschränkte Anerkennung der tariflichen Vergütung in § 132a SGB V.

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

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

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

Der Referentenentwurf sieht auch Maßnahmen zur dringend erforderlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Der Ansatz, zu diesem Zweck die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verpflichtend auszugestalten, kann jedoch dieses Problem nicht heilen und verfehlt das Ziel im Kern. In den stationären Einrichtungen mangelt es vor allem an einer guten fachärztlichen Versorgung, die mit Kooperationsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten, die in die Einrichtungen kommen, nicht gelöst werden können. Eine fachärztliche Behandlung erfordert zumeist den Einsatz von Instrumenten, die nur in der Facharztpraxis vorhanden sind. Auch können Fachärztinnen und -ärzte in der Einrichtung vor Ort die hygienischen Anforderungen an die Behandlung, nicht herstellen bzw. erfüllen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen deshalb vor, die Rahmenbedingungen für den Transport der Patientinnen und Patienten in die Arztpraxen zu entbürokratisieren und Begleitdienste zu finanzieren.

Artikel 1 und 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

Investitionskosten für die Pflegeschulen fördern und Anschubfinanzierung der Pflegeschulen sicherstellen

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

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

In § 27 Absatz 1 PfIBG ist enthalten, dass die Investitionskosten der Pflegeschulen nicht zu den Ausbildungskosten gehören. Da die Pflegeschulen neben dem Ausbildungsbudget keine anderen Erträge und Einnahmen haben, ist eine zusätzliche Finanzierung ihrer Investitionskosten jedoch unabdingbar.

Darüber hinaus entstehen den Pflegeschulen im Rahmen der Umstellung auf die neue Pflegeausbildung einmalige Mehraufwendungen, für die eine Anschubfinanzierung benötigt wird. **Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist die Finanzierung der Investitionskosten sowie eine Anschubfinanzierung der Pflegeschulen dringend geboten, um keine Ausbildungskapazitäten in der Pflege zu verlieren. Des Weiteren ist eine Förderung von baulichen Maßnahmen zur Erweiterung von bestehenden oder der Schaffung von neuen Ausbildungskapazitäten auch im Bereich der Altenpflege wünschenswert.**

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

Keine Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel in der Altenpflege

Die Änderung in § 17a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sieht vor, dass die Mehrkosten der Auszubildendenvergütung in der (Kinder-)Krankenpflege und der Kinderkrankenpflegehilfe ab 01.01.2019 nur noch für das zweite und dritte Aus-

bildungsjahr auf die Stelle einer examinierten Pflegefachperson angerechnet werden müssen. Dies bedeutet faktisch die Aussetzung der jeweiligen Anrechnungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr, was von den Verbänden der BAGFW grundsätzlich begrüßt wird. Im Gesamtkontext des Gesetzesentwurfs wurde jedoch, analog zu der Förderung der Ausbildungsstrukturen, auch hier der Bereich der Altenpflege nicht bedacht.

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern somit die durch das Pflegeberufegesetz intendierte Gleichstellung aller Versorgungsbereiche auch im Hinblick auf das Aussetzen der Anrechnungsverhältnisse umzusetzen. Es sind daher die entsprechenden Vorschriften zu ergänzen, die das Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in dem ersten Ausbildungsjahr für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zum Gegenstand haben.

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

Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Keine Verschiebung der Mindestausgaben für Prävention zugunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Verbände der BAGFW kritisieren die Veränderung in der Gewichtung der Mindestausgabe von 7 Euro für die Prävention zu Gunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die hohen Arbeitsbelastungen, unter denen viele Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leiden, sind nach Auffassung der BAGFW nicht allein durch betriebliche Präventionsmaßnahmen zu reduzieren. Hierzu bedarf es vor allem deutlicher Veränderungen in den Rahmenbedingungen für die Dienste und Einrichtungen. Wir weisen zudem darauf hin, dass die Unfallversicherung der Sozialversicherungszweig ist, der sich umfassend mit Fragen der betrieblichen Prävention beschäftigt. Die gesetzliche Unfallversicherung ist zudem seit dem Jahr 1996 mit einem „erweiterten Präventionsauftrag“ versehen, der über den klassischen Arbeitsschutz deutlich hinausgehend gesundheitsfördernd ausgerichtet ist. Nach der Reform des Jahres 2013 umfasst die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz zudem psychische Belastungen.

