

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf des Bundesministeri- ums für Gesundheit zum Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

06. Juli 2018

Die Versorgung betagter und hochbetagter Patienten wird in den kommenden Jahren noch stärker in den Fokus des deutschen Gesundheitssystems rücken, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Die demographische Entwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erfordern unter anderem eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung.

Der Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz –PpSG)“ legt hierfür entscheidende zukunftsweisende Grundlagen. Erklärtes Ziel des Gesetzes ist unter anderem die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung. Dies soll über eine verbesserte und veränderte Finanzierung der Pflege erfolgen. Hier sind insbesondere die Weiterführung des Pflegestellenförderprogramms mit deutlich verbesserten Rahmenbedingungen, die 100-prozentige Finanzierung der Tarifsteigerungen des Pflegepersonals in Krankenhäusern, die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System und die Einführung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets unter den Bedingungen eines vollständigen Mehr- und Mindererlösausgleichs zu nennen.

Dieses Kernanliegen des Gesetzes wird durch eine Vielzahl von Maßnahmen flankiert, wie beispielsweise die Fortführung und Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds. Weitere Änderungen und Neuerungen des Gesetzesentwurfs zielen ab auf die betriebliche Gesundheitsvorsorge in Krankenhäusern und eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie.

Im Gesetzesentwurf findet die medizinische Rehabilitation ausschließlich im Bereich „Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (Artikel 7 Nr. 5) Erwähnung. Dies ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie nicht ausreichend. Es ist weder fachlich nachvollziehbar noch versorgungspolitisch sinnvoll, die medizinische Rehabilitation von den normierten Verbesserungen im Bereich der Pflege auszuschließen. In organspezifischen Rehabilitationseinrichtungen sind die

„pflegerischen“ Aufgaben zu einem hohen Anteil über Medizinische Fachangestellte (AGNES, VERAH usw.) evtl. auszugleichen. Das gilt nicht für geriatrische Einrichtungen. Die Nichtberücksichtigung der Rehabilitation führt vielmehr zu einer Schwächung dieses Versorgungszweiges. Krankenhäuser und Pflegeheime erhalten die finanziellen Möglichkeiten, ihre Pflegestellen zu refinanzieren. Diese Einrichtungen werden daher aktiv am Arbeitsmarkt agieren können. Dies verschärft die pflegerische Situation in den Rehabilitationseinrichtungen. Diese werden zudem gezwungen sein, die Bezahlung von Pflegekräften anzupassen, was die angespannte finanzielle Lage im Rehabilitationsbereich kaum zulässt bzw. weiter verschlechtert. Es ist daher dringend geboten, auch die stationäre medizinische Rehabilitation bei der Förderung der Pflege zu berücksichtigen.

Im Bereich der Rehabilitation für pflegende Angehörige bleibt der vorliegende Gesetzesentwurf hinter dem Koalitionsvertrag zurück. Die alleinige Aufhebung von „ambulant vor stationär“ wird der Problemlage im Bereich der pflegenden Angehörigen nicht gerecht. Es bedarf vielmehr eines Anspruchs auf Unterstützung bei der Koordination der Rehabilitation und der Organisation der parallelen Versorgung der zu pflegenden Person.

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt grundsätzlich diesen Gesetzesentwurf und nimmt zu ausgewählten Themenbereichen wie folgt Stellung.

Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System (Artikel 2)

Artikel 2 des Gesetzesentwurfs hat unter anderem die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem DRG-System zum Gegenstand. Diese geplante Ausgliederung ist konsequent, insbesondere mit Blick auf die seit Jahren von Krankenhäusern und Kliniken, Pflegekräften und Patienten(-vertretern) bemängelte unzureichende Pflegepersonalausstattung. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sollte die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen erfolgen. In diesem Zusammenhang ist eine komplette Ausgliederung der Geriatrie als besonders personalintensive Disziplin aus dem DRG-System mitsamt allen Kostenbestandteilen als logische Schlussfolgerung zu diskutieren.