Eine Vorrangstellung der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber nicht-betrieblichen Settings können die Verbände der BAGFW nicht unterstützen. Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern im Bereich der Pflege ist nur eines von mehreren legitimen Zielen von Prävention. Die Verbände der BAGFW sehen einen wesentlichen Schwerpunkt der Prävention in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensbedingungen in den verschiedenen Settings.

Aus Sicht der BAGFW ist es zudem nicht nachvollziehbar, warum nur Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, nicht jedoch ambulante Pflegedienste, die Häusliche Krankenpflege und Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation gefördert werden sollen.

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

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

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

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

Lösungsvorschlag

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

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

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

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

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

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige ist sachgerecht

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

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

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

§ 87 Absatz 2a Erweiterung der Videosprechstunden

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

Des Weiteren zeichnen sich durch die Videosprechstunde Kosteneinsparungen ab. So konnten beispielsweise bei der Wundkontrolle 25.000 Euro an Transportkosten für den Transport von Betroffenen in Praxen und Wundzentren eingespart werden.

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

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

§ 119b Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

nicht, denn ein Heimarzt / eine Heimgärtin kann in der Regel nur eine spezifische Arztgruppe vertreten, wie z.B. die Allgemeinmedizin oder die Innere Medizin.

Des Weiteren weisen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf das Grundproblem hin, dass vor allem die fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen defizitär ist. So mangelt es vor allem an der zugehenden Versorgung durch Fachärzte und Fachärztinnen der Urologie, Gynäkologie, HNO-Heilkunde, Psychiatrie und Neurologie sowie Augenheilkunde. Diese kann auch mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen nicht bzw. nur in sehr begrenztem Maße geheilt werden, denn für die Behandlung der fachärztlichen medizinischen Probleme der Patientinnen und Patienten bedarf es in der Regel des Einsatzes von Instrumenten, die nicht mobil, sondern nur vor Ort in der Facharztpraxis eingesetzt werden können. Für viele notwendige Behandlungen bestehen zudem Anforderungen an hygienische Bedingungen, welche der Facharzt / die Fachärztin in einer Pflegeeinrichtung vor Ort nicht herstellen bzw. gewährleisten kann, wie z.B. bei Zahnextraktionen. **Die dringend notwendige Verbesserung der fachärztlichen Versorgung erfordert daher den Transport des Patienten oder der Patientin in die Praxis. In vielen Fällen wird dafür auch eine Begleitperson erforderlich sein. Die Regelungen zum Krankentransport nach § 60 SGB V sind zu vereinfachen.** So soll die Genehmigung des Krankentransports durch die Krankenkasse nach § 60 Absatz 1 Satz 4 SGB V für pflegebedürftige Menschen ab dem Pflegegrad 2 entfallen.

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

Die Neuregelung des § 119b Absatz 1 Satz 8 RefE, dass die Koordination durch eine verantwortliche Pflegefachkraft erfolgen soll, lehnen die Verbände der BAGFW ab, denn die Regelung widerspricht pflegefachlichen Konzepten, z.B. der personenzentrierten Bezugspflege. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die elektronische Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten ausgebaut und für die Kooperationsverträge nach § 119b nutzbringend eingesetzt werden soll. Speziell für die Kooperationsverträge sollen bis zum 30. Juni 2019 zwischen dem GKV und der KBV bzw. KZBV Anforderungen vereinbart werden, zu denen die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ins Benehmen zu setzen sind. Da die Pflegeeinrichtungen vom elektronischen Datenaustausch im Zusammenhang mit den Kooperationsverträgen unmittelbar betroffen sind, ist es erforderlich, dass die Vereinbarung nicht nur im „Benehmen“, sondern im „Einvernehmen“ mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen getroffen wird.