Der „eindeutigen, bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten“ (Artikel 2 Nr. 2) bis zum 31. Januar 2019 kommt eine elementare Bedeutung zu, insbesondere

ist hier die Einbindung von Fachvertretern auch aus der Geriatrie erforderlich. Die Entwicklung und Einführung eines verbindlichen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments ist zwingende Voraussetzung für die Identifikation und Definition der bestehenden und zu erwartenden Pflegepersonalkosten. Eine bedarfsgerechte und aufwandsgenaue Pflegepersonalbedarfsbestimmung ist etwa auf Grundlage der etablierten Pflegepersonalregelung (PPR) möglich. Der Bundesverband Geriatrie hat in diesem Zusammenhang eine aktualisierte und geriatricspezifische Pflegepersonalregelung (PPR-GER) unter besonderer Berücksichtigung der Zeitaufwände und Personalbedarfe zur Anwendung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) entwickelt.

Vereinbarung eines Pflegebudgets (Artikel 8)

Artikel 8 Nr. 4 formuliert die Vereinbarung eines Pflegebudgets zur Finanzierung von Kosten, die dem einzelnen Krankenhaus bei der Erbringung der Patientenversorgung entstehen. Dieser vom Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßte Ansatz stellt zugleich die Erforderlichkeit der vom Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2018 angekündigten Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Frage: Schließlich macht bereits die mit dem Gesetzesentwurf angestrebte Definition der Pflegepersonalkosten die Entwicklung und Anwendung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments erforderlich. Der Beleg tatsächlich entstehender Pflegepersonalkosten durch Krankenhäuser – als Grundlage der Vereinbarung eines Pflegebudgets und der im Gesetzesentwurf vorgesehenen und zu begrüßenden Mehr- und Mindererlösausgleiche – erfordert ein realitätsgenaueres und dokumentationslastarmes Instrument zur Ermittlung des exakten Pflegepersonalbedarfs.

Fraglich ist daher zum jetzigen Zeitpunkt, wie ein möglichst aufwandsgeringer und verlässlicher Nachweis der Pflegepersonalkosten, aber auch der Beleg der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzungen für Kostenträger und Leistungserbringer verbindlich auszugestalten ist. Auch aus diesem Grund ist die Entwicklung eines bedarfs- und leistungsgerechten wie validen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments unerlässlich.

Überbordende Dokumentationsanforderungen und unnötige MDK-Prüfungen als Folge des einzuführenden Pflegeerlöskatalogs müssen vermieden werden. Bemühungen zur Schaffung zu-

sätzlicher Pflegepersonalstellen dürfen nicht durch weitere administrative und Dokumentationspflichten des Pflegepersonals konterkariert werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Verschlankung der Dokumentationspflichten und –aufwände durch die im Gesetzesentwurf vorgesehene Streichung von OPS-Ziffern – insbesondere die erwartete Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores – ausdrücklich zu begrüßen.

Überdies zeigt sich, dass die Einführung der Pflicht zur Übermittlung der Pflegegrade durch die Kostenträger im Rahmen des Datenträgeraustauschverfahrens gemäß §301 SGB V ein lange geforderter wie notwendiger Schritt war und einen Beitrag zur Verbesserung des Entlassmanagements und der sektorübergreifenden Versorgung leistet.

Pflegestellen-Förderprogramm (Artikel 8)

Die Verlängerung des Pflegestellen-Förderprogramms bis zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung und die damit verbundene vollständige Finanzierung jeder zusätzlichen und aufgestockten Pflegestelle sind zu begrüßen, insbesondere die Tatsache, dass die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms dem einzelnen Krankenhaus verbleiben.

Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen (Artikel 8)

Artikel 8 Nr. 8 des Gesetzesentwurfs sieht die Änderung des § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor. Demnach sollen lineare und strukturelle Tarifsteigerungen für Pflegekräfte zu 100 Prozent refinanziert werden. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, im Sinne des interdisziplinären Teams eine Übertragung dieser Refinanzierung auf alle anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen zu prüfen.