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

§ 132a Absatz 1 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen

Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege

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

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

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

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

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

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

Lösungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

Der Referentenentwurf sieht eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raume durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten vor, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Hierzu soll ein unbürokratisch zu gewählender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festgelegt werden. Dieser Zuschlag ist auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung in § 89 Absatz 3 SGB XI zu berücksichtigen.

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

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

Die geplante Neuregelung sieht vor, dass zum einen die Selbstverwaltung auf der Bundesebene das Nähere zum örtlichen Geltungsbereich und zur Höhe des Zuschlags bestimmen soll und hierzu Kriterien definieren. Laut Begründung werden beispielsweise als maßgebliche Anhaltszahlen die geringe Bevölkerungsdichte oder Feststellungen zu unterversorgten Gebieten angesehen. Zum anderen haben aber die Vertragspartner auf der Landes- oder Dienstebene möglicher Weise vorhandene Empfehlungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses (§ 8a Absatz 2 SGB XI) bzw. regionaler Ausschüsse (§ 8a Absatz 3 SGB XI) einzubeziehen. Dies könnte durchaus zu Kompetenzstreitigkeiten führen, so dass die Umsetzung der geplanten Regelungen nicht bürokratiearm gestaltet werden kann und dadurch verzögert wird.

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

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

Die Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege erfordert mehr als nur einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten im ländlichen Raum.

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände bedarf es des Weiteren einer Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insgesamt und nicht nur im ländlichen Raum. Hierzu zählt ein ganzes Bündel an Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, wie beispielsweise:

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

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

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

Artikel 10 und 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

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

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

Lösungsvorschlag:

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

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

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

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

Mit dem neuen Absatz 6 soll ein Kernelement des Sofortprogramms für die stationäre Langzeitpflege zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege umgesetzt werden. Die Neuregelung sieht eine Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegekräften vor.

Gerade mit Blick auf die Eigenanteile der Betroffenen ist positiv hervorzuheben, dass die Regelung in § 8 Absatz 6 ohne finanzielle Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern seit Jahren, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vollständig aus dem SGB V refinanziert wird. Mit dem Sofortprogramm wird ein erster Teilschritt in diese Richtung vollzogen.

Der nach § 37 Absatz 2a des SGB V jährlich durch die Krankenkassen (unter Beteiligung der privaten Pflegeversicherung) zu zahlende Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von 640 Millionen Euro errechnet sich lt. Begründung des Referentenentwurfs unter Zugrundelegung von durchschnittlich 50.000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Verschiedene Berechnungen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege einen Umfang von mindestens 3 Mrd. Euro kosten würde.

Einen weiteren Verweis auf „Pflegefachkraft“ lässt der Referentenentwurf vermissen. In § 8 Absatz 6 SGB XI sowie in der Begründung wird konsequent darauf verzichtet, das Sofortprogramm ausschließlich mit Pflegefachkräften in Verbindung zu bringen. Die BAGFW bittet hier dringend um Klarstellung.

Unabhängig davon ist es sehr wahrscheinlich, dass die Pflegeeinrichtungen zur Realisierung der Regelung Stellenanteile aufstocken. Es muss gewährleistet sein, dass dies auch flexibel praktiziert werden kann. So soll es auch möglich sein, dass eine Einrichtung die in Satz 5 Nummer 1-4 genannten, gestaffelten Stellenanteile nicht auf Anhieb besetzen kann. Des Weiteren muss es auch möglich sein, dass Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen auch mehr als die max. vorgesehenen zwei Vollzeitstellen entsprechend des Intervalls von 0,5 VZ-Stellen auf 40 Plätze aufstocken können. Insgesamt fehlt eine Begründung, warum das Intervall von einer halben Stelle pro 40 Plätze als Berechnungsgrundlage für die zusätzlichen Stellen gewählt wurde.