Gleichzeitig muss diese Neuregelung die Frage aufwerfen, inwieweit der Gesetzgeber mit dieser Absicht die Personalkostenfinanzierung von Pflegepersonal anderer Sektoren berücksichtigt. Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit neue und gesetzlich zu verankernde Finanzierungskonzepte und Verhandlungsmodi zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern etwa die tendenziell angespannte finanzielle Situation von Rehabilitationseinrichtungen entschärfen können.

Zu bedenken ist dabei auch, dass die Bestrebungen zur Verbesserung der finanziellen und der Arbeitssituation des Pflegepersonals in Krankenhäusern eine Dynamik am ohnehin durch Fachkräftemangel gekennzeichneten Arbeitsmarkt für Pflegepersonal nach sich ziehen können: Soll die beabsichtigte Stärkung des Pflegepersonals in Krankenhäusern nicht zu Lasten von Rehabilitationseinrichtungen und ihrer Pflegepersonalsituation gehen, muss das dort tätige Pflegepersonal im gleichen Umfang wie das Krankenhauspersonal berücksichtigt werden – finanziell, aber auch mit Blick auf psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz.

Detaillierte Ausführungen zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen bzw. Pflegepersonalkosten sind dem Anhang zu dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Krankenhausstrukturfond (Art. 1 PpSG zu § 12a KHG; Art. 5 Nr. 3 PpSG zu § 11 Abs. 1 KHSFV)

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds für die Jahre 2019 bis 2022 mit einer jährlichen Förderhöhe von jeweils 500 Millionen Euro und die Erweiterung der Fördertatbestände ermöglichen die Umverteilung und den Abbau von Überkapazitäten im akutstationären Versorgungsbereich.

Die Anpassung der Förderbedingungen und Vereinfachung des Verfahrens zur Ermittlung der förderungsfähigen Kosten sind ein wichtiger Schritt im Rahmen der Entbürokratisierung.

Die Förderung von standortübergreifenden Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen zur dauerhaften Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbundes dient dem Abbau nicht bedarfsgerechter Doppelstrukturen (Art. 5 Nr. 3 PpSG zu § 11 Abs. 1 Nr.2 c KHSFV).

Die Konzentration von Kompetenzen in einem Leistungsbereich ist insbesondere aus Sicht des Bundesverbands Geriatrie ein wesentlicher Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patienten. Daher muss jedoch klargestellt sein, dass hier nicht nur der Zusammenschluss vollstationärer Versorgungskapazitäten gefördert wird, sondern auch entsprechende Maßnahmen teilstationärer Einrichtungen umfasst sind.

Die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen ist zu begrüßen.

Wir weisen darauf hin, dass entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der IT-Sicherheit auch in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Angesichts der unzureichenden Finanzierung – insbesondere der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen – sind in diesem Bereich Förderungen ebenfalls notwendig.

Im Rahmen des verlängerten Krankenhausstrukturfonds können künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden, dies kommt insbesondere den geriatrischen Einrichtungen mit ihrem hohen Bedarf an Pflegepersonal zugute. Auch geriatrische Rehabilitationseinrichtungen weisen einen hohen Bedarf an Pflegepersonal auf. Daher ist es besonders bedauerlich, dass im Rahmen des Pflegeberufereformgesetzes der Vorschlag der Geriatrie – Pflichteinsätze auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu absolvieren – nicht umgesetzt wurde. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ist es im Hinblick auf die ausdrücklich gewünschte Schaffung weiterer Ausbildungskapazitäten zwingend erforderlich, eine Ausweitung der Pflichteinsätze auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen umzusetzen und damit die Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung in alle damit verbundenen Rechte und Pflichten aufzunehmen (§8 Abs. 2 i.V.m. §7 Abs. 1 PflBRefG).

Fixkostendegressionsabschlag (Art. 8 Nr. 8 PpSG zu 10 Abs. 13 KHEntG)

Durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals soll die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags zukünftig generell auf 35 % festgeschrieben werden. Damit entfällt die Notwendigkeit zu Verhandlungen auf Landesebene. Der Wegfall solcher aufwendiger Verhandlungen und der Abbau unnötiger Bürokratie sind zu begrüßen. Allerdings fehlt es weiterhin an einer entsprechenden Regelung, dass Leistungssteigerungen, die durch Veränderungen des Krankenhausplans bedingt sind, vom Fixkostendegressionsabschlag befreit werden. Insbesondere strukturelle Anpassungen sollten nicht durch den Fixkostendegressionsabschlag verhindert werden.

Betriebliche Gesundheitsvorsorge/Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie (Artikel 7, Artikel 10)

Artikel 7 des Gesetzesentwurfs zielt durch die Änderung des § 20 SGB V auf die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge in Krankenhäusern ab. Diese Maßnahmen werden vom

Bundesverband Geriatrie ausdrücklich begrüßt, insbesondere hinsichtlich der damit den Krankenhäusern eingeräumten Spielräume und Möglichkeiten für unterstützende Maßnahmen. Zu berücksichtigen ist, dass neben dem Pflegepersonal auch alle anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen von betrieblicher Gesundheitsvorsorge profitieren.

Die Einfügung des Absatz 8a im § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) formuliert das Ziel der finanziellen Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Auch in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die vorgesehenen Maßnahmen allen Berufsgruppen der Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in gleichem Maße zugutekommen sollten, insbesondere mit Blick auf die Vereinbarkeit von Pflege und Familie.

Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

Die psychischen und physischen Belastungen pflegender Angehöriger im Alltag, die ihre eigene Gesundheit und auch ihre Betreuungsmöglichkeit für den Angehörigen gefährden, wurden u.a. in dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen Gutachten des BQS-Instituts „Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige“ aus dem Jahr 2014 sehr deutlich aufgezeigt. Damit die pflegenden Angehörigen besser gefördert und die speziellen Rehabilitationsangebote besser angenommen werden, ist eine zielgerichtete Unterstützung und Entlastung bei der Organisation und Koordination der Rehabilitationsleistung einerseits und der Versorgung des zu Pflegenden notwendig. Nur so können die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch pflegende Angehörige überwunden werden.

Oft fehlen ausreichende Informationen über die bestehenden Ansprüche bzw. ist es im Pflege-Alltag unmöglich, die umfassenden bürokratischen und organisatorischen Hürden für sich und den Pflegebedürftigen zu bewältigen.

Damit pflegende Angehörige eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen und ihre Pflegefähigkeit erhalten bleibt, reicht eine Einzelmaßnahme in der jetzt vorgelegten Form nicht aus. Vielmehr muss ein umfassender Prozess in Gang gesetzt werden, um diese Zielgruppe zu erreichen und die Ziele des Koalitionsvertrags umzusetzen.

Der Bundesverband Geriatrie sieht hier dringenden Handlungsbedarf. Werden pflegende Angehörige nicht ausreichend entlastet, besteht die Gefahr, dass diese die Pflege in der Häuslichkeit nicht mehr leisten können und die Zahl Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen steigt.

Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Rehabilitation für pflegende Angehörige zu gewährleisten, müssen insbesondere die Organisation und Koordination der Rehabilitation und der Versorgung der zu pflegenden Person in den Leistungsanspruch integriert werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob der gesetzliche Anspruch zukünftig durch die Pflegeversicherung geleistet werden soll. Dann können Bedarfsfeststellung, Beratung und Durchführung aus einer Hand erfolgen, was sachlich sinnvoll ist. Eine ausführliche Darstellung und Begründung der Änderungen sowie deren Einordnung in den Kontext von SGB V und XI einschließlich konkreter Vorschläge für erforderliche Gesetzesänderungen finden sich im Anhang.