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

Zu begrüßen ist auch, dass die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch erhalten, auf Antrag schnell und unbürokratisch diese zusätzlichen Pflegekräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Offen bleibt noch, in welchen Verfahren die Vergütungszuschläge kalkuliert werden. Es muss gewährleistet sein, dass die Vergütung der zusätzlichen Pflegekräfte gemäß den jeweiligen tariflichen

Regelungen bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entsprechend § 84 Absatz 2 i.V. mit Absatz 4 SGB XI nicht als unwirtschaftlich abgelehnt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundes-Bundesländern einheitlich und praktikabel zu regeln. Und, um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen, was begrüßt wird. Die Regelungen, die der GKV-Spitzenverband zur Antragstellung und zum Zahlungsverfahren zu treffen hat, sind im Gesetz mit einer zeitlichen Frist zu versehen, damit die Einrichtungen zeitnah zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1.1.2019 von der Regelung Gebrauch machen können. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bereits ab Antragsstellung möglich ist und auch Sach- und Verwaltungskostenanteile mitfinanziert und nicht nur die reinen Personalkosten der Stellen. Die Regelungen des GKV-Spitzenverbands sind dem BMG zur Genehmigung vorzulegen. Die BAGFW schlägt ein analoges Verfahren nach § 43b SGB XI vor.

Letztlich muss gewährleistet sein, dass Einrichtungen in einer der Stellenaufstockung nachfolgenden Pflegesatzvereinbarung gem. § 84 Absatz 5 SGB XI den Personalschlüssel im Umfang der erfolgten Aufstockung nicht absenken.

Lösungsvorschlag

- In der Begründung ist zu konkretisieren, dass zur Umsetzung der Regelung Stellenanteile auch aufgestockt werden können.
- In § 8 Absatz 6 Satz 5 soll zusätzlich geregelt werden, dass Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen die Möglichkeit erhalten, einen Vergütungszuschlag für mehr als 2 Vollzeitstellen entsprechend des Intervalls von 0,5 VZ-Stelle auf 40 Plätze zu erhalten.
- Die Stellen sind nach Anzahl der Pflegebedürftigen unabhängig vom Pflegegradmix und außerhalb des Pflegesatzverfahrens anlog der Regelung zu § 43b SGB XI in Verbindung mit den §§ 84 und 85 SGB XI zu berechnen. Ebenfalls im Sinne einer bürokratiearmen Umsetzung ist ein vereinfachtes Antrags- und Nachweisverfahren zu wählen. Hier bietet sich in Anlehnung an die die Anlage 1 Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017.
- In § 8 Absatz 6 muss auf die Anwendung von § § 84 Absatz 2 SGB i.V. mit Absatz 4 SGB XI verwiesen werden, damit gewährleistet ist, dass die Vergütung der zusätzlichen Pflegekräfte gemäß den jeweiligen tariflichen Regelungen bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entsprechend nicht als unwirtschaftlich abgelehnt wird.

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

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

Der Referentenentwurf umfasst aus Sicht der BAGFW alle relevanten Bereiche, die zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Pflegekräften beitragen, indem sowohl individuelle Maßnahmen wie Kinderbetreuung und die Sicherstellung der Pflege der eigenen Angehörigen am Wochenende, in Randzeiten oder während der Nachtschichten als auch strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung des Personalmanagements von der Förderfähigkeit umfasst sind. Dazu zählt die Schaffung attraktiver Arbeitszeitmodelle, welche die Selbständigkeit und Handlungsautonomie der Pflegekräfte erhöhen, eine Verbesserung der Dienst- und Schichtpläne zur Förderung einer ausgewogenen Gestaltung von Arbeit und Freizeit sowie ganz wesentlich auch die Etablierung einer wertschätzenden Unternehmenskultur und die Stärkung von Management- und Führungskompetenzen. Wir weisen darauf hin, dass die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend sein wird, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in tragereigenen Strukturen gefördert werden soll. **Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von 5 Jahren vorgesehen werden können.** Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass alle investiven Ausgaben, z.B. für die Angebote der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, nicht im Pflegesatz geltend gemacht werden können. Daher bleibt die Ko-Finanzierung von 50 Prozent, die von den Einrichtungen aufzubringen ist, ungeklärt. Es ist daher zu befürchten, dass die Fördermöglichkeiten im investiven Bereich nicht in Anspruch genommen werden. Den für die Verteilung der Fördermittel gewählten Ansatz einer Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen auf Länderebene erachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege für zu kompliziert. Die Fördermittel sollten schnell und unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden. **Daher schlagen wir eine Verteilung der Fördermittel gemäß dem Königsteiner Schlüssel vor;** dieser kommt beispielsweise auch bei der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts nach § 45c SGB XI zur Anwendung. **Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, sollten zudem in das Folgejahr übertragen werden können.** Anträge sollten auch rückwirkend zum Inkrafttreten des Gesetzes gestellt werden können, da die Förderrichtlinien erst zum 31. März 2019 verabschiedet werden sollen.