Anhang

zur Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Vollständige Refinanzierung Tarifsteigerungen / Refinanzierung der Pflegekosten in Rehabilitationseinrichtungen

Der Referentenentwurf des PpSG zielt darauf ab, mehr Pflegekräfte für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen zu gewinnen. Dazu wird unter anderem die Einrichtung von Pflegestellen in diesen Einrichtungen finanziell gefördert. Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 28.000¹ Pflegekräfte tätig sind, werden nicht berücksichtigt. Es ist weder fachlich noch versorgungspolitisch nachvollziehbar, warum im Bereich der Rehabilitation keine vergleichbare Verbesserung der Pflege im Sinne des Gesetzes erfolgen soll.

Zudem wird die Konkurrenz um Pflegekräfte durch die Maßnahmen des Gesetzgebers deutlich verschärft. Die im Gesetz genannten Einrichtungen erhalten die finanziellen Möglichkeiten, ihre Pflegestellen zu refinanzieren. Diese Einrichtungen werden daher entsprechend aktiv am Arbeitsmarkt agieren können. Dies verschärft die pflegerische Situation in den Rehabilitationseinrichtungen. Diese werden zudem gezwungen sein, die Bezahlung von Pflegekräften anzupassen, was die angespannte finanzielle Lage im Rehabilitationsbereich kaum zulässt bzw. weiter verschlechtert. Es findet somit nicht nur keine Förderung der Pflege in Rehabilitationseinrichtungen statt, vielmehr kommt es zu einer personellen und finanziellen Schwächung in diesem Bereich.

Mit Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus und den damit verkürzten Verweildauern hat die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation deutlich zugenommen. Dieser Effekt wird zudem noch durch die demografische Entwicklung verstärkt, die ebenfalls den Rehabilitationsbedarf ansteigen lässt. Die medizinische Rehabilitation ist somit eine wichtige Säule

¹ Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016

neben der Krankenhausversorgung. Zudem sind die Patienten in der medizinischen Rehabilitation zunehmend schwerer betroffen. Somit wäre es eine fatale Entwicklung, wenn die Pflege in der medizinischen Rehabilitation geschwächt anstelle gefördert werden würde. In diesem Zusammenhang ist es dringend geboten, die Rehabilitationseinrichtungen mit den im Gesetz genannten Einrichtungen gleich zu stellen. Es muss die Möglichkeit zur Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation geschaffen werden.

Die Vergütung von Rehabilitationsleistungen wird gemäß § 111 SGB V zwischen Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung verhandelt und ist durch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V begrenzt. Die im PpSG für den Krankenhaussektor niedergelegten Änderungen sind gesetzestechnisch nicht unmittelbar auf den Rehabilitationsbereich übertragbar.

Folgende Änderungen können zu einer vergleichbaren Wirkung im Rehabilitationsbereich - wie die im Entwurf des PpSG niedergelegten Regelungen im Krankenhaussektor – führen.

a) Refinanzierung Tarifsteigerung

Die Beschränkung der Vergütungssätze auf die Veränderungsrate wird hinsichtlich Tarifsteigerungen aufgehoben. Dazu wird nach § 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V folgender Text eingefügt:

„Bei der Beurteilung hinsichtlich § 71 Abs. 2 bleiben der Unterschied zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten für den Personalbereich zu 100 Prozent unberücksichtigt.“

b) Regelung zu den Pflegekosten vergleichbar dem Pflegebudget im Krankenhausbereich

Um auch im Rehabilitationsbereich die Pflegekosten zu refinanzieren, wird der Anteil der Pflegekosten im Vergütungssatz der Rehabilitationseinrichtung anhand der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung festgelegt. § 111 SGB V wird um folgende Absätze ergänzt:

„(7) Zur Finanzierung der Kosten, die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung für Pflegeleistungen entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, gilt der entsprechende Anteil im Vergütungssatz auf Grundlage der Kostenkalkulation der Rehabilitationseinrichtung zwischen den Vertragspartnern nach Absatz 2 vereinbart.“

Die Rehabilitationseinrichtung legt dazu die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung im Pflegebereich in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegeperso-

nalkosten vor. Zudem hat die Rehabilitationseinrichtung für die Vereinbarung jeweils die entsprechenden Ist-Daten der Pflegepersonalkosten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen.