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

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

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

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

Um die Digitalisierung in der Pflege nachhaltig voranzutreiben, müssen Investitionen in all diesen Bereichen getätigt werden und nicht nur in einem spezifischen Bereich. Hinzu kommt, dass die Einbindung von digitaler und technischer Ausrüstung in die Strukturen und Prozesse der Organisationen nicht mit der Anschaffung endet, sondern damit erst beginnt. Investitionen in digitale und technische Anwendungen übersteigen häufig die Summe von 30.000 Euro, da ein aufwendiger Organisationsentwicklungsprozess angestoßen wird, der über die einmalige Anschaffung eines Gerätes mit entsprechenden Lizenzen hinausgeht. Es müssen ebenso die Aufwendungen für Schulungen, Aus- und Weiterbildungen, Systempflege und -wartung, Administration sowie für fachliche Begleitung eingerechnet werden. Insofern geht mit der Implementierung von digitalen und technischen Investitionen nicht nur eine Entlastung einher, sondern gerade zu Beginn auch ein zusätzlicher Aufwand.

Aus Sicht der in der BAGFW sind daher umfangreiche Organisationsentwicklungsmaßnahmen notwendig, um die Anwendungen zu bedienen, umfangreiche digitale und technische Kompetenzen zu entwickeln, aber auch den mit der „digitalen Revolution“ einhergehenden Kulturwandel konstruktiv-kritisch zu begleiten. **Die BAGFW spricht sich daher für eine Erhöhung des Förderbetrages auf ein bedarfsgerechtes Niveau aus und regt zusätzlich die Berücksichtigung der im Zusammenhang mit der Implementierung stehenden Mehraufwendungen an.**

Weiterhin gilt es, die zeitlich viel zu begrenzte Limitierung des Zuschusses auf das Jahr 2021 aufzulösen und eine längere Förderphase z.B. bis zum Jahre 2028 vorzusehen, da gerade im Zusammenhang mit Weiterentwicklungen und Updates der Hard- und Software kontinuierliche Kosten anfallen können; insbesondere vor dem Hintergrund des Erwerbs von Lizenzen. Die oftmals nur sehr kurze Halbwertszeit von digitalen und technischen Anschaffungen gilt es daher entsprechend weiterführend zu berücksichtigen. Eine längere Inanspruchnahme von Fördergeldern ist aus unserer Sicht auch deshalb notwendig, um digitale Lösungen nachhaltig und mit Erfolg in Organisationsstrukturen zu integrieren. Anderenfalls bleibt es bei einer lediglich punktuellen und eher symbolischen Finanzierung, die allenfalls die Interessen der Digital-Industrie bedient. Es gilt jetzt, die digitale Transformation der Dienste und Einrichtungen der Pflege anzuschieben und offensiv und innovativ zu gestalten. Bei einer maximalen Ausschöpfung der Fördersumme von 12.000 Euro verbleibt immer noch ein Eigenanteil von 18.000 Euro für die Einrichtungen. **In ihrer gesamten Wirkung darf die Anschubfinanzierung nicht zu einer Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten führen.**

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

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

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

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

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

§ 33 Leistungsvoraussetzung

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

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

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

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

Die Vergütungssätze für die Beratungsbesuche sollen zukünftig nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Diese Neuregelung begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich. Der Vereinbarungsauftrag des § 89 SGB XI wird damit hinsichtlich der Vergütung für Beratungsbesuche erweitert. Über den Verweis auf § 89 SGB XI ist zum einem die ge-

gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 SGB XI gewährleistet und zum anderen indirekt sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind.

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

Durch die Streichung des bisherigen Satzes 5 „Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro“ und die Zuordnung zum Vereinbarungsauftrag nach § 89 SGB XI wird ist es möglich, dass eine wirtschaftliche und leistungsgerechte Vergütung verhandelt werden, bei der auch die tarifliche Vergütung bzw. Vergütung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Damit wird die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, dass die Vergütung der Beratungsbesuche den steigenden Qualitätsanforderungen an die Beratungsbesuche entspricht.

Durch die Streichung von Satz 5 wird auch auf die bisherigen pflegegradgruppenbezogene Vergütungsstruktur verzichtet. Die Vertragspartner nach § 89 SGB XI können die Vergütungssätze gestaffelt für alle Pflegegrade vereinbaren. Dabei bleibt es ihnen überlassen, ob Vergütungssätze für jeden Pflegegrad separat vereinbart oder entsprechend dem geltenden Recht Gruppen gebildet werden.

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

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

Der gesetzliche Auftrag an die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b SGB XI bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen, gilt weiterhin. Hierzu liegt eine noch nicht in Kraft getretene Entscheidung des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege vor. Diesen Empfehlungen stimmen wir inhaltlich zu; sie sind aber nicht im Rahmen der noch bis mindestens zum 31.12.2019 geltenden gesetzlich festgelegten Vergütungshöhe wirtschaftlich und leistungsgerecht zu erbringen. Hinzu kommt, dass die Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten soll.

Die Neuregelung der Vergütung Beratungsbesuche soll dagegen erst zum 01.01.2020 in Kraft treten. Diese halten wir nicht für sachgerecht und fordern, dass die Neuregelungen zur Vergütung der Beratungsbesuche in § 37 Absatz 3 und die damit korrespondierenden Regelungen in § 106a und in § 146 neu bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten, damit es nicht zu Verwerfungen zwischen den inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen an die Beratungsbesuche und deren Vergütung kommt.

Lösungsvorschlag

Artikel 11, Nr. 3 Nr. 4, Nr.5 und Nr. 6 treten ebenso wie Artikel 10 bereits zum **01.01.2019 in Kraft.**

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

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

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

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

Durch eine Ergänzung in § 37 Absatz 5 sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden, indem festgelegt wird, dass die Empfehlungen wenigstens Ausführungen zu Beratungsstandards, zur Qualifikation der Beratenden, zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen, zur Aufbereitung und standardisierten Dokumentation sowie zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall enthalten sollen.

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

Lösungsvorschlag

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

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

§ 38 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen

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

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

1. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person – nicht einen Dienst – beauftragen müssen.
2. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang ei-

ner vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, wenn „ die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung (...) (der) eigenen Ressourcen und (...) des sozialen Umfelds“ der Bewohnerinnen und Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen.

Des Weiteren lehnen die Verbände der BAGFW die Regelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a nach § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI ab. Hintergrund der Regelung dürften bekannt gewordene Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppe eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der Wohngruppenzuschlag kann auch nicht für Tagespflege zweckentfremdet werden, denn er darf nur zur Finanzierung der Präsenzkraft verwendet werden, welche jedoch ausdrücklich nicht pflegen darf, sondern unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten soll. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung in der WG durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz ersatzlos zu streichen.

Lösungsvorschlag

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

Der Begriff „Anbieter der Wohngruppe“ in § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zu nicht nachvollziehbaren Leistungsausschlüssen. Nummer 4 ist daher vollständig zu streichen.

Präsenzkräfte werden zumeist von Pflegediensten gestellt. Das sieht auch die Gesetzesbegründung zu § 38a ausdrücklich vor. „Personen“ im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 können sowohl juristische als auch natürliche Personen sein. Daher sollen in Nummer 3 vor dem Wort „Person“ die Wörter „natürliche oder juristische“ eingefügt werden.

§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds

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

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

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

Berlin, 06.07.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Nora Roßner (nora.rossner@caritas.de)