Nach Ablauf des Kalenderjahres hat die Rehabilitationseinrichtung den anderen Vertragsparteien nach Absatz 2 zudem eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach staatlich anerkannten Berufsabschlüssen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(8) Die Pflegekosten sind in ihrer Entwicklung nicht durch die Vorgaben nach § 71 SGB V begrenzt. Die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung entstehenden Pflegepersonalkosten gelten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Pflegekostenanteil im Vergütungssatz ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten zu verwenden."

c) Einbindung der Rehabilitationseinrichtungen in das Pflegestellenförderprogramm

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden mit in das Pflegestellenförderprogramm aufgenommen, d. h. Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen werden entsprechend ausgeglichen.

Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Rehabilitation für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sind folgende Änderungen nötig:

- Um die Rehabilitationsleistung für den pflegenden Angehörigen sicherzustellen, wird die Organisation bzw. Koordination der eigenen Rehabilitationsansprüche bzw. deren Umsetzung mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zur pflegerischen Versorgung des zu Pflegenden in der Zeit der Rehabilitation ein Anspruch gegenüber dem Leistungsträger.

- Die Pflegeversicherung des pflegenden Angehörigen wird Leistungsträger für die pflegerische Versorgung des zu Pflegenden, damit der pflegende Angehörige ausschließlich einen Ansprechpartner (eigene Krankenkasse und die mit dieser verbundenen eigenen Pflegeversicherung) hat.
- Die Genehmigung der Rehabilitationsleistung durch die Kranken- bzw. Pflegekassen entfällt.
- Keine Entscheidung der Kranken- bzw. Pflegekasse zur Auswahl der Klinik. Damit wird die Koordination der Rehabilitation mit der Versorgung des zu Pflegenden erleichtert.
- Sofern der pflegende Angehörige die zu pflegende Person mit in die Rehabilitationseinrichtung nimmt, orientieren sich die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung aus Vereinfachungsgründen an den durchschnittlichen Kosten für die stationäre Pflege des jeweiligen Pflegegrades je Bundesland.
- Die zu pflegende Person ist von der Zuzahlung nach § 40 Abs. 5 SGB V und weiteren Eigenbeteiligungen befreit.
- Versorgungsverträge: Diese umfassen zukünftig auch die Vergütung für diese Leistung und werden schiedsstellenfähig. Die Verträge gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen, um dem Versicherten ein potenzielles Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Die Möglichkeit einzelvertraglicher Vergütungsregelungen zwischen Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen bleiben erhalten.

Für die Organisation des Rehabilitationsprozesses für pflegende Angehörige als Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI schlagen wir daher ein neues Verfahren vor. Ziel ist es, den Antrags- und Organisationsprozess „aus einer Hand“ im Sinne des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bzw. des neunten Sozialgesetzbuchs zu gestalten.

Schritt 1 – Reha Bedarf feststellen

- Nach § 37 Absatz 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, einmal halbjährlich (bei Pflegegrad 2 und 3) oder einmal vierteljährlich (bei Pflegegrad 4 und 5) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft ab-

zurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

- Diese Pflegefachkraft kennt die häusliche Situation, in der sich der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige als Pflegeperson befinden. Sie ist in der Lage, den Rehabilitationsbedarf der Pflegeperson einzuschätzen. Sie sollte künftig regelhaft bei jedem Hausbesuch überprüfen, ob Anzeichen für eine medizinische Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen bestehen. Sobald sie z.B. anhand von Kriterien einen Bedarf erkennt, meldet sie dies mit Einverständnis der Pflegeperson an den zuständigen Hausarzt. Die Information geht ebenso an die Pflegekasse des pflegenden Angehörigen, um die nachgehende Beratung sicherzustellen.

Schritt 2 – Rehabilitation verordnen:

- Der zuständige Hausarzt entscheidet nach Aktenlage bzw. soweit erforderlich nach einer Untersuchung über die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation und gibt die Verordnung schriftlich an die Pflegeperson zurück.

Schritt 3 - Beratung anschließen:

- Die Pflegekasse, die zuvor von der beratenden Pflegefachkraft über den Reha-Bedarf informiert wurde, kontaktiert den örtlichen Pflegestützpunkt, eine andere Pflege-Beratungsstelle nach § 7c SGB XI oder eine gleichwertige andere Beratungsstelle. Die Beratungsstelle nimmt mit der Pflegeperson bzw. dem pflegenden Angehörigen innerhalb von 14 Tagen Kontakt auf, um den Rehabilitationsprozess und vor allem die abgestimmte Versorgung des Pflegebedürftigen während der Zeit der medizinischen Rehabilitation zu besprechen. Dieser Schritt ist im Rehabilitationsprozess von enormer Bedeutung. Ohne eine umfassende Beratung wird es pflegenden Angehörigen schwerfallen, die organisatorischen Hürden für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation zu überwinden.
- Der Beratungstermin dient der Unterstützung der Pflegeperson bei der Auswahl der Reha-Einrichtung und der Koordination bzw. Information der zuständigen Leistungsträger sowie der konkreten Organisation der Versorgung des Pflegebedürftigen während der Reha.

Alternativ ist zu prüfen, ob der gesetzliche Anspruch auf medizinische Reha-Leistungen für pflegende Angehörige zukünftig durch die Pflegeversicherung geleistet werden soll. Dann können Bedarfsfeststellung, Beratung und Durchführung aus einer Hand erfolgen, was sachlich sinnvoll ist. Der Anspruch pflegender Angehöriger könnte in diesem Fall in § 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige geregelt werden.

Um den Rehabilitationsprozess wie oben beschrieben umzusetzen, sind folgende gesetzliche Änderungen notwendig.

Sozialgesetzbuch V:

§ 40 Abs. 2 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

„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; ~~für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.~~ Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind; bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern. *Pflegende Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort zu Lasten*

der gesetzlichen Pflegeversicherung des pflegenden Angehörigen. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus. Absatz 4, 5 und 6 gelten für pflegende Angehörige nicht.“

§ 111 Absatz 2 SGB V - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen *alle gesetzlichen Krankenkassen* einheitliche *Versorgungs- und Vergütungsverträge* über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ~~Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Absatz 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“~~

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden~~ *können* zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen *abweichend von Absatz 2 einzelvertraglich vereinbart werden. Die Vergütung bei Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 2 Satz 6 wird in der Höhe der durchschnittlichen Kosten für einen Platz im Pflegeheim mit entsprechendem Pflegegrad im jeweiligen Bundesland erstattet.* Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

Sozialgesetzbuch XI

§ 7a, Absatz 2 SGB X – Pflegeberatung:

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. *Diese umfasst die Beratung über die Inanspruchnahme und Organisation einer medizinischen Rehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung des Bedarfs nach § 37 Absatz 4.* Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet

§ 37 Absatz 4 SGB XI - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen:

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. *Dieses Formular beinhaltet die Erfassung des Bedarfs medizinischer Rehabilitation des pflegenden Angehörigen.* Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte *sind berechtigt, mit Zustimmung der Pflegeperson den Reha-Bedarf an die Pflegekasse sowie den Hausarzt der Pflegeperson zu melden.* Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der

Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

Sofern die Pflegeversicherung Träger medizinischer Reha- Leistungen für pflegende Angehörige werden soll, ist der Anspruch pflegender Angehöriger in § 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige zu regeln.

§ 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige:

„Pflegende Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus.“